



Osservatorio europeo delle  
droghe e delle tossicodipendenze

IT

ISSN 2314-9116

# Relazione europea sulla droga

Tendenze e sviluppi

2013





Osservatorio europeo delle  
droghe e delle tossicodipendenze

# | Relazione | europea | sulla droga

Tendenze e sviluppi

2013

## 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.

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

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**

(\*) Alcuni gestori di telefonia mobile non consentono l'accesso ai numeri 00 800 o non ne accettano la gratuità.

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

Una scheda catalografica figura alla fine del volume.

Lussemburgo: Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea, 2013

ISBN 978-92-9168-617-9

doi:10.2810/89112

© Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, 2013

La riproduzione è autorizzata con citazione della fonte.

*Printed in Spain*

STAMPATO SU CARTA SBIANCATA SENZA CLORO



Osservatorio europeo delle  
droghe e delle tossicodipendenze

Cais do Sodré, 1249-289 Lisbona, Portogallo

Tel. +351 211210200

[info@emcdda.europa.eu](mailto:info@emcdda.europa.eu) | [www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu)

## Indice

5	Prefazione
9	Introduzione e ringraziamenti
11	SINTESI <b>Vecchi e nuovi problemi di droga — Lo scenario europeo nel 2013</b>
17	CAPITOLO 1 <b>Offerta di droga in Europa</b>
31	CAPITOLO 2 <b>Consumo di droga e problemi correlati</b>
49	CAPITOLO 3 <b>Iniziative in risposta ai problemi della droga</b>
61	CAPITOLO 4 <b>Politiche in materia di droga</b>
67	ALLEGATO Tabelle di dati nazionali



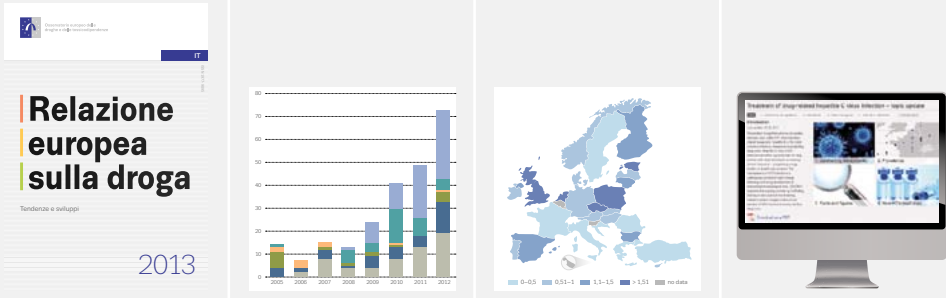
## Prefazione

Questa è l'analisi annuale dell'EMCDDA sulla situazione delle droghe viene presentata in un formato nuovo. La Relazione europea sulla droga (EDR) 2013 è un pacchetto che si articola in una serie di prodotti interconnessi e intende fornire un punto di accesso comune al lavoro dell'EMCDDA affinché utenti diversi possano utilizzare facilmente le specifiche informazioni di cui hanno bisogno. La relazione offre un'analisi più tempestiva, interattiva e interconnessa — sviluppi necessari per tenere il passo con il rapido evolversi della situazione delle droghe e per soddisfare le crescenti esigenze e le mutevoli aspettative dei nostri utenti.

La presente relazione (disponibile anche online) è un elemento essenziale del pacchetto EDR e offre una sintesi di alto livello delle tendenze e degli sviluppi attuali. A questa si associano le Perspectives on drugs (Prospettive sulle droghe) (PsD) che consentono di approfondire tematiche importanti. Tematiche che quest'anno per esempio comprendono nuovi approcci al trattamento dell'epatite C, al consumo ad alto rischio di cannabis e al controllo delle nuove e sempre più diffuse sostanze psicoattive. Il pacchetto è completato dallo Statistical bulletin (Bollettino statistico) e dalle Country Overviews (Panoramiche per paese), in cui si possono reperire dati e analisi a livello nazionale.

**RELAZIONE EUROPEA SULLA DROGA 2013**

Organica interconnessione di elementi che consente accesso completo alle analisi e ai dati disponibili sul consumo di droghe in Europa



**Tendenze e sviluppi**  
Analisi di alto livello degli sviluppi principali

**Bollettino statistico**  
Contiene serie complete di dati, grafici esplicativi e informazioni metodologiche

**Panoramiche per paese**  
Organica Dati e analisi nazionali di facile consultazione

**Prospettive sulle droghe**  
Finestre interattive sulle tematiche principali

Questo approccio coincide con il varo di una nuova strategia dell'UE in materia di droga per il periodo 2013–20, nell'ambito della quale l'Unione europea riafferma il proprio impegno a favore di un atteggiamento equilibrato che, per quanto riguarda i problemi connessi alle sostanze stupefacenti, predilige interventi basati su dati probanti. Una parte importante della missione dell'EMCDDA consiste nel contribuire al reperimento delle informazioni necessarie all'attuazione di questa strategia. Molti degli sviluppi positivi dei problemi connessi alla droga in Europa scaturiscono da un dibattito basato su una comprensione sempre più approfondita delle questioni in gioco e su una valutazione scientificamente rigorosa delle misure necessarie ad affrontarle. Siamo orgogliosi del ruolo svolto dall'EMCDDA in questo ambito.

Non ignoriamo tuttavia le sfide che ci attendono. La strategia dell'UE in materia di droga dovrà affrontare un nuovo scenario in termini di politiche, di cui questa relazione esamina vari aspetti, come la necessità di migliorare i servizi offerti ai consumatori di droga nelle carceri e la crescente importanza delle droghe sintetiche. La strategia verrà attuata in un periodo di incertezza economica, evoluzione globale e mutamenti sociali sempre più intensi. La globalizzazione e l'innovazione tecnologica influiscono su tutti i settori della vita moderna; non sorprende perciò constatare che abbiano un impatto anche sui problemi connessi alla droga. In risposta a tale fenomeno, nel nostro ruolo di agenzia di informazione forniamo risorse aggiornate e flessibili che coprono un'ampia prospettiva. Riteniamo che l'EDR 2013, sia nella forma sia nella sostanza, rappresenti un importante passo in avanti per affrontare le sfide che ci attendono. Che si tratti di consentire un rapido accesso a un'analisi strategica della situazione delle droghe o a un esame approfondito dei dati statistici, ci auguriamo che l'EDR 2013 offra un prezioso e agevole strumento di consultazione delle ampie risorse ormai disponibili in questo settore.

**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, dai paesi candidati (Croazia e Turchia) e dalla Norvegia.

I dati statistici riportati si riferiscono al 2011, o comunque all'anno più recente per il quale sono disponibili dati. Le tendenze e i valori relativi all'Europa nel suo complesso si basano su quei paesi che forniscono una quantità di dati sufficienti e affidabili per il periodo specificato. L'analisi dei dati considera prioritari i livelli, le tendenze e la distribuzione geografica. Le opportune avvertenze e le caratteristiche tecniche dei dati si possono reperire nella versione online in lingua inglese della presente relazione e nello Statistical bulletin (Bollettino statistico) 2013 dell'EMCDDA, che contiene informazioni sulla metodologia, sui paesi dichiaranti e sugli anni. Inoltre la versione online fornisce alcuni link ad altre risorse.

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

- capi e il personale dei Punti focali nazionali Reitox;
- i servizi e gli esperti che in ogni Stato membro 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) e il Consiglio svedese di informazione su alcol e altre droghe (CAN);
- il Centro di traduzione degli organismi dell'Unione europea, Missing Element Designers e Compositores 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 Norvegia, nei paesi candidati all'adesione 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

**Il mercato odierno delle droghe sembra più fluido e dinamico, oltre che meno articolato intorno a sostanze a base vegetale trasportate su lunghe distanze fino ai mercati di consumo europei**

# Vecchi e nuovi problemi di droga — Lo scenario europeo nel 2013

Negli ultimi anni le principali caratteristiche dello scenario europeo in materia di stupefacenti sono rimaste relativamente stabili. Il consumo di droga rimane alto rispetto agli standard storici, ma si intravedono alcuni cambiamenti positivi, con livelli record di erogazione del trattamento associati ad alcuni segnali di riduzione per quanto riguarda l'assunzione di droga per via parenterale, il nuovo consumo di eroina, il consumo di cocaina e l'uso di cannabis. A smorzare l'ottimismo tuttavia c'è la preoccupazione che la disoccupazione giovanile e i tagli ai servizi possano far riemergere i "vecchi" problemi. Inoltre, un esame più attento rivela che la situazione delle droghe è in continua evoluzione e i "nuovi" problemi mettono in discussione i modelli e le prassi correnti: nuove droghe sintetiche e nuovi modelli di consumo compaiono sia sul mercato delle sostanze illecite che nell'ambito delle sostanze non controllate.

Il mercato odierno delle droghe sembra più fluido e dinamico, oltre che meno articolato intorno a sostanze a base vegetale trasportate su lunghe distanze fino ai mercati di consumo europei. La globalizzazione e gli sviluppi che hanno interessato la tecnologia dell'informazione svolgono in questo campo un ruolo fondamentale. I modelli di consumo di stupefacenti nei paesi a basso e medio reddito stanno cambiando, con possibili implicazioni future anche per quanto riguarda i problemi connessi alla droga in Europa. Internet pone sfide sempre più ardue, sia come meccanismo che favorisce la veloce diffusione di nuove tendenze sia come mercato anonimo in rapida crescita su scala mondiale. La rete crea quindi una nuova interconnessione sia nel consumo sia nell'offerta di droga, ma offre anche l'occasione di trovare strumenti innovativi di intervento per il trattamento, la prevenzione e la riduzione dei danni.

Le implicazioni di questi mutamenti per la salute pubblica non sono ancora del tutto chiare. I segni che le attuali politiche hanno fatto presa in alcuni settori importanti vanno considerati alla luce di una situazione delle droghe in evoluzione, per cui si renderanno necessari adeguamenti delle prassi correnti se vogliamo che queste rimangano mirate e idonee.

## Cannabis

Benché si segnalino tendenze alla diminuzione, soprattutto nei paesi in cui è consolidata da tempo un'alta prevalenza, il consumo di cannabis in Europa rimane alto rispetto agli standard storici, potendo contare su un mercato ampio e relativamente solido. Si osserva inoltre una crescente varietà di prodotti di cannabis disponibili. Le foglie di cannabis, che possono essere una sostanza ad alto potere stupefacente, svolgono ora un ruolo più importante, cui si associa la recente comparsa dei prodotti sintetici simili alla cannabis. Entrambi questi sviluppi sono potenzialmente preoccupanti in termini di salute pubblica. Poiché la cannabis è la sostanza stupefacente più consumata, rappresenta una questione importante per l'attività di prevenzione tra i giovani e in questo settore vi è un interesse sempre più intenso per l'impiego di strategie di prevenzione ambientale, sulla scia delle prove che sembrano dimostrare l'utilità dell'approccio ambientale per ridurre i problemi associati all'impiego di sostanze lecite come il tabacco e l'alcol.

Qualsiasi eventuale mutamento positivo negli indicatori del consumo complessivo di cannabis in Europa dovrà essere analizzato nel contesto di una situazione piuttosto eterogenea a livello nazionale; per esempio, alcuni paesi hanno riferito livelli di prevalenza coerentemente bassi e stabili, mentre il consumo di cannabis in molti paesi dell'Europa centrale e orientale ha registrato un considerevole aumento a partire dagli anni 2000. Le tendenze inoltre devono essere esaminate secondo diversi modelli di consumo: il consumo abituale e il consumo a lungo termine sono quelli più frequentemente associati ai relativi danni. In Europa oggi i problemi connessi alla cannabis sono compresi e riconosciuti in maniera più chiara; la cannabis è stata infatti segnalata come la seconda sostanza più comune per i pazienti che si sottopongono a trattamento specialistico della tossicodipendenza. I consumatori di cannabis sottoposti al trattamento sono per lo più di sesso maschile e relativamente giovani, ma si riconoscono con precisione sempre maggiore anche i problemi dei consumatori più anziani e cronici.

La cannabis inoltre è la droga su cui l'opinione pubblica si divide; in alcuni paesi infatti si fa una chiara distinzione tra cannabis e altre sostanze per quanto riguarda le politiche di controllo degli stupefacenti.

## L'eroina e gli altri oppiacei

In una situazione generale caratterizzata da una maggiore disponibilità di trattamento per i consumatori di eroina,

gli indicatori mostrano una tendenza in calo sia per il consumo sia per la disponibilità di questa droga. La tendenza di lungo periodo per i quantitativi di eroina sequestrati è al ribasso e, più recentemente, anche il numero di sequestri ha cominciato a contrarsi. Alcuni paesi riferiscono che, negli ultimi dieci anni, l'eroina è stata sostituita sul mercato da altri oppiacei. Più recentemente altri paesi hanno registrato turbolenze del mercato o scarsità, cui è seguita in generale una parziale ripresa.

Anche il numero di consumatori di eroina che si sono sottoposti a trattamento per la prima volta continua a diminuire, e complessivamente i pazienti sottoposti a trattamento per consumo di eroina costituiscono una popolazione in fase di invecchiamento. Negli ultimi anni sono diminuiti anche i decessi correlati agli oppiacei. Storicamente il consumo di eroina è stato caratterizzato dall'assunzione per via parenterale, comportamento che tuttavia è in calo ormai da molto tempo. Questo, insieme all'effetto prodotto dai vari interventi, ha probabilmente contribuito al declino osservato nel numero delle nuove infezioni da HIV attribuite al consumo di stupefacenti. Si osserva con preoccupazione che recenti epidemie di HIV correlate all'assunzione di sostanze stupefacenti per via parenterale in Grecia e in Romania hanno interrotto tale andamento positivo. Ciò dimostra la continua necessità di consolidare l'impegno alla riduzione del danno e un efficace trattamento della tossicodipendenza, se l'Europa vuole continuare a ridurre la portata del problema. Indipendentemente dalle nuove tendenze che si registrano nel consumo dell'eroina, la complessità del problema è tale che rimarrà al centro dell'azione dei servizi per la lotta alle tossicodipendenze per molti anni a venire. Dato il gran numero di consumatori di sostanze stupefacenti ora in contatto con i servizi, è sempre più necessario garantire continuità all'assistenza e ai servizi di reinserimento

**In una situazione generale caratterizzata da una maggiore disponibilità di trattamento per i consumatori di eroina, gli indicatori mostrano una tendenza in calo sia per il consumo sia per la disponibilità di questa droga**

sociale, cercando di raggiungere un accordo su cosa si possa considerare un recupero realistico nel lungo periodo.

## | Cocaina

Soltanto alcuni paesi segnalano problemi con il consumo di cocaina crack, che si registrano in coincidenza con il consumo problematico di altre sostanze, tra cui l'eroina. Il consumo di polvere di cocaina è assai più comune ma tende a concentrarsi in un numero relativamente più ridotto di paesi dell'Europa occidentale. Negli ultimi anni sia gli indicatori relativi al consumo che quelli relativi all'offerta di cocaina hanno mostrato una tendenza al ribasso e il sensibile calo rilevato nei quantitativi sequestrati è probabilmente dovuto anche al diversificarsi delle rotte e delle tecniche adottate dalla criminalità organizzata. Nella penisola iberica continuano a registrarsi sequestri considerevoli, benché proporzionalmente inferiori al passato, mentre dall'Europa orientale giungono preoccupanti segnalazioni di sequestri di cocaina, che fanno pensare a una possibile diffusione e all'aumento del consumo in futuro.

Nei paesi a più alta prevalenza, sia i dati delle indagini sia quelli relativi all'inizio del trattamento indicano una recente riduzione del consumo di cocaina, benché i livelli rimangano alti rispetto agli standard storici. Il numero di decessi correlati al consumo di cocaina è leggermente diminuito, benché i dati di questo settore vadano interpretati con una certa cautela. I gravi problemi connessi al consumo di cocaina fanno sì che, in diversi paesi europei, i soggetti interessati ricorrano al pronto soccorso, ma la nostra capacità di monitorare il problema è limitata. Per quanto riguarda il trattamento, sono ora a disposizione dei consumatori di cocaina i servizi specialistici di molti paesi, mentre gli elementi attualmente disponibili evidenziano l'opportunità degli interventi psicosociali.

## | Stimolanti sintetici

Comprendere le tendenze generali nel consumo degli stimolanti sintetici è spesso difficile in quanto queste sostanze vengono sostituite l'una con l'altra, dal momento che i consumatori scelgono il prodotto sulla base della disponibilità, del prezzo e della "qualità" percepita. Amfetamina ed ecstasy rimangono gli stimolanti sintetici più frequentemente consumati in Europa e in una certa misura entrano in concorrenza con la cocaina. L'amfetamina rimane una componente importante del consumo di droghe in molti paesi e storicamente l'assunzione di tale sostanza per via parenterale ha svolto

un ruolo significativo nel cronico problema della droga in molti paesi del Nord. Nel più lungo periodo, gli indicatori relativi alle amfetamine sono rimasti in gran parte stabili; i dati recenti tuttavia mostrano una maggiore disponibilità di metamfetamina, mentre in alcuni mercati questa sostanza si sta ora sostituendo all'amfetamina. Alcuni dati sembrano dimostrare che negli ultimi anni vi sia stato un calo della popolarità dell'ecstasy, probabilmente perché molte delle pillole vendute come ecstasy non contenevano MDMA oppure avevano un basso grado di purezza. Sembra che di recente i produttori di ecstasy siano diventati più efficienti nel rifornirsi di MDMA e che il contenuto delle compresse sia cambiato di conseguenza. Sarà opportuno verificare se ciò produrrà un rinnovato interesse per questa droga, come farebbero pensare i primi dati.

Gli stimolanti, soprattutto a dosi elevate, possono avere effetti avversi per la salute e ogni anno infatti si registrano alcuni decessi. Il primo punto di contatto con i servizi per i consumatori di stimolanti che hanno problemi sarà spesso quello del pronto soccorso ospedaliero. Sono in corso progetti europei per migliorare il monitoraggio in questo settore e fornire linee guida che offrano risposte efficaci alle emergenze tossicologiche nei luoghi di vita notturna. Benché i decessi correlati agli stimolanti siano piuttosto infrequenti, generano una notevole preoccupazione, soprattutto quando le vittime sono giovani adulti altrimenti in buona salute. La comparsa di nuove sostanze psicoattive di tossicità ignota aggiunge ulteriori complicazioni. Un esempio recente è la sostanza stimolante non controllata 4-MA, notificata per la prima volta nel 2009 sul mercato delle sostanze illecite, venduta come amfetamina o mischiata con quest'ultima. Gli episodi contigui di decessi correlati al 4-MA hanno dato luogo a una procedura di valutazione del rischio e alla successiva raccomandazione di porre questa sostanza sotto controllo a livello europeo.

## | Nuove sostanze psicoattive

In Europa è reperibile un numero crescente di nuove sostanze psicoattive, spesso progettate per imitare gli effetti delle droghe controllate. Alcune sostanze sono vendute direttamente sul mercato delle sostanze illecite, mentre altre, le cosiddette droghe "legali" vengono vendute più apertamente. Gli sviluppi in questo settore sono rapidi e le sostanze fanno la loro comparsa con ritmi sostenuti. Occasionalmente compare sul mercato delle sostanze illecite una sostanza che diventa la droga preferita: l'esempio più recente è quello del mefedrone. Nel 2013 il Sistema di allerta rapido dell'UE riceve rapporti relativi alla comparsa di nuove sostanze una volta a settimana circa. Gli anni recenti sono stati dominati dalla comparsa

di nuovi agonisti dei recettori cannabinoidi (CRA) sintetici, fenetilamine e catinoni, che rispecchiano in larga misura le sostanze illecite più diffuse. Recentemente però è stata riferita una crescente percentuale di sostanze appartenenti a gruppi chimici meno noti. Molti prodotti in vendita contengono miscele di sostanze e la mancanza di dati farmacologici e tossicologici comporta la difficoltà di fare previsioni di lungo periodo sulle implicazioni per la salute di tale consumo; i dati disponibili però evidenziano sempre più frequentemente che alcune di queste sostanze creano problemi che richiedono interventi clinici, mentre si sono già registrati alcuni decessi.

La Commissione europea sta preparando una nuova proposta per consolidare la reazione dell'Unione europea in risposta alle nuove sostanze psicoattive. Benché il consumo delle nuove sostanze psicoattive si osservi

soprattutto tra giovani consumatori in contesti ricreativi, se ne è osservata la diffusione anche tra i consumatori problematici di stupefacenti. Nei paesi che hanno segnalato carenza di eroina, gli oppiacei sono stati in parte sostituiti da stimolanti sintetici, soprattutto catinoni. Il motivo del passaggio dal consumo di eroina per via parenterale ai catinoni non è chiaro, ma può dipendere dalla facile reperibilità e dall'alta qualità percepita delle nuove droghe. Le preoccupazioni per la salute pubblica riguardano gli aumentati livelli di consumo di stupefacenti per via parenterale, i problemi di salute mentale e i danni fisici. A tutt'oggi, questi paesi hanno sperimentato una serie di misure di controllo per rispondere al problema delle nuove droghe. Seppur affrontata in modo meno articolato, è ugualmente importante la necessità di individuare e introdurre adeguate iniziative per ridurre la domanda.





# 1

**A dimostrazione dell'alta prevalenza  
in termini di consumo, la cannabis è  
certamente la droga più frequentemente  
sequestrata in Europa**

# Offerta di droga in Europa

L'Europa è una delle principali destinazioni per le sostanze controllate e svolge inoltre un limitato ruolo come punto di transito per la droga diretta verso altre regioni. America Latina, Asia occidentale e Africa settentrionale sono importanti aree di approvvigionamento per le droghe che entrano in Europa; tuttavia, la dinamica dell'attuale mercato della droga è tale per cui altre regioni del mondo stanno assumendo una maggiore importanza. L'Europa è anche una regione produttrice di cannabis e droghe sintetiche. Mentre praticamente tutta la cannabis prodotta è diretta al consumo locale, alcune droghe sintetiche vengono fabbricate anche per essere esportate in altre regioni.

La crescente disponibilità di "nuove sostanze psicoattive" non controllate dai trattati internazionali sul controllo degli stupefacenti è uno sviluppo relativamente recente sui mercati europei della droga. Solitamente prodotte fuori dai confini europei, queste sostanze si possono ottenere da dettaglianti online o negozi specializzati e talvolta sono vendute anche insieme a sostanze controllate sul mercato delle droghe illecite.

## Il monitoraggio dell'offerta di droga

L'analisi di cui alla presente sezione si basa su diverse fonti di dati: sequestri di droga; impianti di produzione degli stupefacenti smantellati; sequestri di precursori chimici; reati legati all'offerta di droga; prezzi della droga al dettaglio; e infine analisi medico-legali dei sequestri di stupefacenti. Nello Statistical bulletin (Bollettino statistico) si trovano 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.

I dati sulle nuove sostanze psicoattive si basano sulle notifiche inviate al sistema di allerta rapido dell'UE, il quale a sua volta fa riferimento ai dati forniti dalle reti nazionali dell'EMCDDA e dell'Europol. Una descrizione esaustiva di questo meccanismo si può reperire sul sito dell'EMCDDA, alla pagina Action on new drugs (Azione nel campo delle nuove droghe).

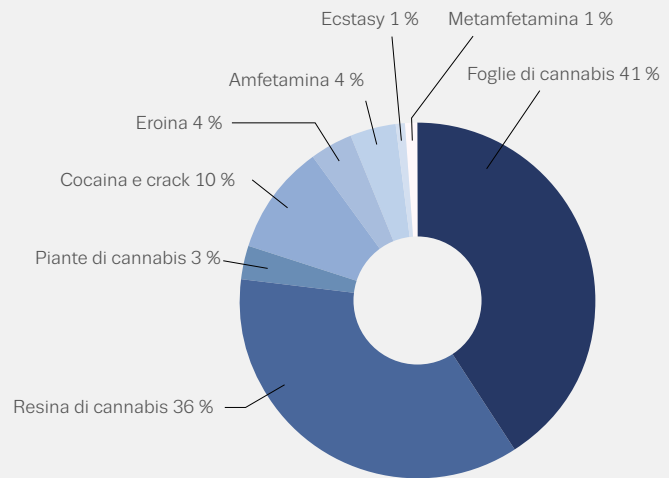
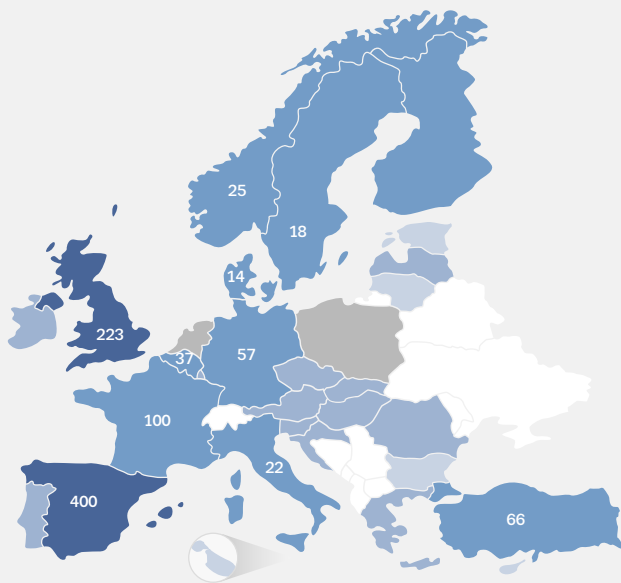
## Un milione di sequestri di droghe illecite in Europa

Nel lungo periodo si è osservato in Europa un sostanziale aumento del numero di sequestri di droghe illecite, che nel 2011 è stato pari a un milione. Si è trattato per la maggior parte di piccole quantità di droga confiscate ai consumatori, ma in questa cifra rientravano anche le partite di diversi chilogrammi di droga sequestrate a trafficanti e produttori.

La maggior parte dei sequestri del 2011 è stata segnalata da due soli paesi, la Spagna e il Regno Unito, benché anche il Belgio e quattro paesi nordici abbiano denunciato

## GRAFICO 1.1

Numero di sequestri denunciati per paese (a sinistra), e percentuale di sequestri per le droghe principali (a destra) (2011)



Sequestri (in migliaia) <1 1-10 11-100 >100  
 Nessun dato disponibile  
 NB: numero di sequestri (in migliaia) per i dieci paesi con i valori più alti.

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

A dimostrazione dell'alta prevalenza in termini di consumo, la cannabis è certamente la droga più frequentemente sequestrata in Europa (Grafico 1.1). Complessivamente la cocaina occupa il secondo posto, con circa il doppio dei sequestri denunciati rispetto alle amfetamine o all'eroina. Il numero dei sequestri di ecstasy è inferiore e negli ultimi anni si è sensibilmente ridotto.

### Cannabis: variazioni dell'offerta

Nel mercato europeo della droga si trovano solitamente due diversi prodotti di cannabis: foglie di cannabis ("marijuana") e resina di cannabis ("hashish"). Secondo le stime il consumo annuale di questi prodotti dovrebbe aggirarsi su circa 2 500 tonnellate.

Le foglie di cannabis reperibili in Europa sono coltivate all'interno dei confini nazionali o importate dai paesi vicini, benché alcuni rapporti segnalino l'arrivo di foglie di cannabis da altre regioni, tra cui l'Africa. Gran parte della resina di cannabis viene importata via mare o per via aerea dal Marocco. A livello europeo, in media i quantitativi di

resina di cannabis intercettati sono maggiori di quelli delle foglie di cannabis.

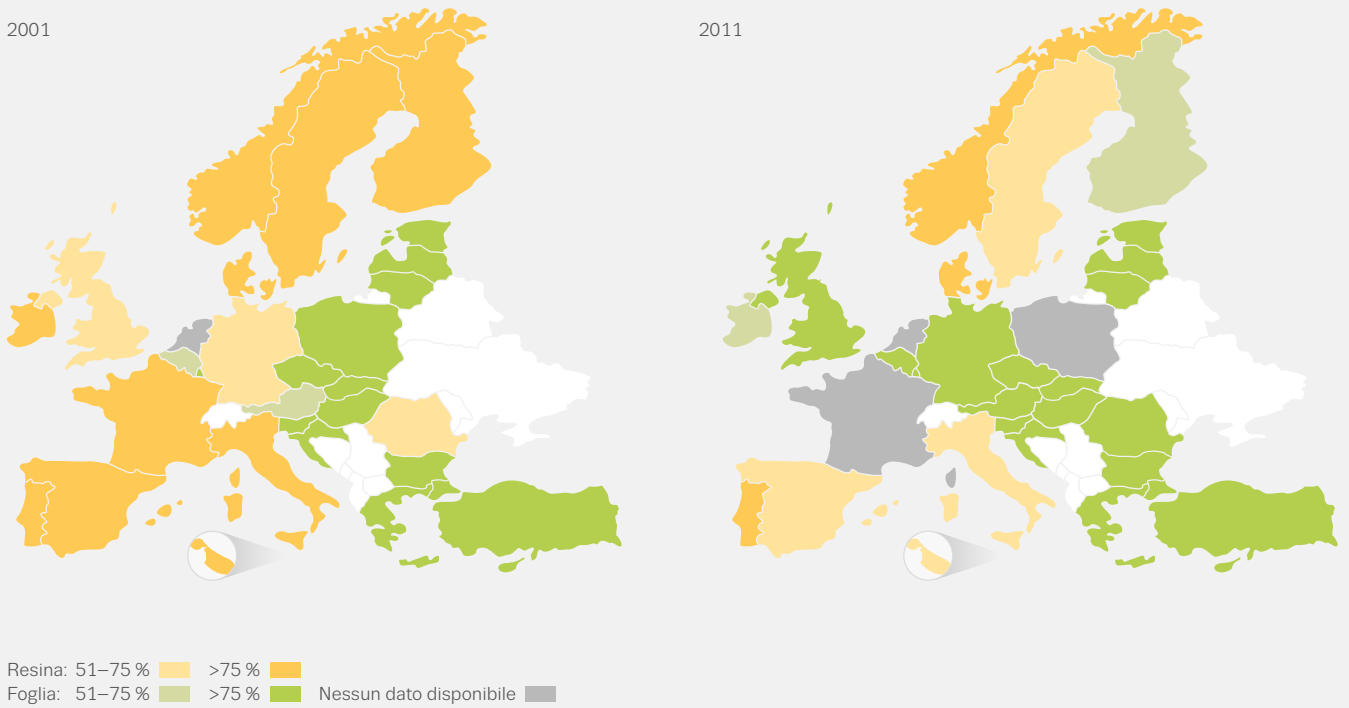
Negli ultimi dieci anni, il numero dei sequestri di foglie di cannabis ha superato quello dei sequestri di resina ed equivale ora a più della metà di tutti i sequestri di cannabis (Grafico 1.3). Questo rispecchia in parte la crescente disponibilità di foglie di cannabis prodotta all'interno di molti paesi. Anche se la quantità di resina di cannabis sequestrata negli ultimi anni è in calo, è comunque assai più alta della quantità di foglie di cannabis segnalata (483 tonnellate rispetto a 92 tonnellate nel 2011).

Per comprendere l'andamento dei sequestri di cannabis in Europa bisogna guardare ai dati di un numero limitato di paesi che sono di importanza superiore alla media (Grafico 1.4). La Spagna, per esempio, data la sua vicinanza al Marocco e grazie a un ampio mercato interno, ha segnalato circa due terzi della quantità di resina sequestrata in Europa nel 2011. Per le foglie di cannabis, sia la Grecia sia l'Italia hanno segnalato sensibili aumenti delle quantità sequestrate. Dal 2007, la Turchia è il paese che ha sequestrato le maggiori quantità di foglie di cannabis.

I sequestri di foglie di cannabis possono essere considerati un indicatore della produzione nazionale, benché la qualità dei dati disponibili in questo settore ponga dei problemi a fini comparativi. Nel 2011, in Europa sono

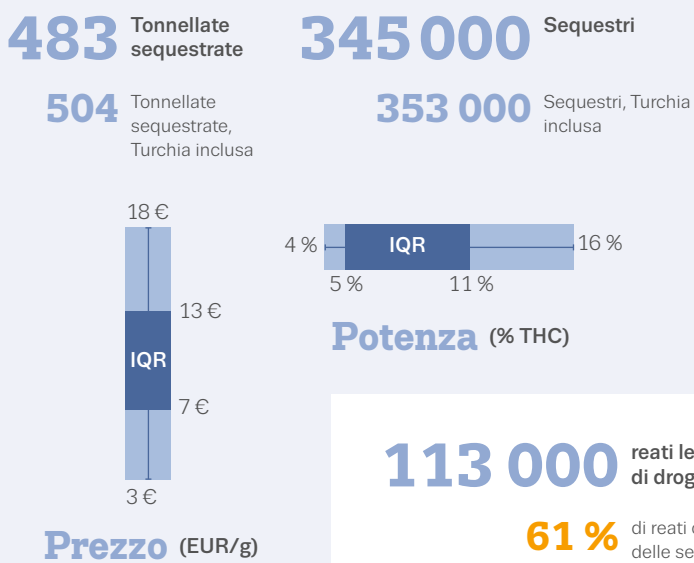
GRAFICO 1.2

Tipo di cannabis prevalente, resina o foglia, tra i sequestri del 2001 e del 2011

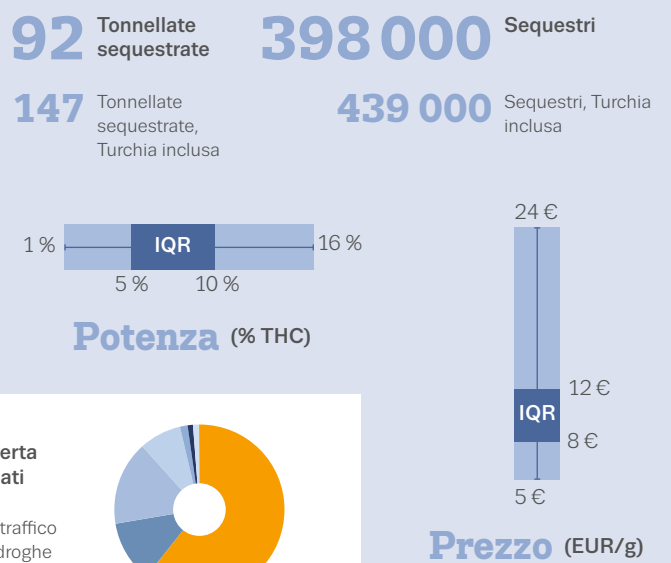


CANNABIS

Resina

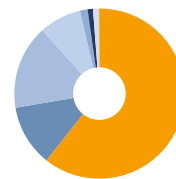


Foglie



**113 000** reati legati all'offerta di droga denunciati

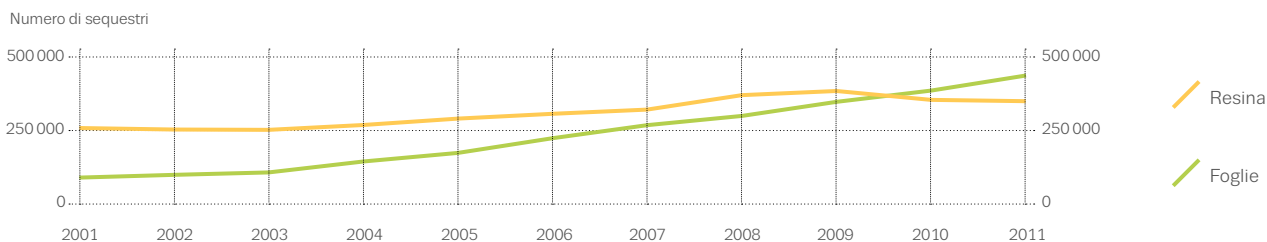
**61 %** di reati connessi al traffico delle sei principali droghe



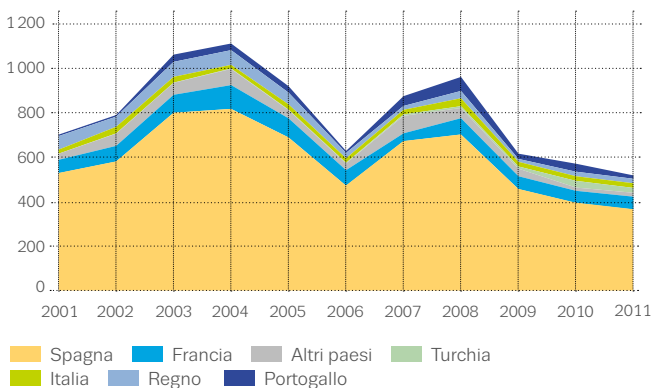
Prezzo e potenza del prodotto a base di cannabis: valori medi nazionali, intervallo minimo, massimo e interquartile (IQR). I paesi compresi nella statistica variano per indicatore.

## GRAFICO 1.3

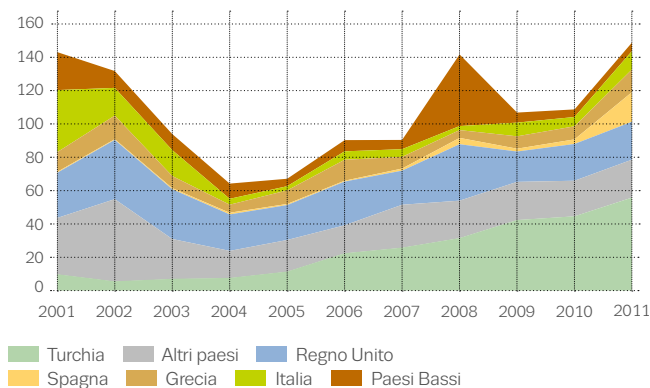
Numero di sequestri di cannabis e quantità sequestrata in tonnellate di resina e foglie (2001-2011)



Resina (Tonnellate)



Foglie (Tonnellate)



stati segnalati 31 000 sequestri di piante di cannabis, cifra che comprende sia le segnalazioni del numero di piante sequestrate (4,4 milioni in totale) che quelle delle quantità (33 tonnellate). Il maggior numero di piante sequestrate è stato segnalato nei Paesi Bassi (2 milioni), in Italia (1 milione) e nel Regno Unito (627 000), mentre la Spagna (26 tonnellate) e la Bulgaria (5 tonnellate) hanno segnalato i maggiori sequestri in termini di peso.

### Una nuova dimensione: agonisti dei recettori cannabinoidi sintetici

La recente disponibilità dei prodotti contenenti agonisti dei recettori cannabinoidi (CRA) sintetici, i quali imitano gli effetti dei composti psicoattivi presenti naturalmente nella cannabis, aggiunge una nuova dimensione al mercato della cannabis. La presenza di questi prodotti, che possono essere estremamente potenti, è stata segnalata praticamente in tutti i paesi europei. Partite di parecchi chilogrammi della sostanza in polvere sono solitamente importate dall'Asia, mentre la trasformazione e l'imballaggio hanno luogo in Europa. Esistono prove anche del transito in Europa di sostanze chimiche fonte, come dimostra il recente sequestro di quasi 15 chili di CRA puro in polvere proveniente dalla Cina e diretto in Russia.

### Eroina: i segni di un declino

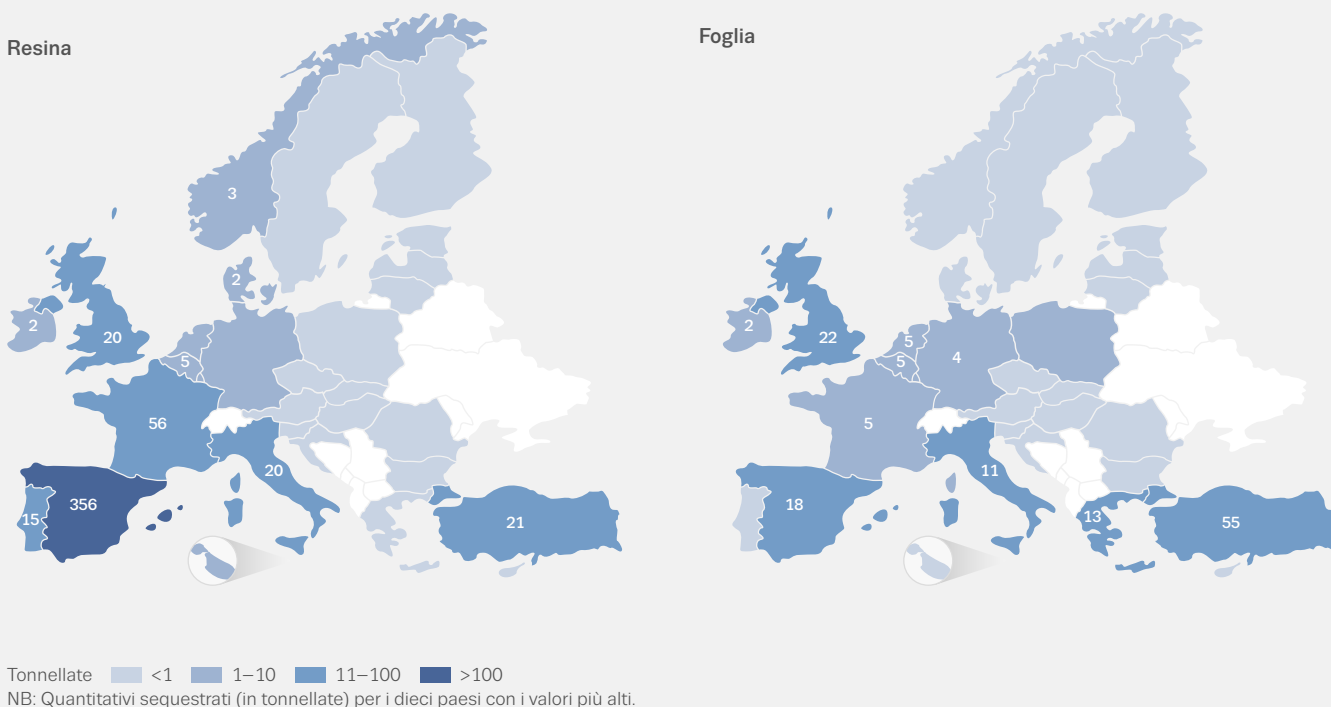
Tradizionalmente in Europa vi è stata disponibilità di due tipi di eroina importata: il tipo più comune è l'eroina *brown* (forma chimica base), proveniente prevalentemente dall'Afghanistan. Meno comune è l'eroina bianca (sotto forma di sali), che generalmente proviene dall'Asia sudorientale, ma adesso può anche essere prodotta altrove. Una piccola quantità di oppiacei viene prodotta anche in Europa: si tratta principalmente di derivati domestici del papavero, segnalati in alcune zone dell'Europa orientale.

L'Afghanistan rimane il maggiore produttore illecito di oppio al mondo. Si ritiene che gran parte dell'eroina che si trova in Europa sia fabbricata in quel paese o, in misura

**La quantità di eroina sequestrata nel 2011 è stata la più bassa segnalata negli ultimi dieci anni, equivalente ad appena la metà circa della quantità sequestrata nel 2001**

GRAFICO 1.4

Quantità di resina di cannabis (a sinistra) e foglie di cannabis (a destra) sequestrate (2011)



minore, nei vicini Iran o Pakistan. Esistono due rotte di traffico — che non sono state definite con precisione — per il trasporto della droga in Europa: storicamente la più importante è la “rotta dei Balcani” che corre a occidente attraverso la Turchia verso i paesi balcanici (Bulgaria, Romania o Albania) per poi giungere nell’Europa centrale, meridionale e occidentale. Una rotta di traffico più recente è quella “settentrionale” o “via della seta” che si dirige a nord verso la Russia, attraverso le repubbliche

ex sovietiche dell’Asia centrale. Attualmente però sembra che la situazione sia più fluida, e l’eroina entra in Europa dall’Iran e dal Pakistan via mare o per via aerea, direttamente o transitando attraverso i paesi dell’Africa occidentale e orientale.

La quantità di eroina sequestrata nel 2011 (6,1 tonnellate) è stata la più bassa segnalata negli ultimi dieci anni, equivalente ad appena la metà circa della quantità

EROINA

**6,1** Tonnellate sequestrate

**13,4** Tonnellate sequestrate, Turchia inclusa

**40 500** Sequestri

**43 800** Sequestri, Turchia inclusa



**Purezza (%)**

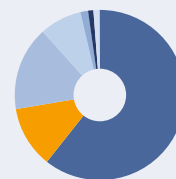
143 €



**Prezzo (EUR/g)**

**23 300** Reati legati all’offerta di droga denunciati

**12 %** di reati connessi al traffico delle sei principali droghe



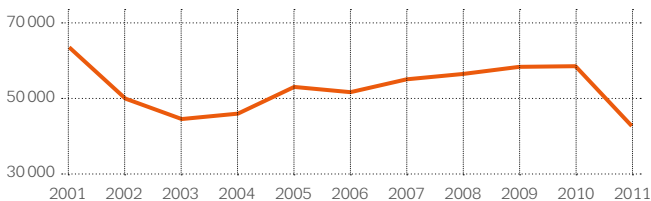
Prezzo e purezza dell’eroina brown: valori medi nazionali, intervallo minimo, massimo e interquartile (IQR).

I paesi compresi nella statistica variano per indicatore.

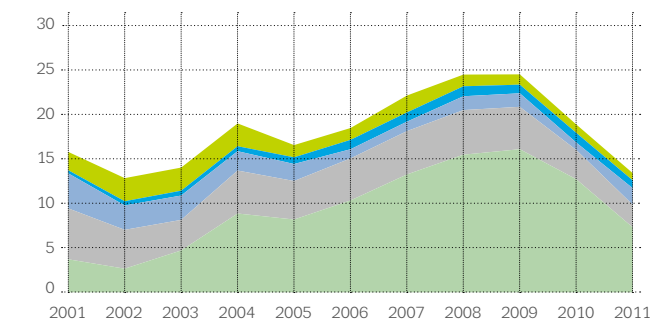
## GRAFICO 1.5

Numero di sequestri di eroina e quantità sequestrata (2001-2011)

Numero di sequestri



Tonnellate



Turchia    Altri paesi    Regno Unito  
Francia    Italia

sequestrata nel 2001 (12 tonnellate). Anche il numero dei sequestri segnalato nello stesso periodo (2001-2011) si è ridotto, passando dal valore massimo raggiunto nel 2001, 63 000, a un valore stimato di 40 500 nel 2011. In una certa misura, questo calo si può spiegare con l'aumento dei sequestri registrato tra il 2002 e il 2009 in Turchia, paese che dal 2006 ha sequestrato regolarmente una quantità di droga superiore a quella di tutti gli altri paesi messi insieme (Grafico 1.5). Tra il 2010 e il 2011, però, la Turchia ha riferito un considerevole calo delle quantità sequestrate.

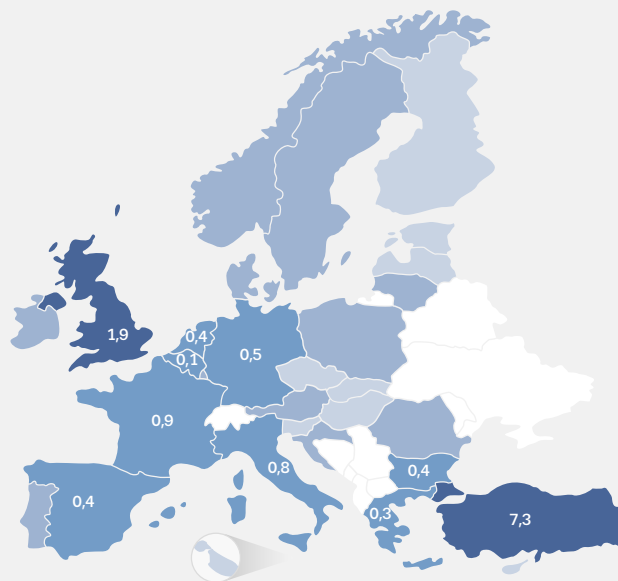
A parte il calo osservato nei sequestri di eroina e nei reati correlati all'offerta dello stupefacente, recentemente il mercato ha subito acute turbolenze di breve periodo, probabilmente per i positivi risultati ottenuti nel blocco della rotta dei Balcani. Tra la fine del 2010 e l'inizio del 2011 alcuni paesi con un alto numero di consumatori di eroina hanno segnalato una sensibile carenza dello stupefacente, da cui i mercati sembrano essersi ripresi soltanto adesso.

### Cocaina: variazioni dei traffici?

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 inalando il fumo. La cocaina è prodotta dalle foglie di

## GRAFICO 1.6

Quantità di eroina sequestrata (2011)



Tonnellate    <0,01    0,01–0,10    0,11–1,0    >1,0  
NB: quantitativi sequestrati (in tonnellate) per i dieci paesi con i valori più alti.

coca, quasi esclusivamente in Bolivia, Colombia e Perù, e viene trasportata in Europa sia per via aerea sia via mare. La principale rotta di traffico in Europa sembra quella che attraversa la penisola iberica (Spagna e Portogallo), anche se l'uso più frequente dei container potrebbe spiegare l'accresciuta importanza dei grandi porti belgi, olandesi e di altri paesi dell'Europa occidentale. Tra i recenti segnali della diversificazione delle rotte di traffico della cocaina in Europa ci sono i singoli grandi sequestri che hanno colpito i porti della Bulgaria, della Grecia, della Romania e dei paesi baltici.

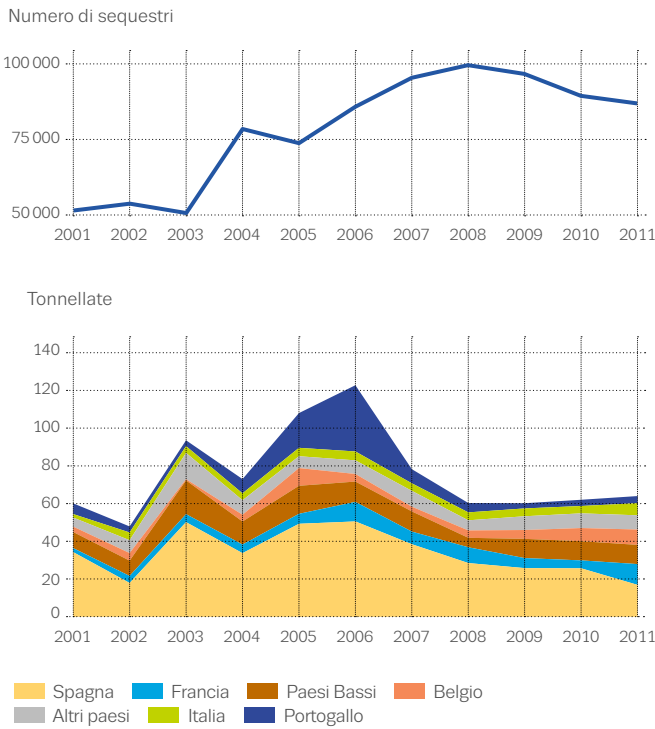
Non tutta la cocaina che raggiunge il nostro continente è pronta a essere commercializzata e negli ultimi anni in Europa è stato smantellato un certo numero di laboratori "clandestini". Tra il 2008 e il 2010 la Spagna ha scoperto e smantellato 73 impianti, la maggioranza dei quali era costituita da laboratori di estrazione secondaria, utilizzati per estrarre la cocaina da altri materiali nei quali era stata nascosta, come cera d'api, fertilizzanti, plastica, prodotti alimentari o capi d'abbigliamento.

Nel 2011 in Europa sono stati segnalati circa 86 000 sequestri di cocaina; ciò significa che sono state intercettate 62 tonnellate di questa droga, con un calo del 50 % circa rispetto alle 120 tonnellate di cocaina sequestrate nel 2006 (l'anno in cui si è raggiunto il valore massimo). Anche il numero dei sequestri è calato ma meno sensibilmente, dopo aver raggiunto il picco nel



GRAFICO 1.7

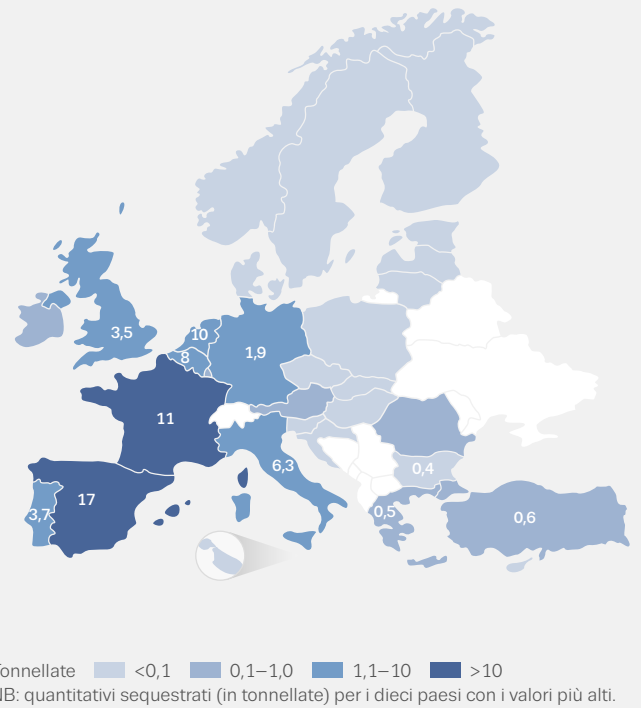
Numero di sequestri di cocaina e quantità sequestrata (2001-2011)



2008 con 100 000 sequestri (Grafico 1.7). La riduzione nella quantità di cocaina sequestrata è particolarmente sensibile nella penisola iberica, ove il totale intercettato da Spagna e Portogallo è passato dalle 84 tonnellate del 2006 alle 20 tonnellate del 2011. Si tratta di valori simili alle quantità sequestrate nei Paesi Bassi e in Belgio, che nel 2011 hanno segnalato complessivamente il sequestro di 18 tonnellate di questo stupefacente. Sequestri record

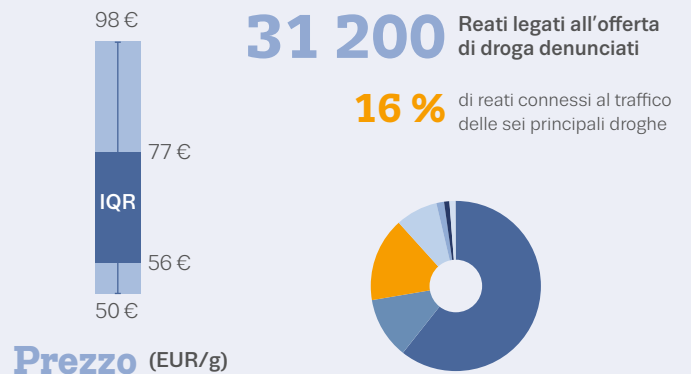
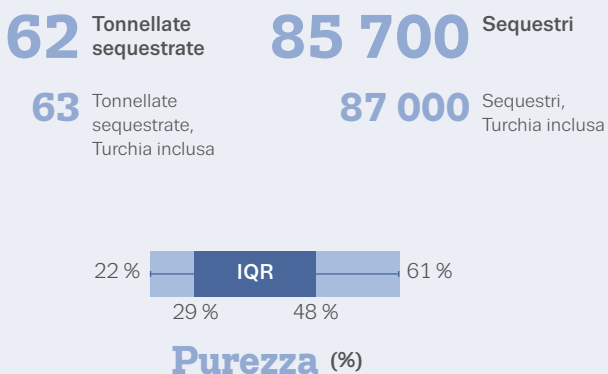
GRAFICO 1.8

Quantità di cocaina sequestrata (2011)



di cocaina sono stati segnalati nel 2011 dalla Francia (11 tonnellate) e dall'Italia (6 tonnellate). Non è chiaro in che misura i cambiamenti nella quantità di cocaina sequestrata nei paesi europei rispecchino cambiamenti complessivi dell'offerta sul mercato europeo, variazioni nell'applicazione della legge o l'introduzione di nuovi approcci operativi da parte delle organizzazioni di trafficanti di droga.

COCAINA



Prezzo e purezza della cocaina: valori medi nazionali, intervallo minimo, massimo e interquartile (IQR).

I paesi compresi nella statistica variano per indicatore.

## Amfetamine: segnali di un aumento della diffusione delle metamfetamine

Sviluppate inizialmente a fini terapeutici e note genericamente come amfetamine, la metamfetamina e l'amfetamina sono stimolanti sintetici strettamente correlati. Delle due, l'amfetamina è sempre stata più comune in Europa, ma ci sono ora segnali di una crescente disponibilità della metamfetamina.

Entrambe queste droghe vengono fabbricate in Europa per uso interno, benché una certa quantità di amfetamina sia fabbricata anche per essere esportata, soprattutto in Medio Oriente. Le tecniche di produzione possono essere relativamente sofisticate, con cicli di produzione piuttosto ampi. Le stesse attrezzature e lo stesso personale si possono impiegare per la produzione di altre sostanze sintetiche come l'MDMA (ecstasy). È noto che in Belgio e nei Paesi Bassi, come in Polonia e nei paesi baltici, si svolge un'attività di produzione importante; sono stati trovati laboratori anche in altri paesi, tra cui la Bulgaria, la Germania e l'Ungheria. La Repubblica ceca segnala un gran numero di siti di produzione di metamfetamina, gran parte dei quali sono piccoli laboratori allestiti allo scopo di fornire droga per uso personale alle persone coinvolte, benché sia stata osservata anche una produzione su più larga scala, nell'ambito della quale le metamfetamine vengono prodotte per il consumo interno ed esportate nei paesi confinanti. A quanto pare anche la produzione di metamfetamina nei paesi baltici è aumentata: le metamfetamine verrebbe prodotta per essere esportata nei paesi scandinavi, dove potrebbe cominciare a sostituire le amfetamine.



**Dopo aver registrato livelli più alti per un certo periodo, sia in termini di numeri sia di quantità, nel 2011 i sequestri di amfetamine sono tornati all'incirca allo stesso livello del 2002**

### AMFETAMINA

**5,9** Tonnellate sequestrate

**6,2** Tonnellate sequestrate, Turchia inclusa

**35 600** Sequestri

**35 600** Sequestri, Turchia inclusa



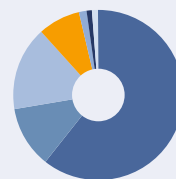
**Purezza (%)**



**Prezzo (EUR/g)**

**16 000** Reati legati all'offerta di droga denunciati

**8 %** di reati connessi al traffico delle sei principali droghe

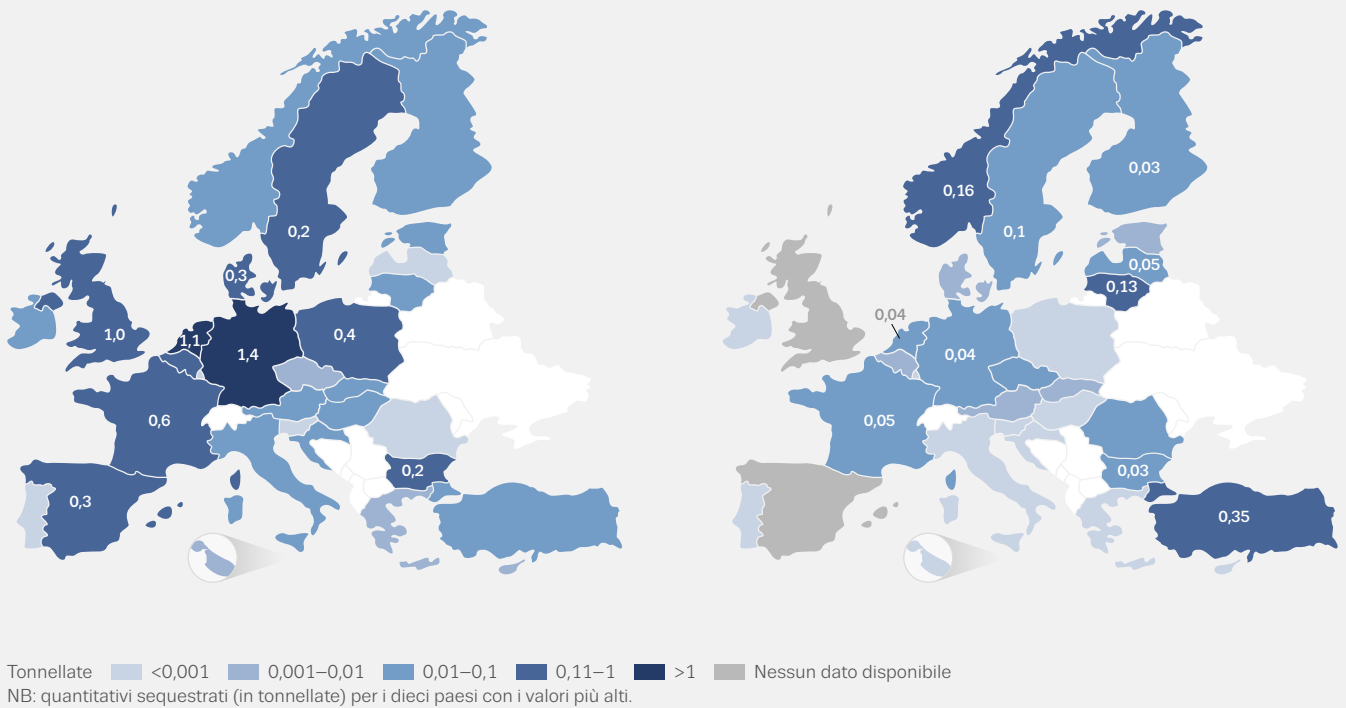


Prezzo e purezza dell'amfetamina: valori medi nazionali, intervallo minimo, massimo e interquartile (IQR).

I paesi compresi nella statistica variano per indicatore.

GRAFICO 1.9

Quantità di amfetamine (a sinistra) e di metamfetamine (a destra) sequestrate (2011)



Nel 2011 sono stati segnalati circa 45 000 sequestri di amfetamine, che si possono suddividere in 35 600 sequestri di 5,9 tonnellate di amfetamina e 9 400 sequestri di 0,7 tonnellate di metamfetamina. Dopo aver registrato livelli più alti per un certo periodo, sia in termini di numeri

sia di quantità, nel 2011 i sequestri di amfetamine sono tornati all'incirca allo stesso livello del 2002 (Grafico 1.10). Al contrario i sequestri di metamfetamine, pur rimanendo di lieve entità sia per numero sia per quantità, sono aumentati nello stesso periodo (Grafico 1.11).

METAMFETAMINA

**0,7** Tonnellate sequestrate

**1,0** Tonnellate sequestrate, Turchia inclusa

**9 400** Sequestri

**9 500** Sequestri, Turchia inclusa



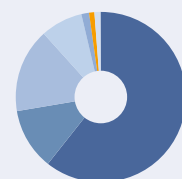
**Purezza (%)**



**Prezzo (EUR/g)**

**2 200** Reati legati all'offerta di droga denunciati

**1 %** di reati connessi al traffico delle sei principali droghe



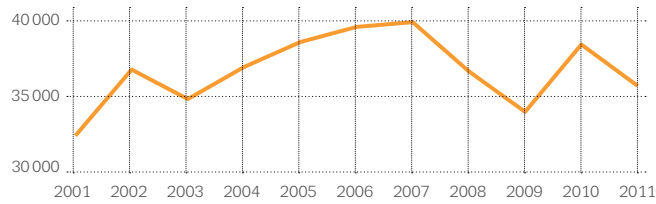
Prezzo e purezza della metamfetamina: valori medi nazionali, intervallo minimo, massimo e interquartile (IQR).

I paesi compresi nella statistica variano per indicatore.

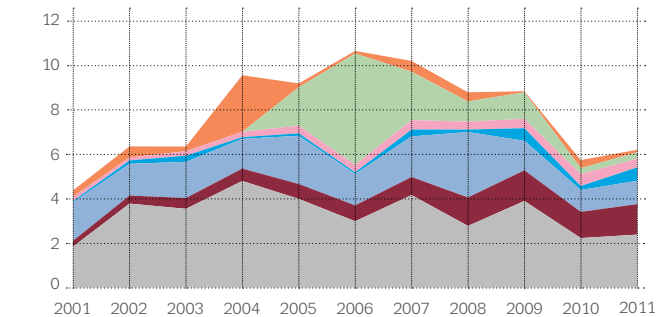
## GRAFICO 1.10

### Numero di sequestri di amfetamina e quantità sequestrata (2001-2011)

Numero di sequestri



Tonnellate

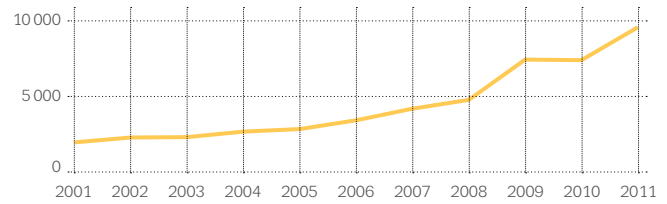


Altri paesi Germania Regno Unito  
Francia Francia Turchia Belgio

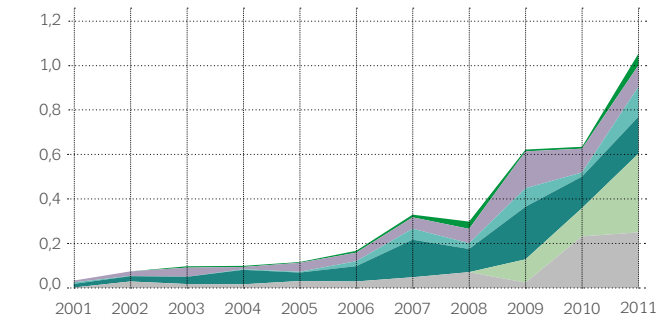
## GRAFICO 1.11

### Numero di sequestri di metamfetamina e quantità sequestrata (2001-2011)

Numero di sequestri



Tonnellate



Altri paesi Turchia Norvegia Lituania  
Svezia Lettonia

## Ecstasy: si annuncia il ritorno?

Con il termine ecstasy solitamente si fa riferimento alla sostanza sintetica MDMA, chimicamente correlata alle amfetamine, ma che in una certa misura differisce per i suoi effetti. Le compresse vendute come ecstasy tuttavia possono contenere un'ampia gamma di sostanze simili all'MDMA e sostanze chimiche non correlate.

È probabile che la produzione di ecstasy abbia raggiunto l'apice in Europa nel 2000, quando sono stati smantellati 50 laboratori. Nel 2010 ne sono stati smantellati tre, e cinque nel 2011, a indicazione del fatto che i livelli di produzione in Europa sono calati. I Paesi Bassi, seguiti dal Belgio, hanno segnalato il maggior numero di laboratori smantellati nell'ultimo decennio e si ritiene che tali paesi corrispondano alla principale area di produzione geografica di questa droga.

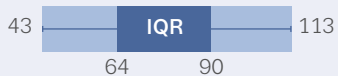
## ECSTASY

**4,3** milioni di compresse sequestrate

**5,7** milioni di compresse sequestrate, Turchia inclusa

**10 000** Sequestri

**13 000** Sequestri, Turchia inclusa



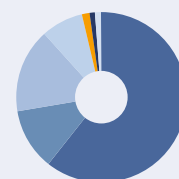
**Purezza** (mg MDMA/compressa)



**Prezzo** (EUR/compressa)

**3 000** Reati legati all'offerta di droga denunciati

**1%** di reati connessi al traffico delle sei principali droghe



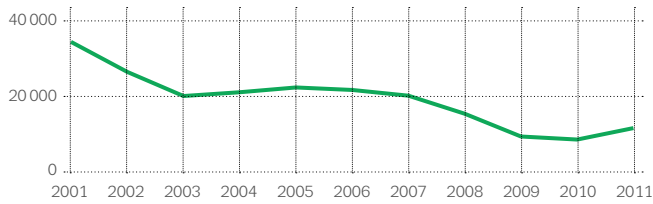
Prezzo e purezza delle compresse di ecstasy: valori medi nazionali, intervallo minimo, massimo e interquartile (IQR).

I paesi compresi nella statistica variano per indicatore.

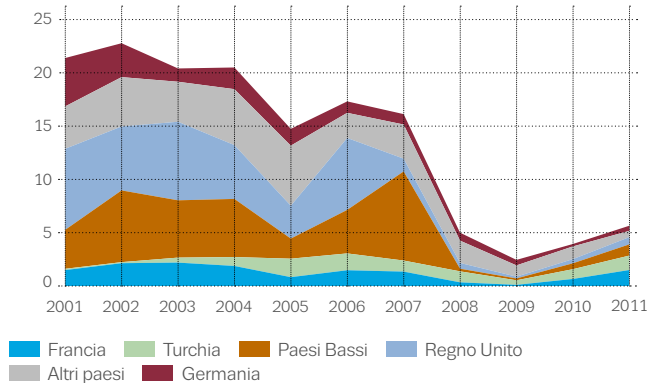
GRAFICO 1.12

**Numero di sequestri di ecstasy e compresse sequestrate (2001-2011)**

Numero di sequestri

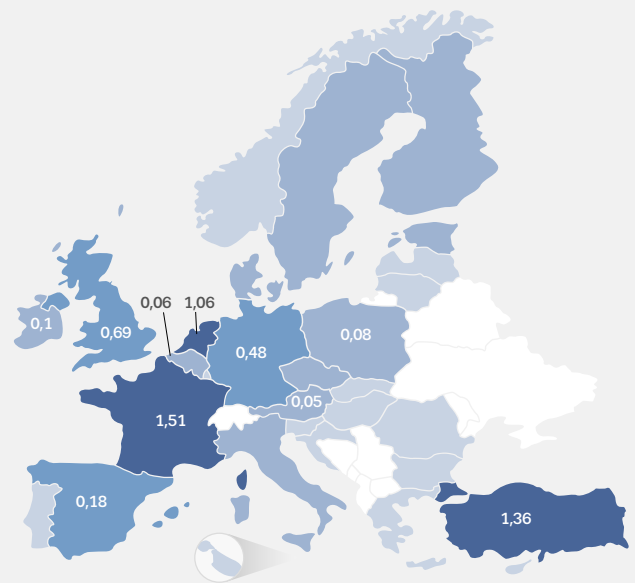


Compresse (in milioni)



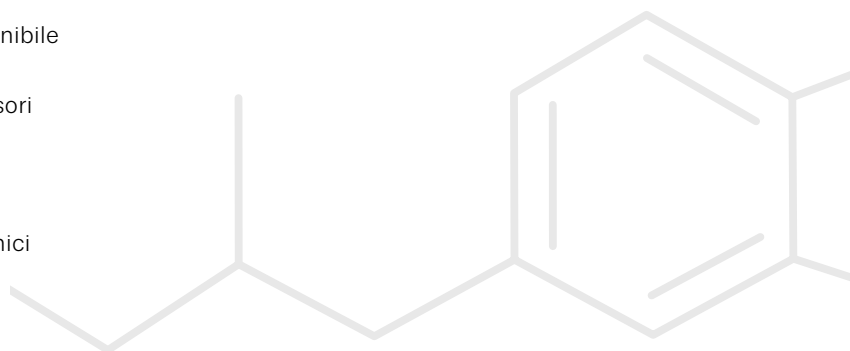
I sequestri di ecstasy sono crollati a partire dal 2007 (Grafico 1.12) e le cifre attuali — 4,3 milioni di compresse di ecstasy sequestrate — rappresentano soltanto una minima parte della cifra dell'anno in cui è stato raggiunto il valore massimo, ossia il 2002 (23 milioni). Un netto calo è stato osservato anche nei reati legati all'offerta di ecstasy, che si sono ridotti di due terzi circa tra il 2006 e il 2011 e sono ora pari all'1 % circa dei reati connessi all'offerta delle droghe principali. Queste tendenze al ribasso sono state attribuite al rafforzamento dei controlli e al sequestro mirato di PMK, il principale precursore chimico per la produzione di MDMA. Anche questo potrebbe essersi tradotto in un sostanziale mutamento del contenuto delle compresse di ecstasy disponibili in Europa: infatti, tre soli paesi segnalano che sostanze simili all'MDMA costituivano la maggioranza delle compresse analizzate nel 2009. Ci sono tuttavia indicazioni di una recente ripresa del mercato dell'ecstasy, anche se non si raggiungono i livelli osservati in passato. Sembra che l'MDMA si stia diffondendo e che in alcune regioni europee sia disponibile una polvere ad alta purezza. I produttori di ecstasy potrebbero aver risposto ai controlli imposti ai precursori passando a utilizzare i "pre-precursori" o "precursori mascherati", ossia sostanze chimiche essenziali che possono essere importate legalmente come sostanze non controllate e quindi convertite nei precursori chimici necessari alla produzione di MDMA.

GRAFICO 1.13

**Quantità di ecstasy sequestrata (2011)**


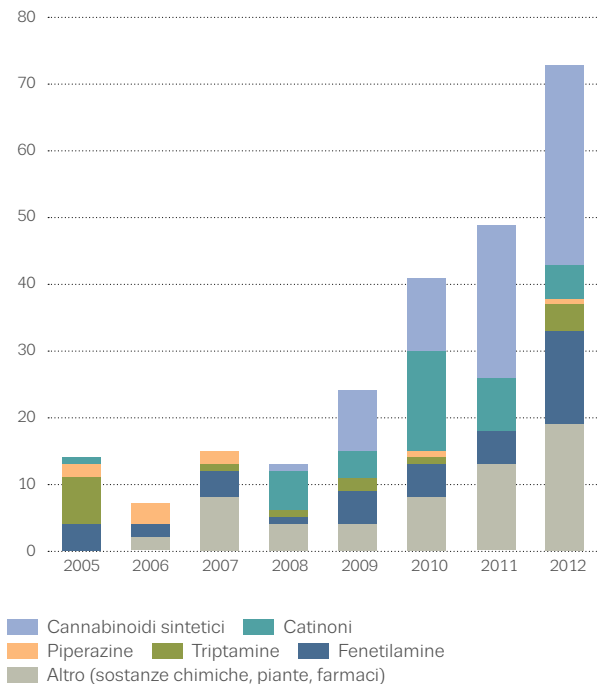
Compresse (milioni) <0,01 0,01–0,1 0,11–1,0 >1,0  
 NB: Quantitativi sequestrati (in numero di compresse) per i dieci paesi con i valori più alti.

**I sequestri di ecstasy sono crollati a partire dal 2007 e le cifre attuali — 4,3 milioni di compresse di ecstasy sequestrate — rappresentano soltanto una minima parte della cifra dell'anno in cui è stato raggiunto il valore massimo, ossia il 2002**



## GRAFICO 1.14

Numero e gruppi principali delle nuove sostanze psicoattive notificate al sistema di allerta rapido dell'UE (2005-2012)



**Nel 2012, gli Stati membri hanno notificato per la prima volta 73 nuove sostanze psicoattive attraverso il sistema di allerta rapido dell'UE**

### Nuove droghe: altre sostanze disponibili

L'analisi del mercato della droga è resa più complessa dalla comparsa di nuove droghe (nuove sostanze psicoattive). Si tratta di sostanze chimiche o naturali che non sono controllate dal diritto internazionale e vengono prodotte con l'intento di imitare gli effetti delle droghe controllate. In alcuni casi, nei laboratori clandestini europei si producono nuove droghe che sono vendute direttamente sul mercato. Altre sostanze chimiche vengono importate dai fornitori, spesso dalla Cina o dall'India, e successivamente commercializzate in Europa in confezioni accattivanti come "droghe legali". L'espressione "droghe legali" è impropria giacché le sostanze potrebbero essere controllate in alcuni Stati membri oppure, se vendute ai fini del consumo, contravvenire alle norme sulla commercializzazione e sulla sicurezza dei consumatori. Per evitare i controlli i prodotti sono spesso muniti di un'etichetta contenente informazioni ingannevoli, per esempio "sostanze chimiche destinate alla ricerca" o "fertilizzanti", con clausole di esclusione della responsabilità in cui si afferma che il prodotto non è destinato al consumo umano.

Nel 2012, gli Stati membri hanno notificato per la prima volta 73 nuove sostanze psicoattive attraverso il sistema di allerta rapido dell'UE (Grafico 1.14). A dimostrazione della domanda di prodotti simili alla cannabis, 30 di queste sostanze erano agonisti dei recettori cannabinoidi sintetici.

Diciannove composti non erano conformi ai gruppi chimici facilmente riconoscibili (piante e farmaci compresi), mentre sono stati segnalati anche 14 nuovi sostituti per le fenetilamine, il numero più alto registrato dal 2005.

Dal momento che Internet offre un mercato importante per le nuove sostanze psicoattive, l'EMCDDA svolge una periodica attività di monitoraggio del crescente numero di negozi online che offrono prodotti ai consumatori europei. Il numero di detti negozi continua ad aumentare: nel gennaio 2012 ne sono stati individuati 693.

Gran parte delle nuove sostanze psicoattive viene rapidamente sostituita dopo essere stata sottoposta a misure di controllo, rendendo così estremamente difficile intervenire in questo settore. Il mefedrone tuttavia è un raro esempio di una nuova droga che potrebbe essere passata sul mercato degli stimolanti illeciti per diventare una sostanza ricercata. Nonostante i controlli esercitati in tutta l'Unione europea, questa sostanza sembra ancora disponibile in alcuni paesi, dove è venduta sul mercato illegale. È certamente possibile che esistano ancora scorte di questa sostanza accumulate nel periodo precedente al divieto e potrebbe anche continuare l'importazione clandestina, ma desta preoccupazione sia la recente scoperta di un sito di produzione in Polonia, collegato a gruppi della criminalità organizzata, sia le prove dell'esistenza di traffici verso altri paesi europei.

## MAGGIORI INFORMAZIONI

**Pubblicazioni EMCDDA****2012**

Cannabis production and markets in Europe, EMCDDA Insights 12.

**2011**

Report on the risk assessment of mephedrone in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances

Recent shocks in the European heroin market: explanations and ramifications, Summary report from EMCDDA Trendspotter, meeting 18–19 October 2011

Rispondere alle nuove sostanze psicoattive, Focus sulle droghe, n. 22.

**Pubblicazioni EMCDDA ed Europol****2013**

Annual report on the Implementation of Council Decision 2005/387/JHA.

EU Drug markets report: a strategic analysis

**2011**

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](http://www.emcdda.europa.eu/publications)

# 2

**Almeno 85 milioni di europei adulti  
(circa un quarto della popolazione  
adulta europea) hanno consumato  
sostanze illecite nel corso della vita**



# Consumo di droga e problemi correlati

Il monitoraggio del consumo di droga e dei danni a questo associati è complicato da molti fattori. Ci sono considerevoli variazioni nei modelli di consumo delle sostanze illecite: si passa per esempio dal consumatore sperimentale e occasionale a quello abituale e di lungo periodo. Anche i rischi cui i consumatori sono esposti sono mediati da numerosi fattori che comprendono: la dose consumata, il metodo di assunzione, il consumo contemporaneo di diverse sostanze, il numero e la durata degli episodi di consumo e la vulnerabilità individuale.

## Il monitoraggio del consumo di droga e dei problemi correlati

Il monitoraggio del consumo di droga e dei danni correlati alla droga in Europa si basa essenzialmente su cinque indicatori epidemiologici principali: consumo di droga tra la popolazione generale, consumo problematico di stupefacenti, decessi correlati alla droga e mortalità, malattie infettive correlate alla droga e richiesta di trattamento della tossicodipendenza. Le informazioni su questi indicatori, comprensive di note metodologiche, sono reperibili sul sito dell'EMCDDA alla pagina [Key indicators gateway \(Accesso agli indicatori principali\)](#) e nello [Statistical bulletin \(Bollettino statistico\)](#).

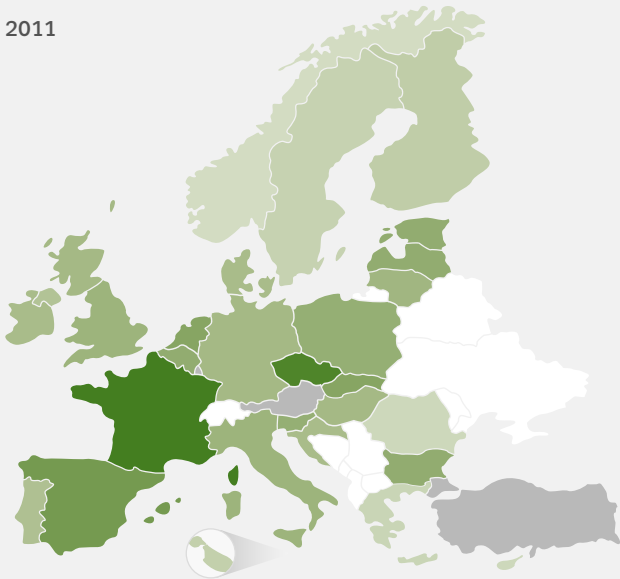
## Consumo di sostanze illecite dichiarato da un quarto degli europei adulti

Almeno 85 milioni di europei adulti (circa un quarto della popolazione adulta europea) hanno consumato sostanze illecite nel corso della vita. La maggior parte dichiara di aver consumato cannabis (77 milioni), mentre le stime sono assai inferiori per coloro che dichiarano di aver consumato altre droghe almeno una volta nella vita: 14,5 milioni per la cocaina, 12,7 milioni per le amfetamine e 11,4 milioni per l'ecstasy. Si registrano differenze considerevoli tra i livelli di consumo di droga una tantum dichiarati in Europa, che vanno da circa un terzo degli adulti in Danimarca, Francia e Regno Unito, a meno di uno su dieci in Bulgaria, Grecia, Ungheria, Romania e Turchia.

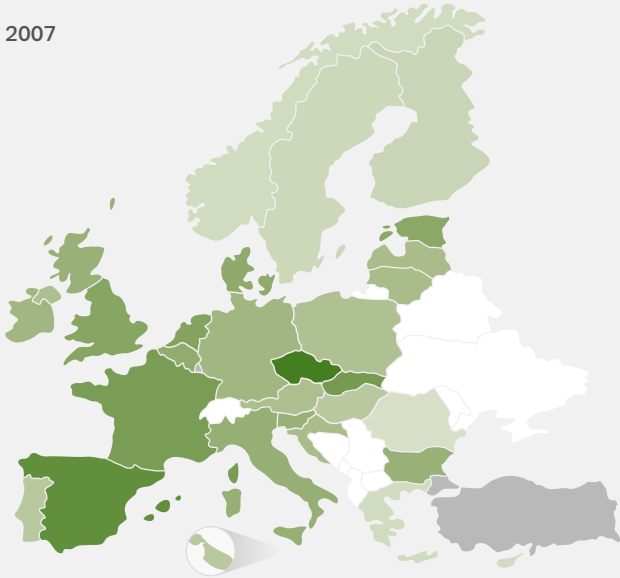
## GRAFICO 2.1

Prevalenza del consumo di cannabis almeno una volta nella vita tra studenti di 15-16 anni

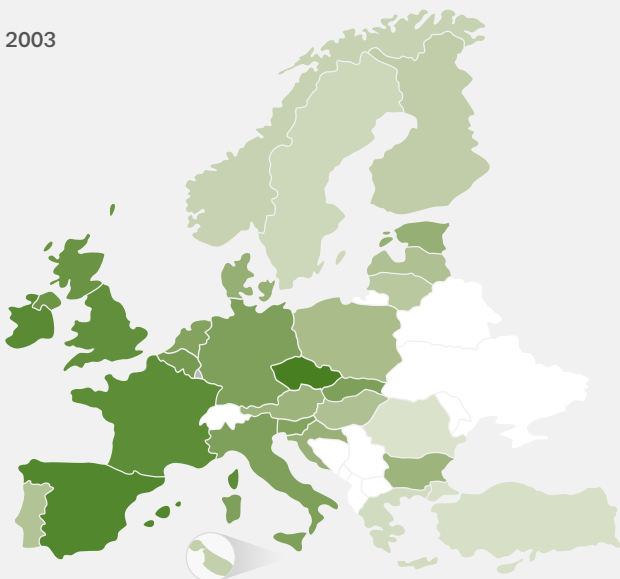
2011



2007



2003



2 % 10 20 30 40 45 %

Nessun dato disponibile

NB: dati ESPAD e indagini nazionali per la Spagna e il Regno Unito.

### Cannabis: tendenze stabili o in calo nei paesi a maggiore prevalenza

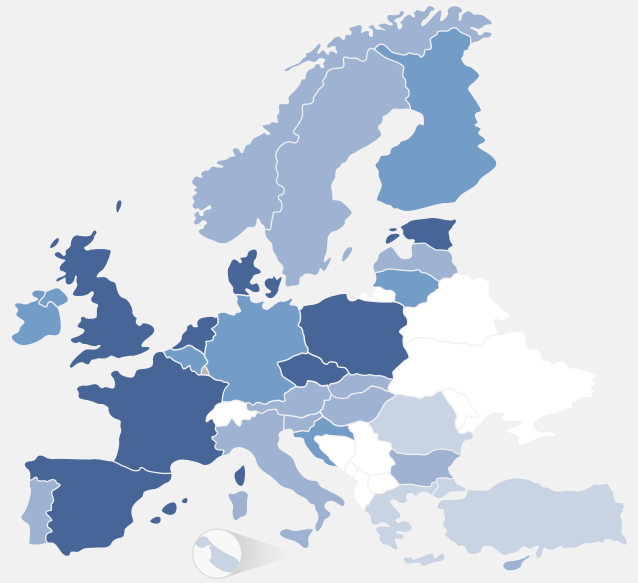
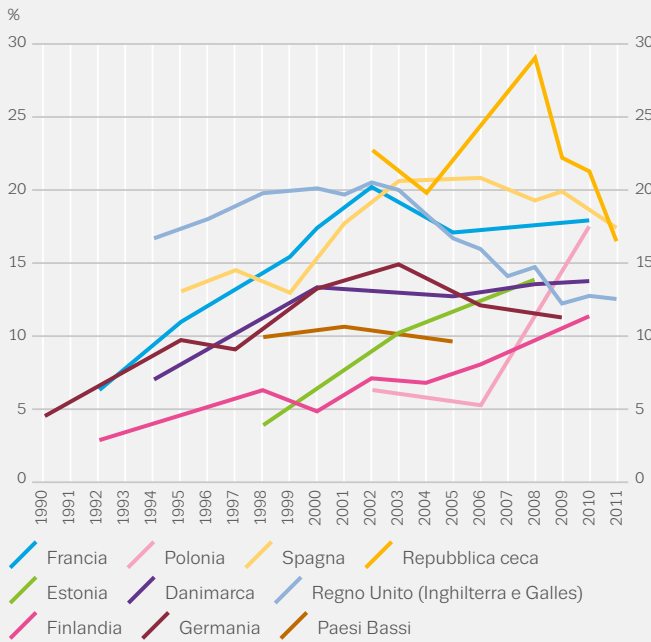
I prodotti di cannabis vengono generalmente assunti inalando il fumo e miscelati con il tabacco. I modelli di consumo sono tra i più diversi; si passa dal consumatore occasionale o sperimentale a quello abituale e dipendente, che soffre di problemi correlati alla cannabis associati al consumo frequente e all'aumento delle quantità usate. Tra gli effetti sulla salute ricordiamo i problemi respiratori, i problemi di salute mentale e la dipendenza. Alcuni dei nuovi agonisti dei recettori cannabinoidi sintetici possono essere estremamente potenti e si segnalano alcune gravi conseguenze negative.

La cannabis è la sostanza illecita con la maggiore probabilità di essere sperimentata da studenti europei. Nel 2011 secondo le indagini dell'ESPAD la percentuale dei ragazzi tra i 15 e i 16 anni che hanno consumato cannabis almeno una volta nella vita oscillava dal 5 % della Norvegia al 42 % della Repubblica ceca (Grafico 2.1). Anche il rapporto tra il numero di consumatori di sesso maschile e femminile variava, passando da uno a circa 2,5 ragazzi per ogni ragazza. Per quanto riguarda la tendenza europea complessiva, il consumo di cannabis tra gli studenti è aumentato tra il 1995 e il 2003, è diminuito leggermente nel 2007 e da allora è rimasto stabile. In questo periodo, si è osservata una riduzione nei consumi di cannabis in molti dei paesi che nelle indagini precedenti avevano segnalato alti livelli di prevalenza. Nello stesso periodo, i livelli di consumo di cannabis tra gli studenti sono aumentati in molti dei paesi dell'Europa centrale e orientale, mostrando una certa convergenza a livello europeo. Nei sei paesi che hanno riferito di aver condotto indagini scolastiche a livello nazionale dopo lo studio ESPAD (2011/2012), la prevalenza del consumo di cannabis tra gli studenti rimane stabile o diminuisce leggermente.

Si stima che 15,4 milioni di giovani europei (15-34) (11,7 % di questo gruppo di età) abbia consumato cannabis nel corso dell'ultimo anno (9,2 milioni nella fascia d'età compresa tra i 15 e i 24 anni, ossia il 14,9 %). Il consumo della cannabis è solitamente maggiore tra i maschi. Le tendenze di più lungo periodo tra i giovani adulti sono essenzialmente in linea con quelle degli studenti, con aumenti graduali del consumo in alcuni paesi a più bassa prevalenza e riduzioni nei paesi a più alta prevalenza. Eccezion fatta per la Polonia e la Finlandia, i paesi nei quali sono state effettuate indagini recenti (nel 2010 o successivamente) segnalano tendenze stabili o in calo tra i giovani adulti (Grafico 2.2). Poche indagini nazionali attualmente segnalano consumi di agonisti dei recettori cannabinoidi sintetici; per quelle che lo fanno, i livelli di prevalenza sono generalmente bassi.

GRAFICO 2.2

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



NB: tendenze per dieci paesi con la più alta prevalenza e tre indagini o più

% 0-4 4,1-8 8,1-12 >12

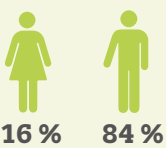
**Cannabis: consumo quotidiano per oltre 3 milioni di persone, in crescita la richiesta di trattamento**

Una minoranza significativa di consumatori di cannabis consuma questa sostanza in modo intensivo. Con l'espressione consumo quotidiano o quasi quotidiano di cannabis si intende un consumo su 20 o più giorni

nel mese precedente l'indagine. I dati relativi ai 22 paesi dimostrano che circa l'1% degli adulti, almeno tre milioni, dichiara di consumare la sostanza a questo livello. Più di due terzi di queste persone rientra nella fascia d'età compresa fra i 15 e i 34 anni e in questo gruppo di età più di tre quarti sono di sesso maschile.

CONSUMATORI DI CANNABIS IN TRATTAMENTO

Caratteristiche



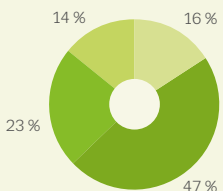
Età media al primo consumo **16**

Età media all'inizio del trattamento **25**

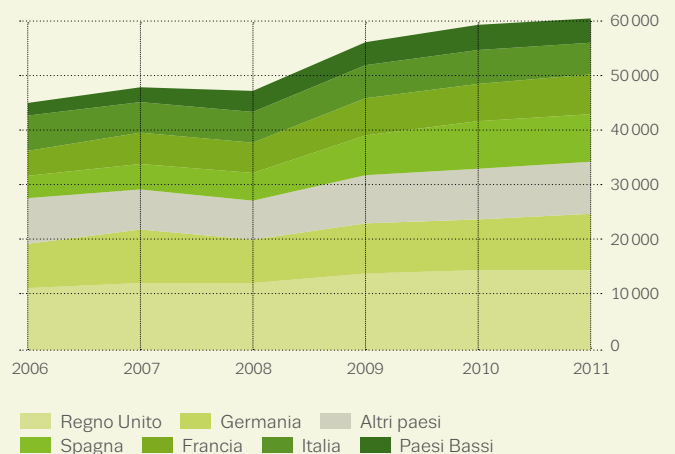
Frequenza di consumo

- Giornaliera
- Da due a sei volte alla settimana
- Una volta alla settimana o meno
- Nessun consumo nell'ultimo mese/occasionale

**Il fumo** come principale metodo di assunzione



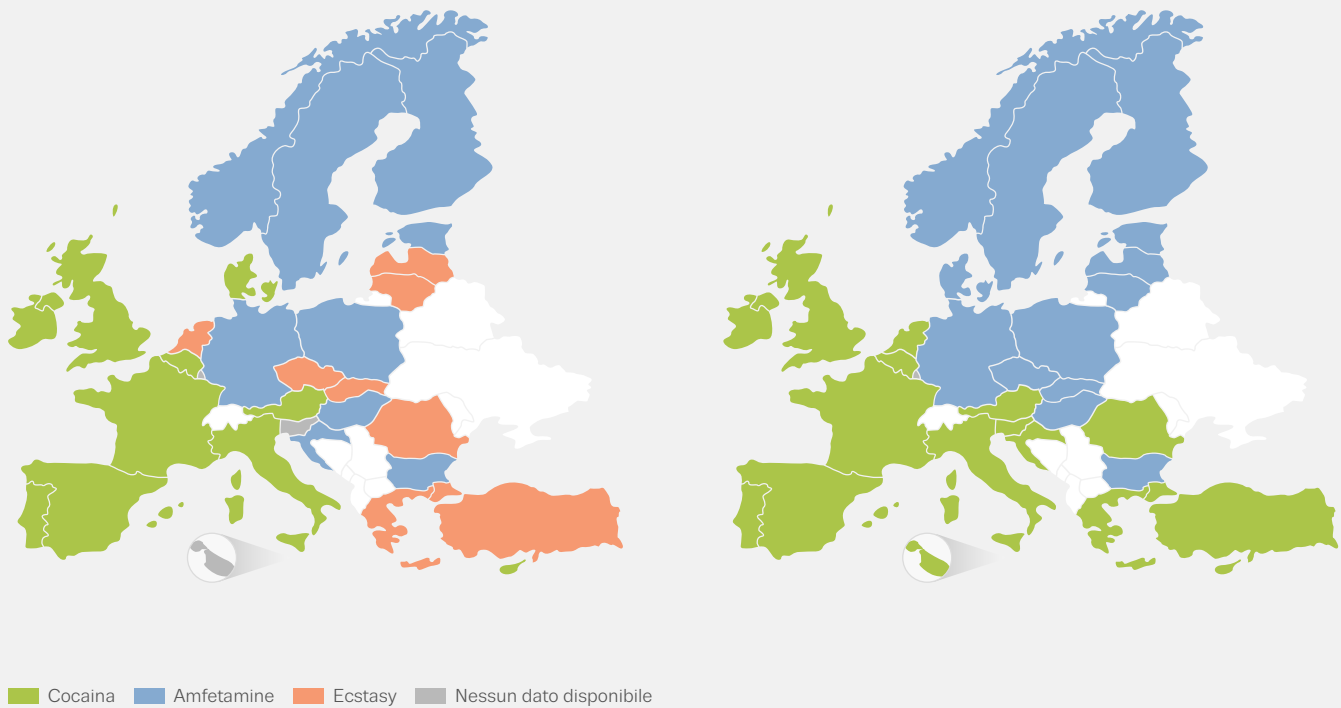
Tendenze relative ai pazienti che si sono sottoposti al trattamento per la prima volta



NB: le caratteristiche riguardano tutti i pazienti sottoposti al trattamento per i quali la cannabis è la droga primaria. Le tendenze riguardano i pazienti che si sono sottoposti al trattamento per la prima volta per i quali la cannabis è la droga primaria. I paesi compresi nella statistica variano per indicatore.

## GRAFICO 2.3

Stimolante dominante in base alla prevalenza nell'ultimo anno nei giovani di età tra i 15 e i 34 anni (a sinistra) e in base alla droga primaria nei pazienti che si sono sottoposti al trattamento per la prima volta (a destra)



Nel 2011, la cannabis è stata segnalata come la seconda droga primaria più comune, dopo l'eroina, per i pazienti che si sottopongono a trattamento specialistico della tossicodipendenza in Europa (109 000) e la droga segnalata più frequentemente tra coloro che si sono sottoposti a trattamento per la prima volta. Si osservano tuttavia considerevoli variazioni a livello nazionale: dal 4 % di tutti i pazienti che segnalano questa droga come un motivo per sottoporsi al trattamento in Bulgaria, al 69 % in Ungheria. Queste differenze si possono spiegare con la non uniformità delle prassi di affidamento, del tipo di servizi di trattamento disponibili e dei livelli di prevalenza nazionale. In Europa il numero dei consumatori di cannabis che si sono sottoposti al trattamento per la prima volta è aumentato, passando dai circa 45 000 del 2006 ai 60 000 del 2011.

**Cannabis... la droga segnalata più frequentemente tra coloro che si sono sottoposti a trattamento per la prima volta**

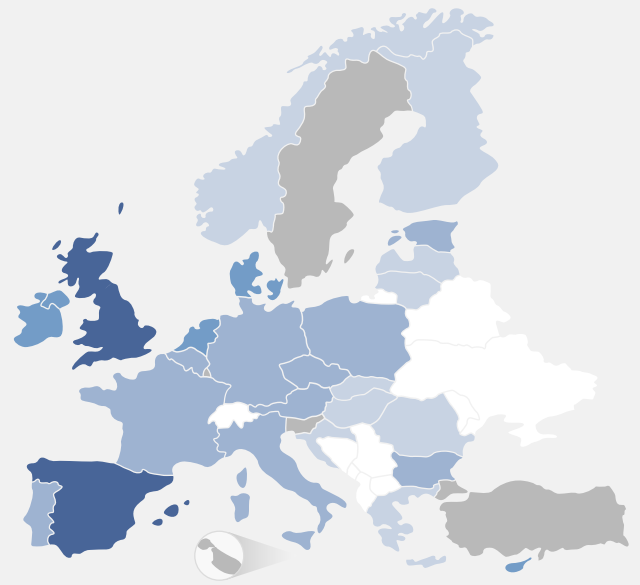
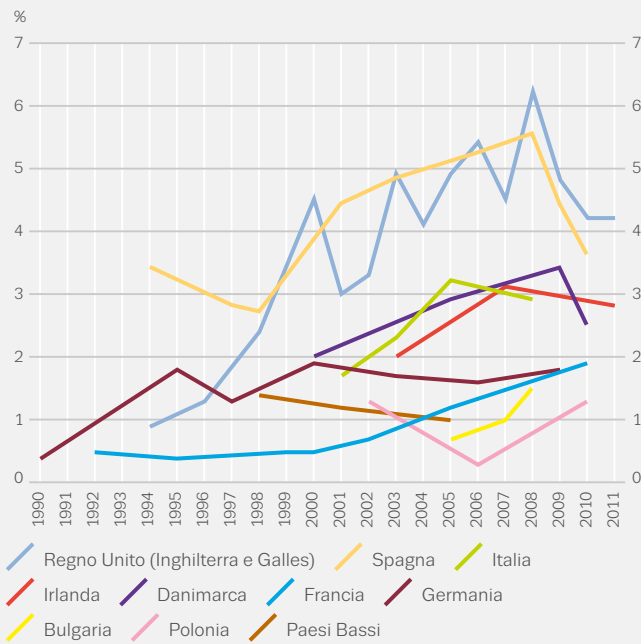
### Stimolanti illeciti in Europa: modelli di consumo regionali

La cocaina, le amfetamine e l'ecstasy sono gli stimolanti illeciti più frequentemente consumati in Europa, mentre anche alcune sostanze meno note, fra cui le piperazine (per esempio BZP) e i catinoni sintetici (per esempio mefedrone e MDPV), potrebbero essere consumate in modo illecito per i loro effetti stimolanti. Alti livelli di consumo di stimolanti tendono a essere associati agli ambienti della vita notturna e alle discoteche, ove queste droghe si consumano spesso insieme all'alcol.

I dati di prevalenza mostrano l'esistenza in Europa di un mercato degli stimolanti geograficamente divergente, con il meridione e l'occidente europeo caratterizzati da una prevalenza della cocaina, i paesi settentrionali e centrali contraddistinti da una maggiore diffusione delle amfetamine e i paesi del meridione e dell'est europeo che vedono la prevalenza dell'ecstasy tra i vari stimolanti (Grafico 2.3). I dati relativi al trattamento mostrano modelli simili per la cocaina e l'amfetamina, mentre i numeri di coloro che si sottopongono a trattamento per consumo di ecstasy sono bassi.

GRAFICO 2.4

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



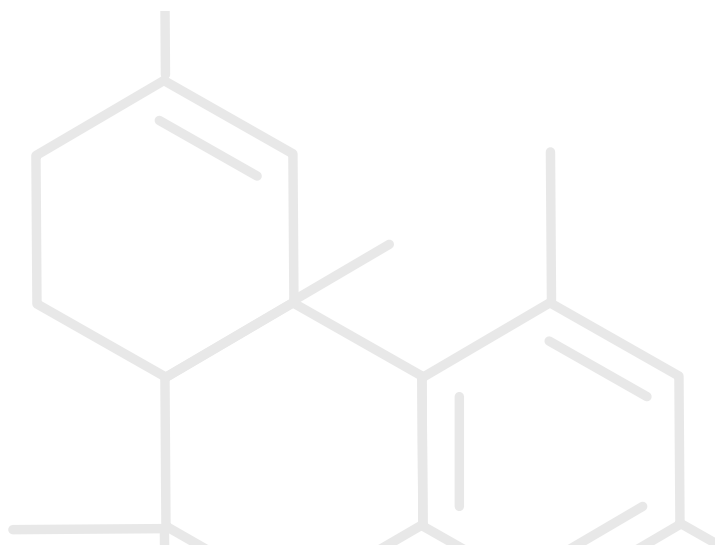
NB: tendenze per dieci paesi con la più alta prevalenza e tre indagini o più.

% 0-1 1,1-2 2,1-3 >3 Nessun dato disponibile

**Cocaina: calo del consumo nei paesi ad alta prevalenza**

La polvere di cocaina viene soprattutto sniffata o assunta per inalazione, ma talvolta viene assunta anche per via parenterale, mentre la cocaina crack solitamente viene assunta inalandone il fumo. Tra i consumatori abituali si può fare un'ampia distinzione tra i consumatori socialmente più integrati, che consumano la droga in contesti ricreativi, e consumatori più emarginati, che consumano la cocaina, spesso insieme ad altre sostanze, nell'ambito di un problema cronico di tossicodipendenza. Il consumo abituale di cocaina si associa a problemi cardiovascolari, neurologici e mentali nonché a un alto rischio di incidenti e dipendenza. L'assunzione di cocaina per via parenterale e il consumo di crack si associano a maggiori rischi sanitari, tra cui la trasmissione di malattie infettive.

**La cocaina, le amfetamine e l'ecstasy sono gli stimolanti illeciti più frequentemente consumati in Europa**



La cocaina è lo stimolante illecito più frequentemente consumato in Europa, benché gran parte dei consumatori si trovi in un numero relativamente ridotto di paesi. Si stima che circa 2,5 milioni di giovani europei (l'1,9 % di questa fascia d'età) abbia consumato cocaina nel corso dell'ultimo anno. Livelli relativamente alti di consumo di cocaina tra giovani adulti (2,5-4,2 %) sono stati segnalati nell'ultimo anno in Danimarca, Irlanda, Spagna e Regno Unito (Grafico 2.4). Nei paesi a più alta prevalenza che hanno effettuato indagini più di recente, i livelli di consumo di cocaina tra i giovani adulti nell'ultimo anno hanno tendenzialmente raggiunto l'apice nel periodo 2008/2009 per mostrare successivamente un modesto calo o una stabilizzazione. In altri paesi, i livelli di consumo di cocaina sono rimasti relativamente bassi e stabili, benché sia la Francia sia la Polonia abbiano segnalato aumenti nel 2010.

### Segni di calo della richiesta di trattamento per consumo di cocaina

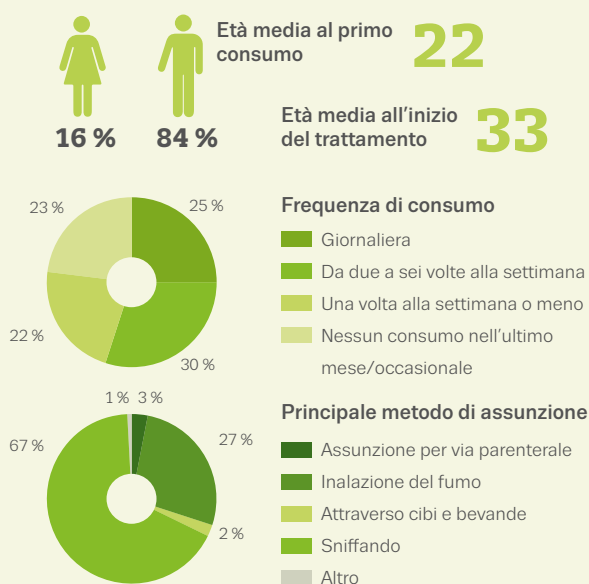
Soltanto quattro paesi dispongono di stime relativamente recenti per il consumo assiduo o problematico di cocaina e queste sono difficili da comparare, poiché le definizioni utilizzate sono diverse. Nel 2009, nella popolazione adulta, la Spagna ha stimato un "consumo assiduo di cocaina" pari allo 0,45 %; la Germania ha stimato "problemi connessi alla cocaina" pari allo 0,20 %; e l'Italia

ha presentato una stima pari allo 0,34 % per il "consumo di cocaina potenzialmente problematico". Per il periodo 2009/10, il Regno Unito ha stimato un consumo di cocaina crack nella popolazione adulta in Inghilterra pari allo 0,54 %, ma ha osservato che molte delle persone interessate probabilmente erano consumatori sia di crack sia di oppiacei.

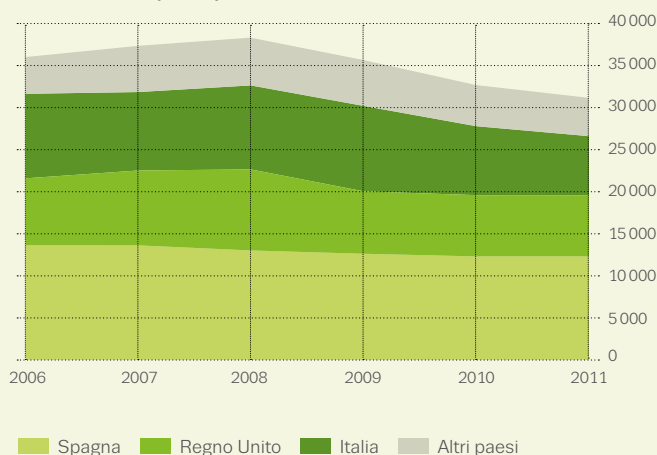
La cocaina è stata indicata come la droga primaria dal 14 % di tutti i pazienti segnalati che si sono sottoposti a trattamento specialistico della tossicodipendenza nel 2011 (60 000) e dal 19 % di coloro che si sono sottoposti a trattamento per la prima volta (31 000). Si osservano considerevoli variazioni tra i diversi paesi, con circa il 90 % di tutti i consumatori di cocaina segnalati soltanto da cinque paesi (Germania, Spagna, Italia, Paesi Bassi, Regno Unito). Il numero dei pazienti che si sono sottoposti al trattamento per la prima volta nella vita per uso primario di cocaina è passato da 35 000 nel 2006 a 37 000 nel 2009 per poi ridursi a 31 000 nel 2011 (23 paesi). La Spagna ha registrato un calo modesto ma costante nel numero di nuovi pazienti consumatori di cocaina che si sono sottoposti a trattamento a partire dal 2005, il Regno Unito dal 2008 e l'Italia dal 2009. Soltanto 3 000 nuovi consumatori di cocaina crack come droga primaria si sono sottoposti a trattamento in Europa nel 2011; nel Regno Unito si contano circa due terzi di questi ultimi, e in Spagna e nei Paesi Bassi gran parte di quanto rimane.

## CONSUMATORI DI COCAINA IN TRATTAMENTO

### Caratteristiche



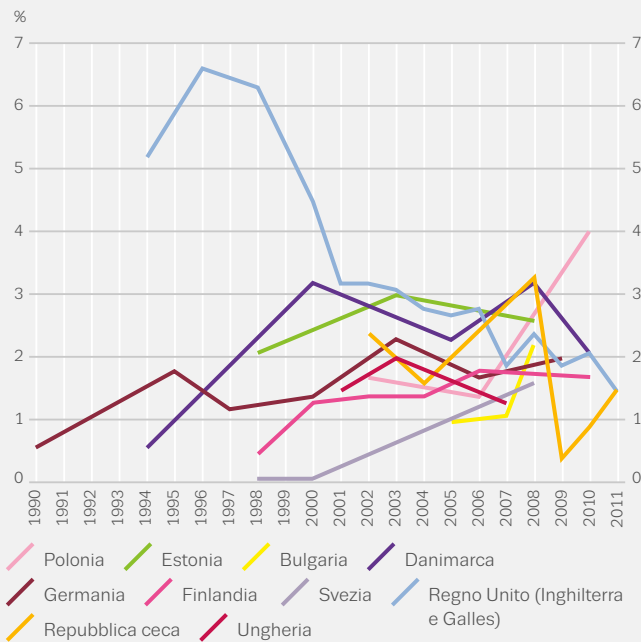
### Tendenze relative ai pazienti che si sono sottoposti al trattamento per la prima volta



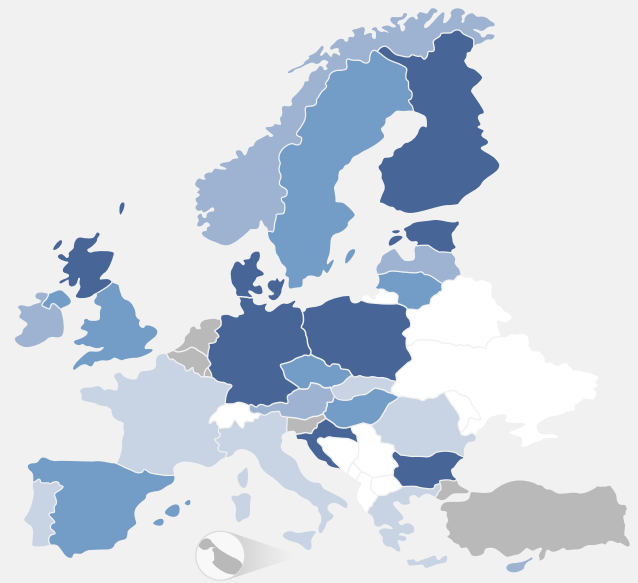
NB: le caratteristiche riguardano tutti i pazienti sottoposti al trattamento per i quali la cocaina e/o il crack sono la droga primaria. Le tendenze riguardano i pazienti che si sono sottoposti al trattamento per la prima volta per i quali la cocaina/il crack è la droga primaria. I paesi compresi nella statistica variano per indicatore.

## GRAFICO 2.5

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



NB: tendenze per dieci paesi con la più alta prevalenza e tre indagini o più.


 % 0-0,5 0,51-1 1,1-1,5 >1,5  
 ■ Nessun dato disponibile

### Cocaina: in aumento sul lungo periodo le emergenze ospedaliere

Una recente analisi europea ha osservato che i ricoveri al pronto soccorso correlati alla cocaina sono triplicati in alcuni paesi dalla fine degli anni '90, toccando l'apice verso il 2008 in Spagna e nel Regno Unito (Inghilterra). Gran parte delle emergenze correlate alla cocaina si sono verificate tra i giovani di sesso maschile. I decessi prodotti da intossicazione acuta da cocaina sembrano relativamente rari. Nel 2011, in 17 paesi sono stati segnalati almeno 475 decessi correlati alla cocaina, benché spesso fossero presenti anche altre droghe. I dati recenti forniti dalla Spagna e dal Regno Unito mostrano che, a partire dal 2008, si è registrato un calo nei decessi correlati alla cocaina. È probabile che la cocaina influisca anche su alcuni decessi correlati a problemi cardiovascolari, ma i dati in questo campo sono limitati.

### Amfetamine: consumo stabile ma continuano i rischi sanitari

In Europa, l'amfetamina è più diffusa della metamfetamina, il cui consumo tradizionalmente è stato limitato alla Repubblica ceca e, più di recente, alla Slovacchia. Le amfetamine solitamente sono assunte per via orale o inalazione, ma in alcuni paesi l'assunzione per via parenterale di queste droghe è relativamente comune tra

consumatori problematici di stupefacenti e pazienti in trattamento.

Gran parte degli studi sugli effetti avversi del consumo di amfetamine sulla salute sono stati svolti in Australia e negli Stati Uniti, dove è prevalente il fumo dei cristalli di metamfetamina. I relativi risultati potrebbero non essere direttamente trasferibili alla situazione europea. Questi studi individuano effetti quali problemi cardiovascolari, polmonari, neurologici e mentali, che vanno dall'ansia all'aggressività e alla depressione, fino alla psicosi paranoide acuta, mentre l'assunzione per via parenterale rappresenta un fattore di rischio per le malattie infettive. Decessi correlati alle amfetamine, pur essendo rari rispetto a quelli correlati agli oppiacei, sono segnalati da alcuni paesi, soprattutto da quelli con un numero piuttosto alto di consumatori di amfetamine. Le overdose da amfetamine tuttavia potrebbero essere più difficili da individuare, poiché i sintomi potrebbero essere meno specifici. Il problema è reso più complesso dalla comparsa di nuovi stimolanti. Per esempio, nel 2011 e nel 2012 più di 20 decessi sono stati associati alla 4-metilamfetamina, composto correlato all'amfetamina, il che ha indotto l'EMCDDA e l'Europol a effettuare una valutazione del rischio a livello europeo e la Commissione europea a raccomandare misure di controllo a livello di Unione europea.

Si stima che nell'ultimo anno 1,7 milioni (1,3 %) di giovani adulti (di età compresa fra 15 e 34 anni) abbia consumato amfetamine. Tra il 2006 e il 2011, il consumo di amfetamine nell'ultimo anno è rimasto relativamente basso e stabile tra i giovani adulti nella maggior parte dei paesi europei, con livelli di prevalenza del 2 % o meno in tutti i paesi partecipanti, eccezion fatta per la Bulgaria (2,1 %), l'Estonia (2,5 %) e la Polonia (3,9 %). Tutti i paesi che hanno svolto indagini recentemente (nel 2010 o successivamente) hanno segnalato livelli di prevalenza di amfetamina in calo o stabili, con l'eccezione della Polonia che ha riferito un aumento (Grafico 2.5).

### Aumento nella richiesta di trattamento per consumo di metamfetamina

Soltanto due paesi dispongono di stime recenti sul numero di consumatori problematici di metamfetamina, con stime per adulti (di età compresa tra i 15 e i 64 anni) pari allo 0,42 % circa per la Repubblica ceca (2011) e dello 0,21 % per la Slovacchia (2007). In Germania, Grecia, Cipro e Turchia vi sono indicazioni recenti di consumo problematico di metamfetamina.

In Europa il 6 % circa dei pazienti che entrano in trattamento specialistico della tossicodipendenza nel 2011 segnalano le amfetamine come droga primaria (approssimativamente 24 000 pazienti, 10 000 dei quali si sono sottoposti a trattamento per la prima volta nella

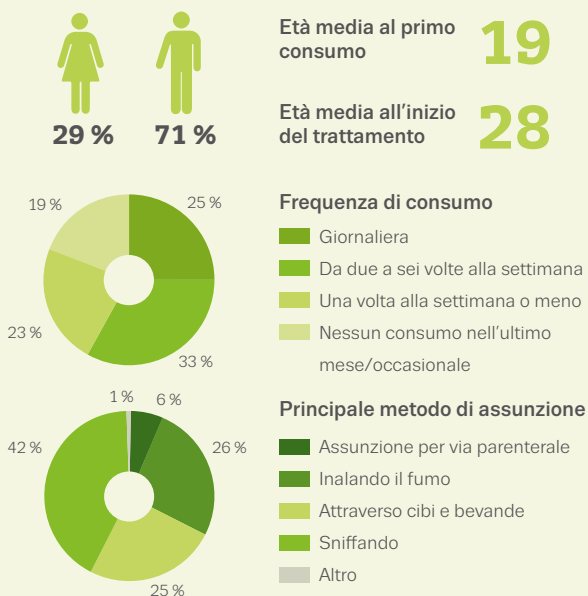
vita). I consumatori primari di amfetamine costituiscono una percentuale significativa delle prime richieste di trattamento segnalate soltanto in Lettonia, Polonia e Svezia, mentre la metamfetamina viene indicata come droga primaria da un'ampia percentuale dei pazienti che si sottopongono a trattamento per la prima volta nella Repubblica Ceca e in Slovacchia. Tra il 2006 e il 2011, le tendenze dei consumatori di amfetamine che si sottoponevano a trattamento per la prima volta sono rimaste essenzialmente stabili, con l'eccezione della Repubblica ceca e della Slovacchia, che hanno segnalato un aumento del numero di pazienti che si sottoponevano al trattamento per la prima volta per consumo di metamfetamina.

### Ecstasy: scarsa richiesta di trattamento

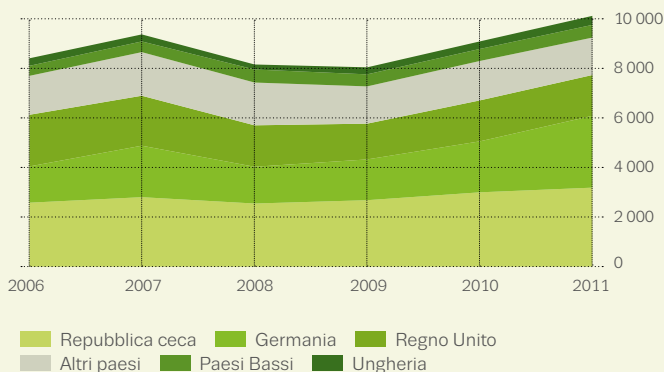
Con il termine ecstasy si fa solitamente riferimento alla sostanza sintetica nota come MDMA. Questa sostanza stupefacente viene consumata soprattutto in compresse, ma talvolta anche in polvere; può essere deglutita, assunta per inalazione oppure (più raramente) per via parenterale. Tradizionalmente il consumo di ecstasy è legato agli ambienti della musica dance elettronica e si concentra tra i giovani adulti, soprattutto di sesso maschile. I problemi che si associano al consumo di questo stupefacente comprendono ipertermia acuta e problemi mentali. I decessi correlati all'ecstasy sono rari.

## CONSUMATORI DI AMFETAMINE IN TRATTAMENTO

### Caratteristiche



### Tendenze relative ai pazienti che si sono sottoposti al trattamento per la prima volta

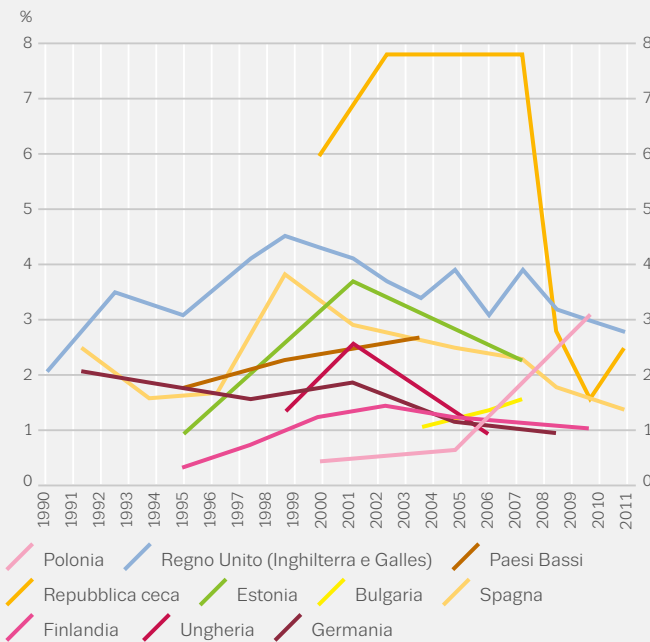


NB: le caratteristiche riguardano tutti i pazienti sottoposti al trattamento per i quali le amfetamine sono la droga primaria. Le tendenze riguardano i pazienti che si sono sottoposti al trattamento per la prima volta per i quali le amfetamine sono la droga primaria. I paesi compresi nella statistica variano per indicatore.

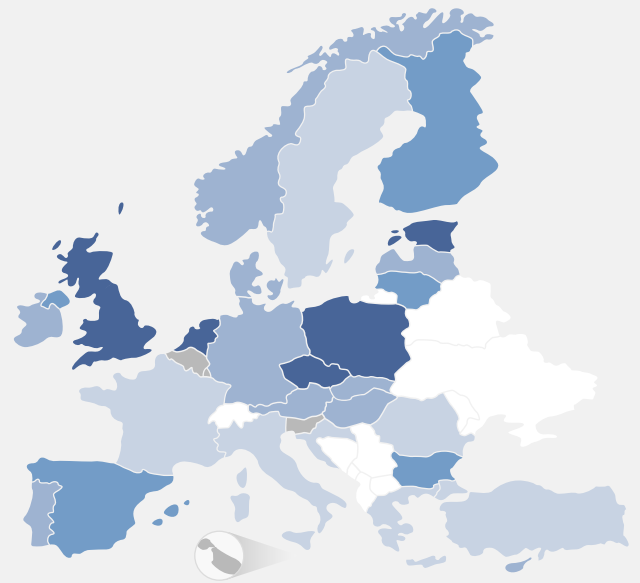


GRAFICO 2.6

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



NB: tendenze per dieci paesi con la più alta prevalenza e tre indagini o più.



% 0-0,5 0,51-1,0 1,1-2,0 >2,0  
 Nessun dato disponibile

Si stima che 1,8 milioni di giovani adulti abbiano consumato ecstasy nell'ultimo anno, con stime nazionali che variano dallo 0,1 % al 3,1 %. Il consumo di questa droga ha raggiunto l'apice tra il 2000 e il 2005, prima di cominciare a calare (Grafico 2.6). Tra il 2006 e il 2011, gran parte dei paesi ha segnalato tendenze stabili o in calo per quanto riguarda il consumo di ecstasy. Eccezion fatta per la Polonia, questo calo continua a osservarsi nei dati forniti dai paesi che hanno condotto indagini dal 2010 in poi. Pochi consumatori sono entrati in trattamento per problemi correlati all'ecstasy nel 2011: l'ecstasy è stata segnalata come droga primaria da meno dell'1 % (circa 600 persone) dei pazienti che si sono sottoposti a trattamento per la prima volta in Europa.

**Mefedrone: un nuovo contendente sul mercato degli stimolanti**

Sembra che i catinoni sintetici, tra cui il mefedrone, si siano conquistati uno spazio nel mercato degli stimolanti illeciti in alcuni paesi. A tutt'oggi però soltanto il Regno Unito ha costantemente effettuato indagini estese anche a queste droghe. Secondo i dati più recenti, l'1,1 % degli adulti (di età compresa fra i 16 e i 59 anni) in Inghilterra e in Galles avrebbe dichiarato di avere consumato mefedrone nell'ultimo anno, facendone la quarta droga illecita più frequentemente consumata. Tra i giovani di età compresa fra i 16 e i 24 anni, la prevalenza nell'ultimo

anno è stata la stessa dell'ecstasy (3,3 %), la terza droga più prevalente in questa fascia d'età. Rispetto all'indagine 2010/2011, tuttavia, è stato osservato un calo nei livelli di consumo per tutti i gruppi.

Più in generale, in Europa continuano a essere segnalate mortalità e morbilità correlate al mefedrone, ancorché a livelli relativamente bassi. Alcuni paesi segnalano altresì l'assunzione per via parenterale di mefedrone, MDPV e altri catinoni sintetici tra i gruppi di consumatori problematici di stupefacenti e pazienti in trattamento (Ungheria, Austria, Romania, Regno Unito).

**Catinoni sintetici, tra cui il mefedrone, si sono conquistati uno spazio nel mercato degli stimolanti illeciti in alcuni paesi**

### Allucinogeni, GHB e chetamina: ancora presenti

Alcune sostanze psicoattive con proprietà allucinogene, anestetiche e depressive sono disponibili in Europa sul mercato delle sostanze illecite: possono essere consumate singolarmente, insieme o al posto di altre droghe più comuni. 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 (tra i 15 e i 34 anni di età), le indagini nazionali segnalano stime relative alla prevalenza nell'ultimo anno per il consumo di funghi allucinogeni che variano dallo 0 % al 2,2 %, e per l'LSD dallo 0 % all'1,7 %.

A partire dalla metà degli anni '90, è stato segnalato presso diversi sottogruppi di consumatori di droga in Europa l'uso in ambienti ricreativi di chetamina e gamma-idrossibutirrato (GHB). Vi è una maggiore consapevolezza dei problemi sanitari correlati a queste sostanze, per esempio dei danni al tratto urinario associati a un uso prolungato della chetamina. La perdita di conoscenza e la dipendenza sono rischi correlati al consumo di GHB e ne è stata documentata la sindrome da astinenza. Laddove disponibili, le stime nazionali sulla prevalenza del consumo di GHB e chetamina sia negli adulti sia nella popolazione scolastica rimangono basse. Nel Regno Unito, l'1,8 % dei giovani di età compresa tra 16 e 24 anni ha dichiarato di aver consumato chetamina nell'ultimo anno, con livelli stabili tra il 2008 e il 2012, ancorché in aumento rispetto allo 0,8 % del 2006. Indagini mirate ad ambienti di vita notturna segnalano livelli più alti di prevalenza una tantum; per esempio, secondo un'indagine tra condotta tra i frequentatori di locali notturni danesi il 10 % aveva provato la chetamina. Tra gli intervistati del Regno Unito che avevano risposto a un'indagine su Internet ed erano stati classificati come frequentatori abituali di locali notturni, il 40 % ha dichiarato di aver consumato chetamina e il 2 % di aver consumato GHB nell'ultimo anno.

### Oppiacei: più di 1,4 milioni di consumatori problematici

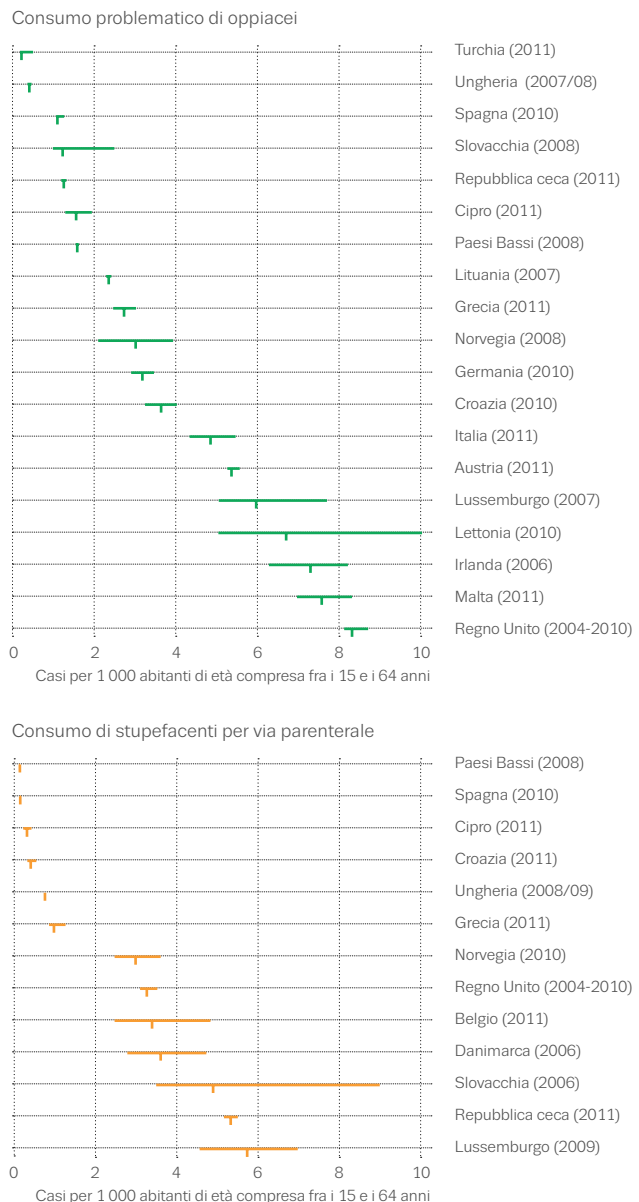
Il consumo di oppiacei è ancora responsabile di una percentuale sproporzionatamente alta della mortalità e della morbilità dovuta al consumo di droga in Europa. Il principale oppiaceo consumato in Europa è l'eroina, che si può fumare, assumere per inalazione o per via parenterale. Anche altri oppiacei sintetici, come la buprenorfina, il metadone e il fentanil sono disponibili sul mercato delle sostanze illecite. Gran parte dei consumatori di oppiacei sono poliassuntori e le cifre relative alla prevalenza sono più alte nelle aree urbane e fra i gruppi emarginati. Oltre

ai problemi sanitari, generalmente tra i consumatori di oppiacei che si sottopongono a trattamento si riscontrano tassi più elevati di mancanza di fissa dimora e disoccupazione e livelli inferiori di istruzione rispetto ai consumatori di altre sostanze stupefacenti.

In Europa si sono registrate varie ondate di dipendenza da eroina: la prima ha investito molti paesi dell'Europa occidentale a partire dagli anni '70, mentre la seconda ha interessato l'Europa centrale e orientale dalla metà alla fine degli anni '90. Benché le tendenze si siano

## GRAFICO 2.7

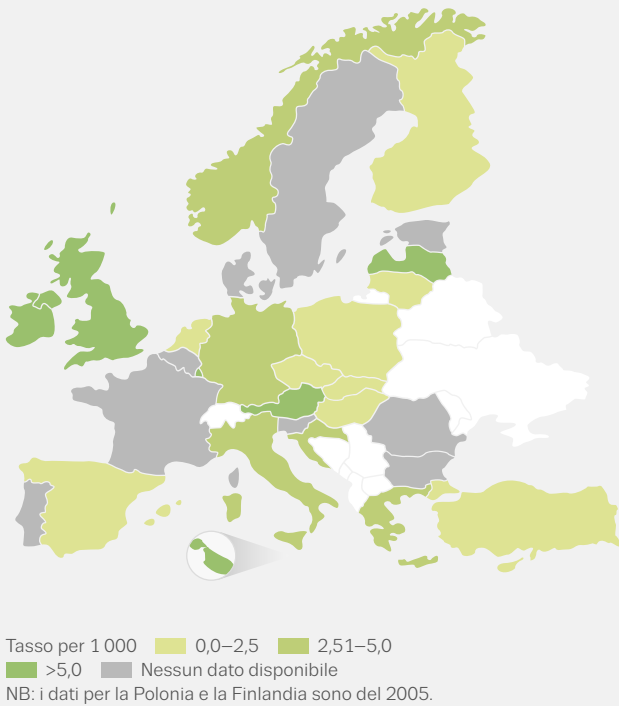
Stime nazionali relative alla prevalenza del consumo problematico di oppiacei e del consumo di stupefacenti per via parenterale



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

GRAFICO 2.8

Stime relative al consumo problematico di oppiacei in Europa



diversificate negli ultimi dieci anni, nel complesso le nuove iniziazioni al consumo di eroina sembrano in calo.

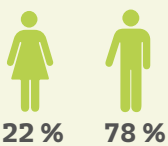
La prevalenza media del consumo problematico di oppiacei tra gli adulti (di età compresa fra i 15 e i 64 anni di età) è stimata nel 2011 allo 0,41 %, l'equivalente di 1,4 milioni di consumatori problematici di oppiacei in Europa. A livello nazionale, le stime relative alla prevalenza del consumo problematico di oppiacei variano da meno di uno a circa otto casi per 1 000 abitanti di età compresa fra i 15 e i 64 anni (Grafico 2.7).

**Eroina: calo del numero di nuovi pazienti che si sottopongono a trattamento**

I consumatori di oppiacei (soprattutto eroina) rappresentano il 48 % di tutti i pazienti che nel 2011 si sono sottoposti a trattamento specialistico della tossicodipendenza in Europa (197 000 pazienti) e circa il 30 % di quelli che si sono sottoposti a trattamento per la prima volta. Quanto alle tendenze, in Europa il numero generale dei nuovi pazienti eroinomani è in calo; infatti, dopo aver toccato l'apice nel 2007 (59 000), è passato a 41 000 nel 2011 con cali particolarmente sensibili nei paesi dell'Europa occidentale. Complessivamente sembra che le nuove iniziazioni al consumo di eroina siano diminuite e che questo cominci a influire sulla richiesta di trattamento.

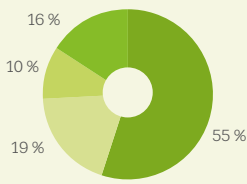
CONSUMATORI DI EROINA IN TRATTAMENTO

Caratteristiche



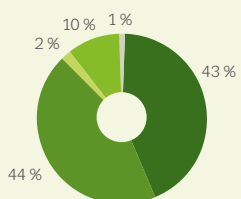
Età media al primo consumo **22**

Età media all'inizio del trattamento **35**



Frequenza di consumo

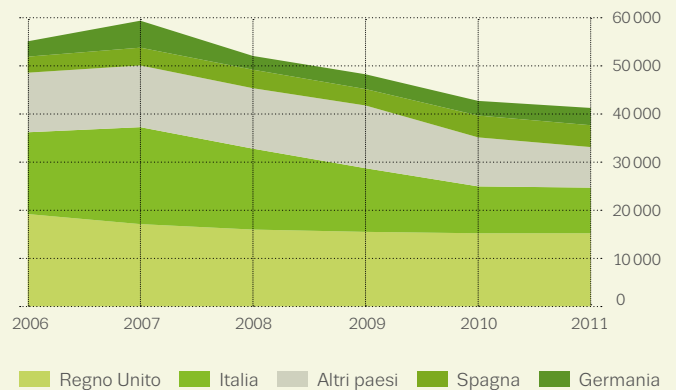
- Giornaliera
- Da due a sei volte alla settimana
- Una volta alla settimana o meno
- Nessun consumo nell'ultimo mese/ occasionale



Principale metodo di assunzione

- Assunzione per via parenterale
- Inalando il fumo
- Attraverso cibi e bevande
- Sniffando
- Altro

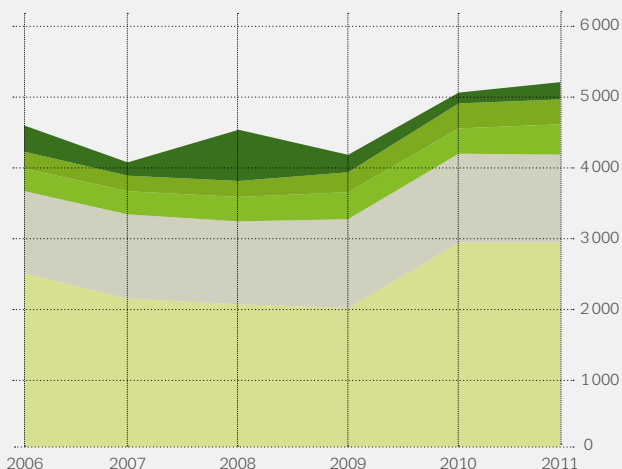
Tendenze relative ai pazienti che si sono sottoposti al trattamento per la prima volta



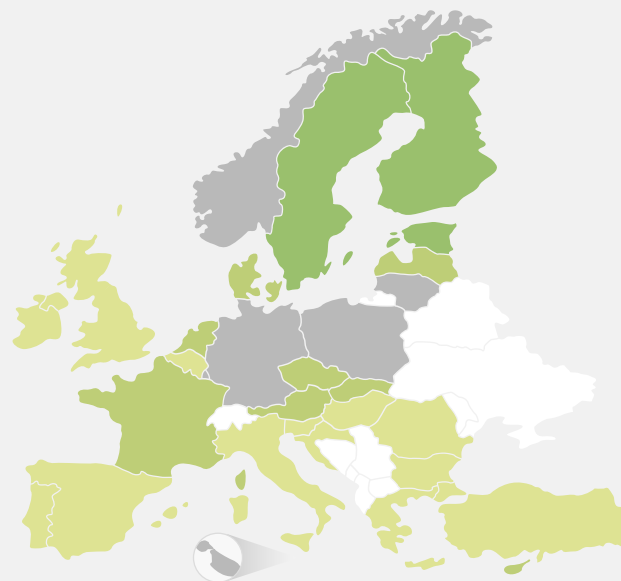
NB: le caratteristiche riguardano tutti i pazienti sottoposti al trattamento per i quali l'eroina è la droga primaria. Le tendenze riguardano i pazienti che si sono sottoposti al trattamento per la prima volta per i quali l'eroina è la droga primaria. I paesi compresi nella statistica variano per indicatore.

## GRAFICO 2.9

Pazienti che si sono sottoposti a trattamento per la prima volta per oppiacei diversi dall'eroina: tendenze in cifre (a sinistra) e come percentuale di tutti i pazienti che si sono sottoposti a trattamento per la prima volta per consumo di oppiacei come droga primaria (a destra)



Regno Unito   Altri paesi   Francia  
Spagna   Italia



% 0-10   11-50   >50   Nessun dato disponibile

### Oppiacei diversi dall'eroina: una sfida per alcuni paesi

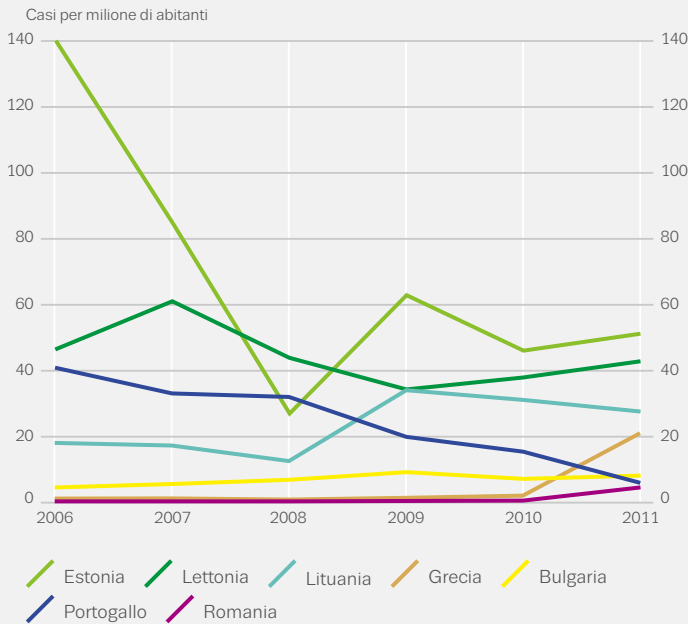
Nel 2011, undici paesi europei hanno dichiarato che il 10 % o più dei pazienti che si sono sottoposti a trattamento specialistico della tossicodipendenza per la prima volta per consumo di oppiacei consumavano oppiacei diversi dall'eroina, tra cui il fentanil, il metadone e la buprenorfina (Grafico 2.9). In alcuni paesi queste droghe sono ormai gli oppiacei più comuni: in Estonia, la maggior parte dei pazienti sottoposti a trattamento per consumo di oppiacei faceva uso illecito di fentanil, mentre in Finlandia è noto che gran parte dei consumatori di oppiacei consuma la buprenorfina come droga primaria.

### Consumo di stupefacenti per via parenterale: un calo sul lungo periodo

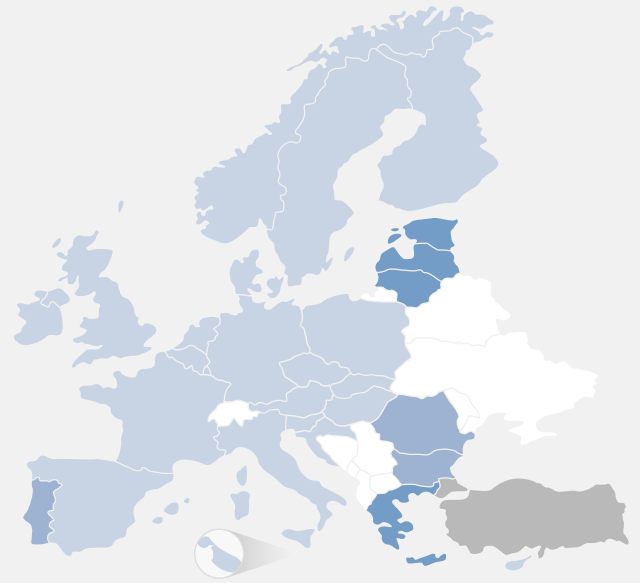
I consumatori di sostanze stupefacenti per via parenterale figurano fra i soggetti che corrono il rischio più elevato di andare incontro a problemi di salute, come infezioni trasmissibili per via ematica oppure overdose da stupefacenti, a causa del consumo di droga. L'assunzione per via parenterale è frequentemente associata al consumo di oppiacei, benché in alcuni paesi l'assunzione per via parenterale di amfetamine costituisca un grave problema. Tredici paesi dispongono di stime recenti sulla prevalenza del consumo di stupefacenti per via parenterale, che varia da meno di uno a circa sei casi per 1 000 abitanti di età compresa fra i 15 e i 64 anni. Tra i pazienti che si sottopongono a trattamento specialistico, il 38 % dei pazienti per consumo di oppiacei e il 24 % dei pazienti per amfetamine dichiarano di assumere droga per via parenterale. I livelli di assunzione per via parenterale tra i consumatori di oppiacei variano tra i vari paesi, da meno del 9 % nei Paesi Bassi a più del 93 % in Lettonia. Tra il 2006 e il 2011 si è registrato un sensibile calo nella percentuale di consumatori di eroina per via parenterale che si sottopongono a trattamento per la prima volta; i dati più recenti tuttavia evidenziano un leggero incremento.

## GRAFICO 2.10

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



NB: nuove infezioni da HIV diagnosticate tra consumatori di stupefacenti per via parenterale in paesi che segnalano tassi più alti nel 2011 (fonte: ECDC).



Casi per milione di abitanti ■ <5 ■ 5–10 ■ >10 ■ Nessun dato disponibile

### Epidemie: un possibile ostacolo al calo dell'HIV sul lungo periodo

L'assunzione di stupefacenti per via parenterale continua a essere un importante meccanismo di trasmissione delle malattie infettive, tra cui l'HIV/AIDS e l'epatite C. Secondo i dati più recenti nel lungo periodo il calo delle nuove diagnosi di HIV registrato in Europa potrebbe interrompersi in seguito alle epidemie scoppiate tra i consumatori di sostanze stupefacenti per via parenterale in Grecia e in Romania (Grafico 2.10). Nel 2011, il tasso medio delle nuove diagnosi di HIV segnalate e attribuite all'assunzione di stupefacenti per via parenterale è stato pari a 3,03 per milione di abitanti. Benché queste cifre siano soggette a revisione, nel 2011 sono stati segnalati 1 507 nuovi casi, con un leggero aumento rispetto al 2010, alterando la tendenza generale al ribasso osservata a partire dal 2004.

Le cifre europee nascondono importanti differenze nei livelli e nelle tendenze relative alle nuove diagnosi dell'HIV per i singoli paesi. Nel 2011, in Grecia e in Romania si sono registrate 353 diagnosi, ossia il 23 % del totale, mentre nel 2010 questi paesi rappresentavano appena poco più del 2 % (31/1 469). Bulgaria, Estonia e Lettonia hanno segnalato leggeri aumenti nei tassi relativi alle nuove infezioni da HIV diagnosticate tra i consumatori di sostanze stupefacenti per via parenterale nel 2011, mentre al contrario i tassi dichiarati da Irlanda, Spagna e Portogallo continuano a contrarsi, in linea con la tendenza al ribasso osservabile dal 2004.

**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**

## Epatite e altre infezioni: importanti questioni sanitarie

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. I livelli di anticorpi anti-HCV fra i campioni nazionali di consumatori di droga per via parenterale esaminati nel 2010-2011 variano dal 18 % all'80 %; otto dei dodici paesi segnalano dati nazionali di prevalenza superiore al 40 % (Grafico 2.11). La prevalenza a questo livello o a un livello superiore potrebbe palesare il sussistere del rischio di nuovi focolai di trasmissione di HIV correlati all'assunzione per via parenterale. Tra i paesi che dispongono di dati sulle tendenze nazionali per il periodo 2006-2011, un calo della prevalenza dell'HCV nei consumatori di droga per via parenterale è stato segnalato in tre paesi (Italia, Portogallo, Norvegia), mentre in altri due si è registrato un aumento (Grecia, Cipro).

Calcolato come media nei 18 paesi per i quali sono disponibili dati per il periodo 2010-2011, il consumo di droga per via parenterale è causa del 58 % di tutte le diagnosi di HCV e al 41 % delle diagnosi acute notificate (per le quali è nota la categoria di rischio). Per quanto riguarda l'epatite B, i consumatori di droga per via parenterale rappresentano il 7 % di tutte le diagnosi e il 15 % delle diagnosi acute notificate. Il consumo di droga può rappresentare un fattore di rischio per altre malattie infettive tra cui l'epatite A e D, le malattie sessualmente trasmissibili, la tubercolosi, il tetano e il botulismo. In Europa si riportano anche sporadici focolai di infezione da antrace, provocati probabilmente da eroina contaminata. Per esempio, tra giugno 2012 e gli inizi di marzo 2013 sono stati segnalati 15 casi di antrace correlati a sostanze stupefacenti, sette dei quali mortali. Questo potrebbe essere correlato a un precedente focolaio di casi di antrace segnalato nel periodo 2009/2010.

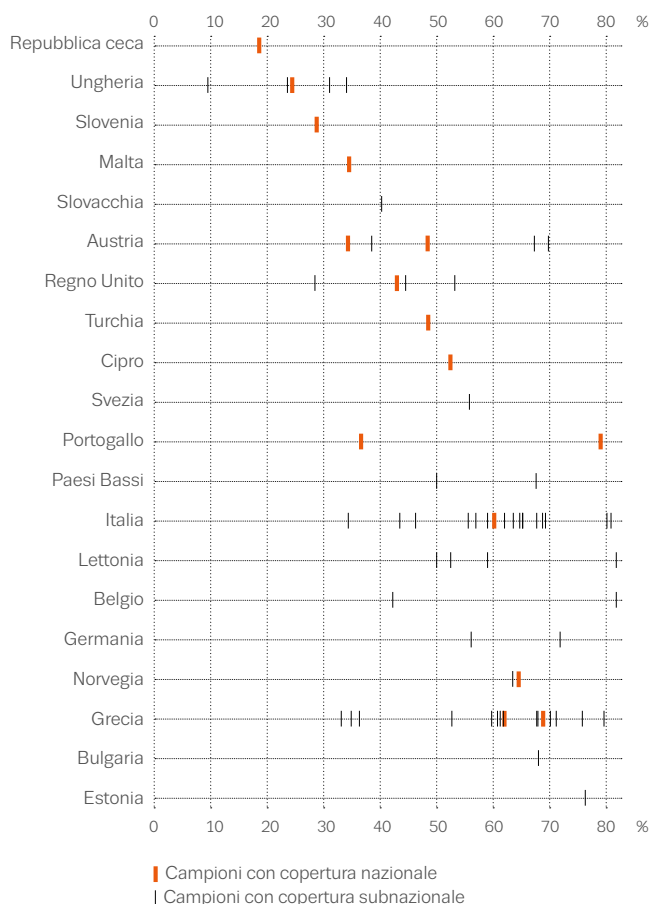
## Decessi correlati agli stupefacenti: non soltanto overdose

Il consumo delle sostanze stupefacenti è una delle principali cause di mortalità tra i giovani europei, sia direttamente in seguito a overdose (decessi indotti dagli stupefacenti) sia indirettamente in seguito a malattie, incidenti, violenze e suicidi connessi al consumo degli stupefacenti. La maggior parte degli studi di coorte sui consumatori problematici di stupefacenti evidenziano tassi di mortalità che oscillano tra l'1 e il 2 % l'anno, corrispondenti a una mortalità in eccesso di 10-20 volte superiore a quella prevista. Secondo una recente analisi dell'EMCDDA, ogni anno in Europa muoiono circa 10 000-20 000 consumatori di oppiacei. Tali decessi si concentrano soprattutto fra i maschi di età compresa fra i 30 e i 40 anni; tuttavia l'età, i tassi di mortalità e le cause di morte variano nel tempo e da un paese all'altro.

La mortalità correlata all'HIV è la causa di morte indiretta più documentata 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. Sono responsabili di un gran numero di decessi tra i consumatori di stupefacenti anche le malattie epatiche, dovute principalmente a infezione da HCV e spesso aggravate dal forte consumo di alcol, benché non siano disponibili cifre a livello europeo. Suicidi, lesioni e omicidi sono anche fattori importanti nella mortalità in eccesso tra i consumatori di stupefacenti, benché anche in questo settore manchino stime affidabili.

GRAFICO 2.11

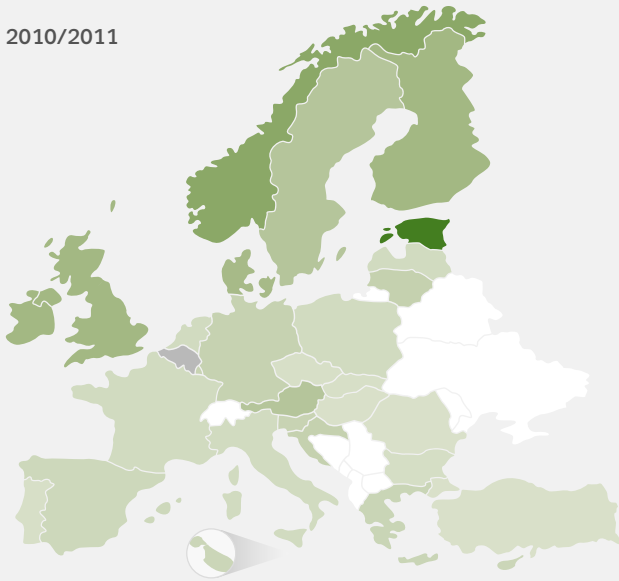
Prevalenza degli anticorpi anti-HCV tra i consumatori di sostanze stupefacenti per via parenterale (2010/2011)



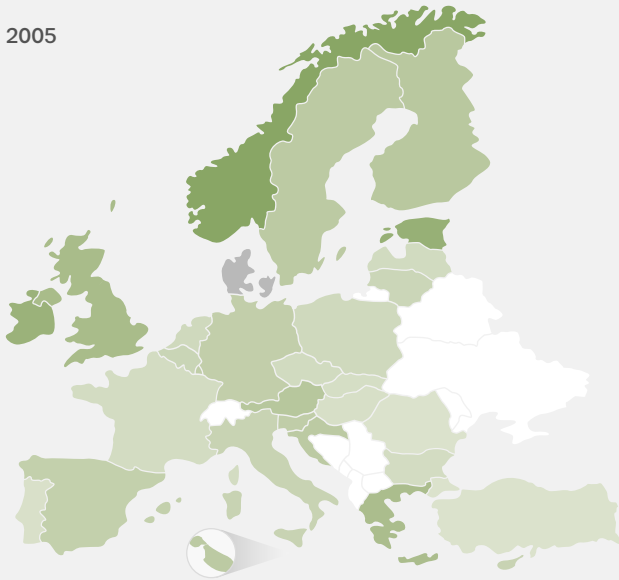
## GRAFICO 2.12

Tassi di mortalità indotti dagli stupefacenti tra gli adulti (15-64)

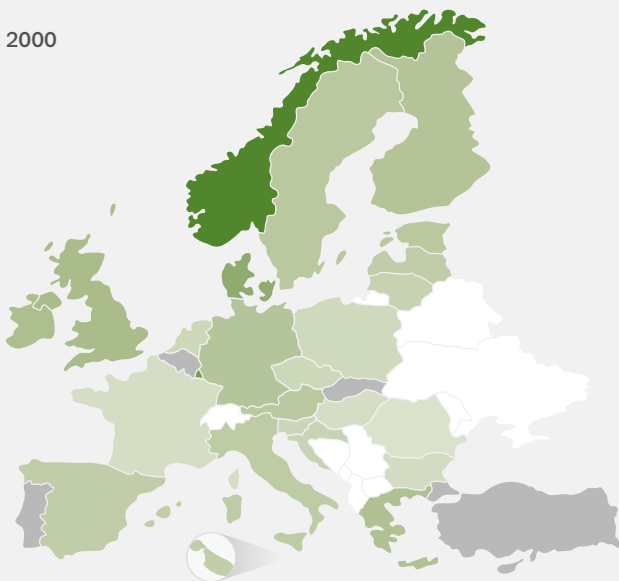
2010/2011



2005



2000



1 17 51 85 119 136  
Casi per milione di abitanti

Nessun dato disponibile

La principale causa di morte tra i consumatori problematici di stupefacenti in Europa è l'overdose. In tale contesto gli oppiacei — in particolare l'eroina o i suoi metaboliti — sono presenti in gran parte dei casi segnalati, spesso in associazione con altre sostanze come l'alcol o le benzodiazepine. Oltre all'eroina, nelle relazioni tossicologiche è presente una serie di altri oppiacei, fra cui il metadone, la buprenorfina e il fentanil.

Il 90 % circa dei decessi per overdose segnalati in Europa si concentra tra persone di età superiore a 25 anni e l'età media di coloro che muoiono di overdose è in aumento; questo fa pensare che l'età della coorte dei consumatori problematici di oppiacei si stia alzando. Gran parte dei decessi per overdose (80 %) si registra fra persone di sesso maschile.

Secondo le stime, nel 2011 in Europa il tasso medio di mortalità per overdose è stato pari a 18 decessi per milione di abitanti di età compresa fra 15 e 64 anni. Sono stati segnalati tassi superiori a 40 decessi per milione in sei paesi e i tassi più alti sono stati segnalati in Norvegia (73 per milione) e in Estonia (136 per milione) (Grafico 2.12).

La maggior parte dei paesi ha segnalato una tendenza crescente nei decessi per overdose dal 2003 al 2008/2009, quando i livelli generali si sono dapprima stabilizzati per poi cominciare a scendere.

Complessivamente, nel 2011 sono stati segnalati circa 6 500 decessi per overdose, con un calo rispetto ai 7 000 casi del 2010 e ai 7 700 del 2009. Tuttavia, la situazione varia per i singoli paesi, alcuni dei quali riferiscono ancora una tendenza all'aumento.

**Nel 2011 sono stati segnalati circa 6 500 decessi per overdose, con un calo rispetto ai 7 000 casi del 2010 e ai 7 700 del 2009**

## MAGGIORI INFORMAZIONI

### Pubblicazioni EMCDDA

#### 2012

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

Fentanyl in Europe. EMCDDA Trendspotter study.

Prevalence of daily cannabis use in the European Union and Norway, Thematic paper.

#### 2011

Mortality related to drug use in Europe, Selected Issue.

#### 2010

Problem amphetamine and methamphetamine use in Europe, Selected Issue.

Trends in injecting drug use in Europe, Selected Issue.

#### 2009

Polydrug use: patterns and responses, Selected Issue.

#### 2008

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

### Pubblicazioni EMCDDA ed ESPAD

#### 2012

Sintesi. Relazione ESPAD 2011.

### Pubblicazioni 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](http://www.emcdda.europa.eu/publications).





# 3

**Le iniziative in risposta ai problemi  
connessi alla droga si possono classificare  
essenzialmente in attività miranti a ridurre  
la domanda o l'offerta di stupefacenti**

# Iniziative in risposta ai problemi della droga

Le iniziative in risposta ai problemi connessi alla droga si possono classificare essenzialmente in attività miranti a ridurre la domanda o l'offerta di stupefacenti. Le prime comprendono gli interventi di tipo sanitario e sociale, quindi la prevenzione, la riduzione del danno, il trattamento e il reinserimento sociale. Le seconde comprendono l'applicazione della normativa sulla droga, soprattutto da parte delle forze di polizia e doganali e delle autorità giudiziarie, al fine di ridurre la disponibilità degli stupefacenti.

## Il monitoraggio delle iniziative in risposta ai problemi della droga

Le iniziative in risposta ai problemi della droga sono attualmente monitorate associando fonti sistematiche di dati a valutazioni nazionali e giudizi di esperti. I dati concernenti la risposta sociale e sanitaria comprendono stime sull'offerta di terapia sostitutiva per la dipendenza da oppiacei nonché sulla fornitura di aghi e siringhe. Inoltre, l'analisi dei dati scientifici, come quelli forniti dalla Cochrane Collaboration, è fonte di informazioni in merito all'efficacia degli interventi di sanità pubblica. Altre informazioni sui dati qui presentati e sui dati alla base delle risposte sono reperibili sul sito dell'EMCDDA: Statistical bulletin (Bollettino statistico) e Best practice portal (Portale delle migliori prassi).

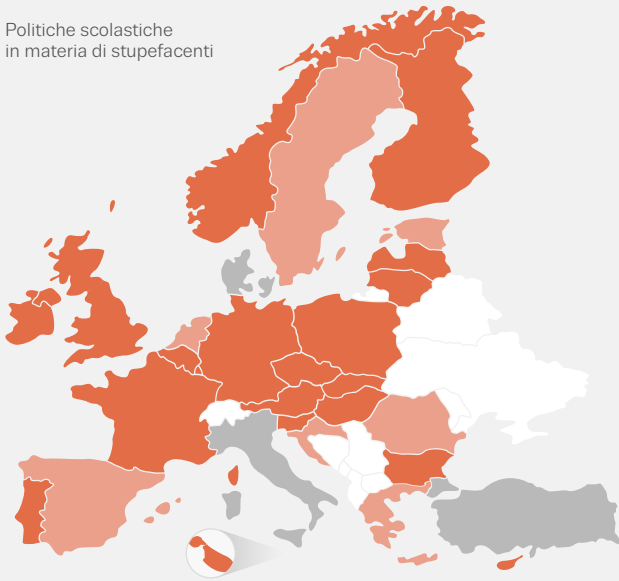
## La prevenzione nelle scuole basata su dati probanti: alcuni progressi

Per far fronte al consumo di stupefacenti e ai problemi a questo correlati si adottano varie strategie di prevenzione. Laddove gli approcci ambientali e universali sono diretti all'intera popolazione, la prevenzione selettiva si concentra sui gruppi vulnerabili mentre la prevenzione "mirata" è rivolta agli individui a rischio. In Europa gran parte dell'attività di prevenzione tende a concentrarsi nelle scuole (Grafico 3.1), benché si svolga anche in altri ambienti.

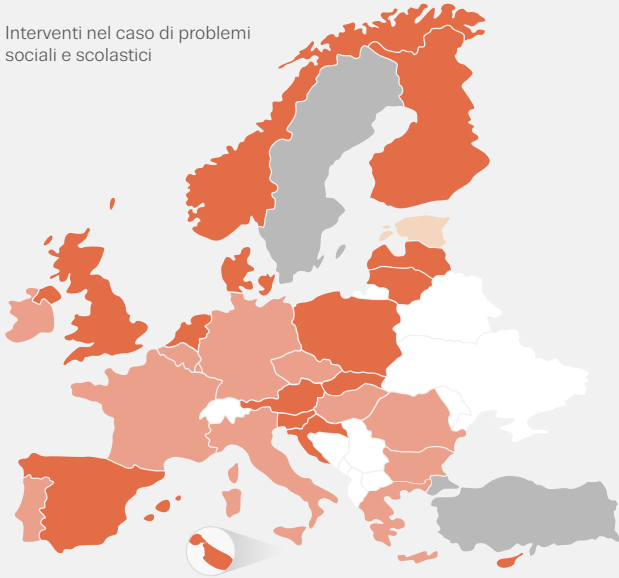
## GRAFICO 3.1

## Disponibilità di specifici interventi sulla prevenzione del consumo di droga nelle scuole (giudizi degli esperti, 2010)

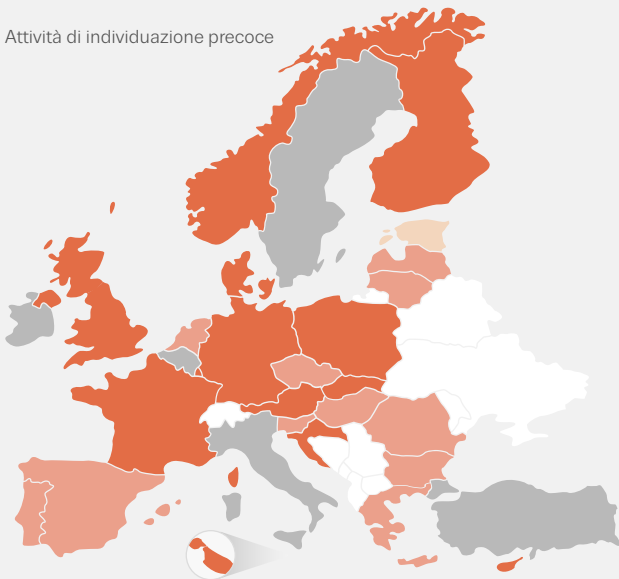
Politiche scolastiche in materia di stupefacenti



Interventi nel caso di problemi sociali e scolastici



Attività di individuazione precoce



■ Completi/estesi  
 ■ Limitati/rari  
 ■ Non disponibili  
 ■ Nessun dato disponibile

I dati dimostrano che le strategie di prevenzione ambientale, volte a modificare gli ambienti culturali, sociali, fisici ed economici, possono essere efficaci nel cambiare le credenze normative e di conseguenza il consumo di sostanze. In Europa, in generale è ancora raro il ricorso a interventi ambientali in ambito scolastico. In alcuni campi tuttavia sono stati fatti alcuni progressi, come il tentativo di favorire un ambiente scolastico protettivo ed elaborare politiche scolastiche in materia di stupefacenti (per esempio emanando linee guida per rispondere al consumo o alla vendita di droga da parte degli studenti). Si è osservato un leggero mutamento anche per quanto riguarda l'adozione di metodi di prevenzione universali che sono stati valutati positivamente nelle scuole, come la formazione di competenze personali e sociali, rinunciando ad attività che si limitavano a fornire informazioni di base, la cui efficacia si è dimostrata piuttosto scarsa. Un numero crescente di rapporti segnala il successo della trasposizione di programmi di prevenzione nordamericani ed europei (per esempio Good Behaviour Game, EUDAP (Unplugged), Örebro e Preventure), che sono stati valutati positivamente.

Gli interventi di prevenzione selettiva sono diretti a gruppi vulnerabili di giovani per i quali il rischio di dover affrontare problemi correlati al consumo di droga è maggiore. I rapporti degli esperti indicano un aumento generalizzato nella disponibilità degli interventi per alcuni gruppi vulnerabili in Europa, e in particolare una maggiore attività rivolta a studenti con problemi sociali e scolastici. La scuola inoltre rappresenta un ambiente importante per le attività di prevenzione "mirata", come le azioni rivolte a individuare precocemente gli alunni che soffrono di problemi comportamentali o correlati agli stupefacenti.

### Interventi in ambienti della vita notturna: necessità di un approccio integrato

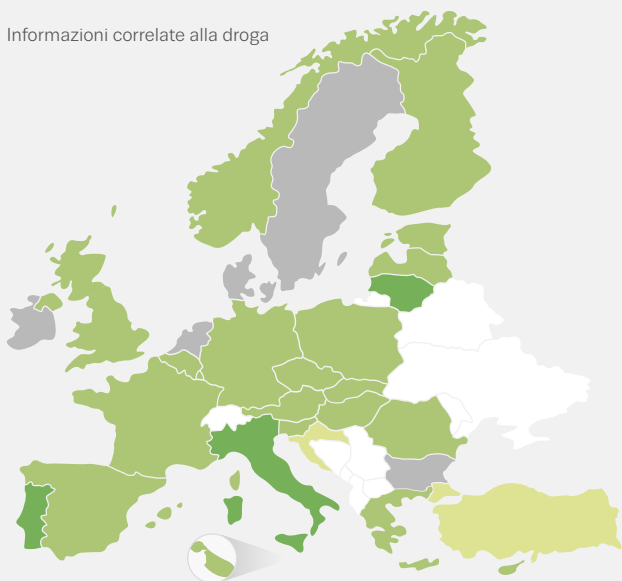
È noto che il consumo di sostanze illecite, soprattutto stimolanti, è associato agli ambienti della vita notturna, e che i giovani che frequentano un certo tipo di eventi possono adottare alcuni modelli di consumo di droga e alcol che li pongono a rischio di problemi sanitari, di incidenti o lesioni. Un'iniziativa europea, nota come Healthy Nightlife Toolbox, sottolinea l'importanza di garantire che gli ambienti ricreativi mettano in atto un'ampia serie di misure per affrontare questi rischi; l'approccio raccomandato integra interventi di prevenzione, riduzione del danno, normativa e applicazione della legge.

Il ricorso a strategie basate sulla prevenzione e sulla riduzione del danno in ambienti ricreativi è segnalato

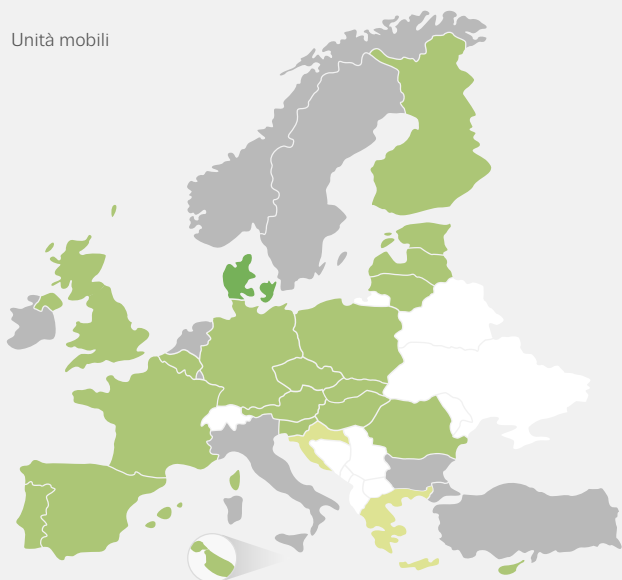
GRAFICO 3.2

Disponibilità di interventi specifici in ambienti della vita notturna (giudizi degli esperti, 2011)

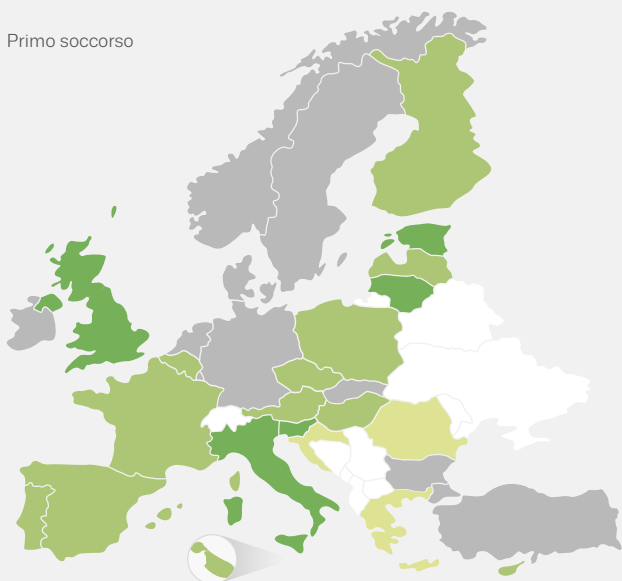
Informazioni correlate alla droga



Unità mobili



Primo soccorso



■ Completi/estesi  
 ■ Limitati/rari  
 ■ Non disponibili  
 ■ Nessun dato disponibile

soltanto da un terzo dei paesi. Alcune di queste strategie si rivolgono agli individui attraverso la distribuzione di materiale informativo, interventi di educazione tra pari e l'utilizzo di unità mobili. Altre strategie hanno una maggiore impronta ambientale: per esempio, la regolamentazione e il rilascio delle licenze ai locali per la vendita di alcol; la promozione della vendita responsabile di alcol; le iniziative di gestione di luoghi sovraffollati, l'accesso libero all'acqua e il trasporto sicuro a tarda notte. Queste misure sono promosse da club-health.eu e dai marchi di qualità "safe-party" promossi dal progetto europeo "Party +". Un'analisi sulla disponibilità di tre interventi sulla vita notturna (offerta di materiale informativo, assistenza unità mobili e primo soccorso) indica tuttavia che per gran parte dei paesi l'attività in questo settore è ancora limitata (Grafico 3.2).

**Prevenzione delle malattie infettive: necessaria una maggiore attenzione verso il trattamento dell'epatite C**

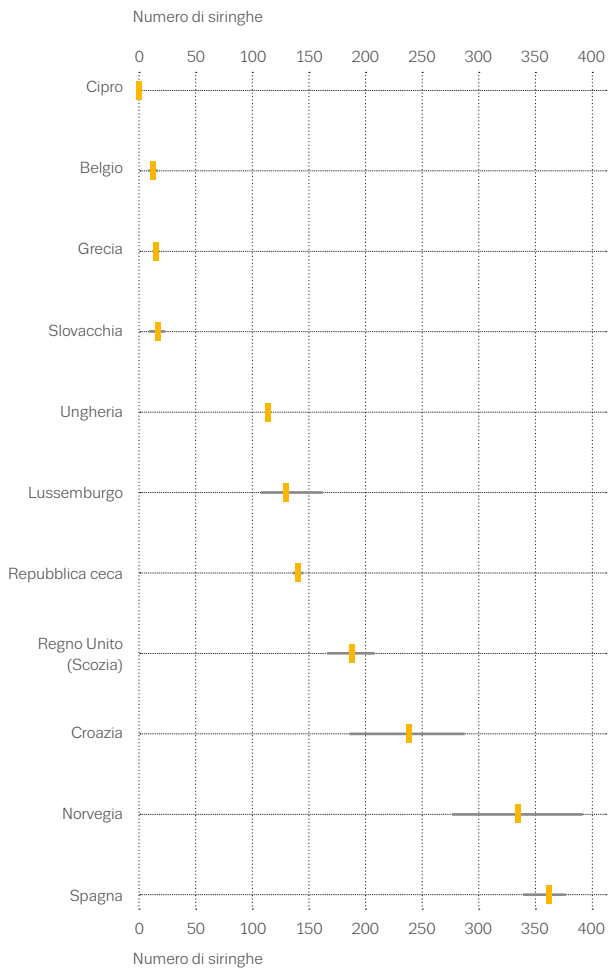
I consumatori di droga, in particolare i consumatori per via parenterale, rischiano di contrarre malattie infettive attraverso la condivisione del materiale utilizzato per il consumo della droga e in seguito a rapporti sessuali non protetti. La prevenzione della trasmissione dell'HIV, dell'epatite virale e di altre infezioni rappresenta quindi un obiettivo importante per le politiche europee in materia di stupefacenti. Per i consumatori di oppiacei per via parenterale, l'efficacia della terapia sostitutiva in questo campo è stata dimostrata da vari studi recenti e sembra aumentare se associata ai programmi di fornitura di aghi e siringhe.

Il numero di siringhe distribuite attraverso programmi specializzati è passato dai 34,2 milioni del 2005 ai 46,3 milioni del 2011 nei 23 paesi che forniscono dati nazionali per entrambi gli anni. Nel 2011, negli 11 paesi per i quali sono disponibili stime recenti del numero di consumatori di stupefacenti per via parenterale, programmi specializzati hanno distribuito una media di 127 siringhe per ciascun consumatore di stupefacenti per via parenterale — ossia da meno di 50 a più di 300 siringhe per consumatore (Grafico 3.3).

Esiste un vaccino sicuro ed efficace per scongiurare la diffusione del virus dell'epatite B (HBV) che 25 paesi europei hanno inserito nei programmi di vaccinazione nazionali. Sedici paesi segnalano anche programmi mirati di vaccinazione HBV per consumatori di stupefacenti per via parenterale. Per l'epatite C, per la quale non esiste un vaccino, si applicano misure di prevenzione simili a quelle previste per scongiurare la trasmissione dell'HIV. In alcuni

### GRAFICO 3.3

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.

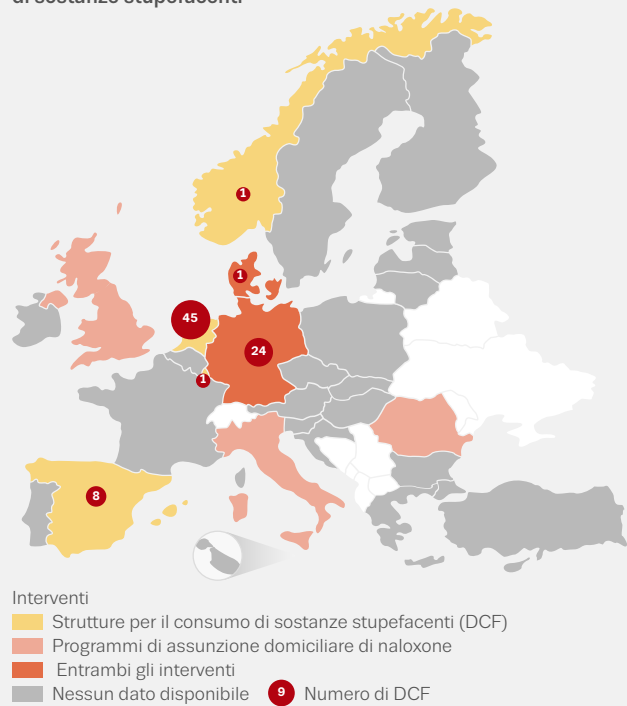
paesi europei tuttavia le iniziative volte a fornire test e consulenza sull'epatite C a consumatori di stupefacenti per via parenterale sono ancora limitate e scarsamente finanziate. Gli studi di modellizzazione indicano che sottoponendo i consumatori infetti al trattamento antivirale per l'epatite C si può ridurre la trasmissione del virus. Nonostante questo, e nonostante le crescenti prove che ne dimostrano l'efficacia con i consumatori di stupefacenti per via parenterale, in Europa è ancora assai limitato il numero dei sottoposti a trattamento antivirale per l'epatite C.

#### Prevenzione dei decessi correlati alla droga: una sfida importante per la sanità pubblica

La necessità di ridurre il numero delle overdose e di altri decessi correlati alla droga rimane una sfida importante per la politica nell'ambito della sanità pubblica in Europa. Il fatto di essere in trattamento della tossicodipendenza, soprattutto in terapia sostitutiva per la dipendenza da

### GRAFICO 3.4

Paesi europei che dispongono di programmi per l'assunzione domiciliare di naloxone e di strutture controllate per il consumo di sostanze stupefacenti

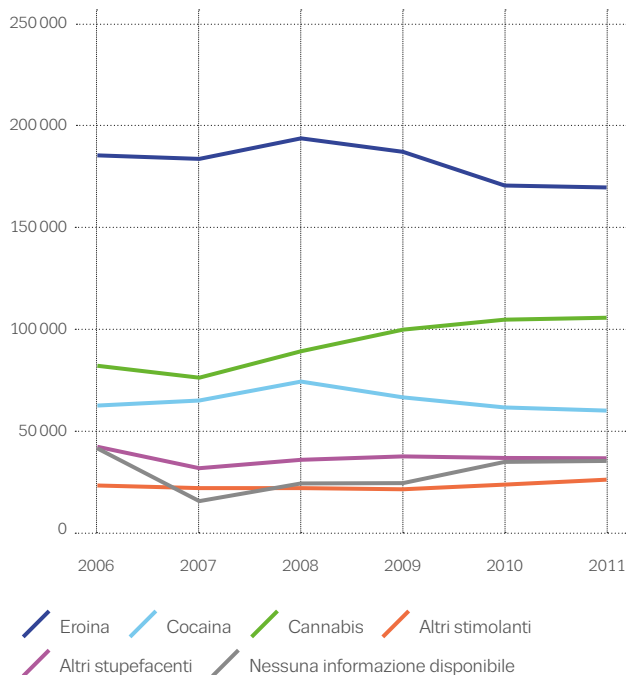


oppiacei, riduce sensibilmente il rischio di mortalità dei consumatori di stupefacenti; d'altro canto, per prevenire l'overdose è importante migliorare l'accessibilità ai servizi terapeutici e mantenere i pazienti in trattamento. Il rischio dell'overdose tuttavia aumenta notoriamente per i consumatori di oppiacei che lasciano il carcere e, con questo, una qualche forma di trattamento, probabilmente per la riduzione dei livelli di tolleranza. Un approccio innovativo per affrontare questi rischi è di rendere il naloxone — un antagonista oppiaceo — più facilmente disponibile. Cinque paesi segnalano progetti o programmi pilota che forniscono una dose per assunzione domiciliare di naloxone ai consumatori di oppiacei, alle loro famiglie e ai loro tutori (Grafico 3.4). Nel Regno Unito è stato dimostrato che, con una formazione minima, gli operatori sanitari, compresi gli operatori che si occupano di tossicodipendenti, possono migliorare conoscenze, competenze e fiducia per la gestione di un'overdose da oppiacei e per la somministrazione di naloxone.

La maggior parte dei paesi riferisce di distribuire materiali informativi sul rischio di overdose ai consumatori problematici di stupefacenti. La valutazione del rischio di overdose da parte degli operatori sanitari o che si occupano dei tossicodipendenti, provvisti di adeguata formazione, può coadiuvare l'identificazione precoce dei soggetti ad alto rischio, mentre le strutture controllate per il consumo di sostanze stupefacenti possono raggiungere i gruppi emarginati di consumatori di sostanze stupefacenti. Tali strutture esistono in sei paesi

GRAFICO 3.5

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



e possono contribuire alla prevenzione dei decessi per overdose nonché a ridurre l'impatto delle overdose non mortali.

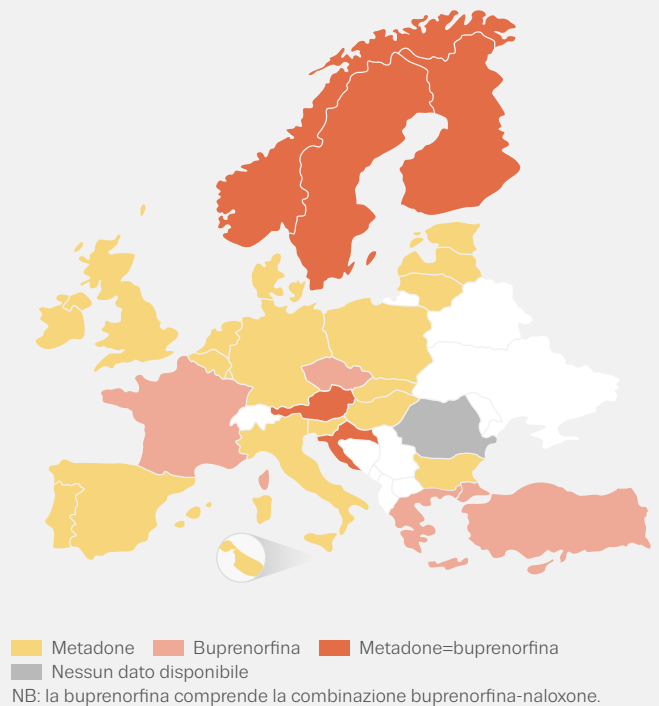
**Tossicodipendenza: oltre un milione di europei in trattamento**

Si stima che nel 2011 in Europa almeno 1,2 milioni di persone siano state sottoposte a trattamento per consumo di sostanze illecite. I consumatori di oppiacei rappresentano il gruppo più consistente sottoposto a trattamento, mentre i dati relativi alle richieste di trattamento (Grafico 3.5) indicano che probabilmente i consumatori di cannabis e cocaina costituiscono il secondo e il terzo gruppo più consistente, anche se con differenze tra i diversi paesi.

In Europa le principali modalità utilizzate per il trattamento dei problemi della droga sono gli interventi psicosociali, la terapia sostitutiva per la dipendenza da oppiacei e la disintossicazione; gran parte del trattamento viene erogato in centri ambulatoriali, come unità di trattamento specialistico, studi di medici generici e servizi a bassa soglia di accesso. Una quota significativa, benché decrescente, del trattamento della tossicodipendenza viene erogata anche presso strutture ospedaliere.

GRAFICO 3.6

Principale farmaco sostitutivo degli oppiacei ripartito per numero di pazienti



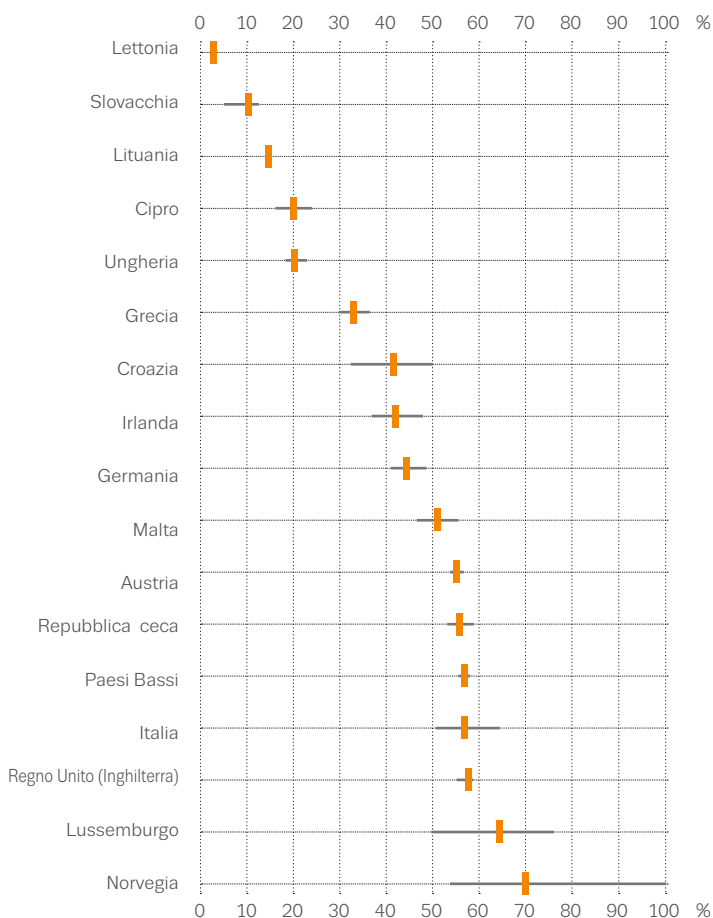
**Consumatori di oppiacei: la terapia sostitutiva è la prima scelta**

In Europa il trattamento più frequente nel caso di dipendenza da oppiacei è la terapia sostitutiva, che viene solitamente integrata con assistenza psicosociale ed erogata in centri ambulatoriali specialistici o da medici generici. Il metadone è il farmaco prescritto più comunemente a più di tre quarti dei consumatori, mentre la buprenorfina viene prescritta a gran parte dei rimanenti consumatori e rappresenta il principale farmaco sostitutivo in cinque paesi (Grafico 3.6). Meno del 5% di tutte le terapie sostitutive in Europa si basa sulla prescrizione di altre sostanze, come morfina a rilascio lento o diacetilmorfina (eroina).

**Si stima che nel 2011 in Europa almeno 1,2 milioni di persone siano state sottoposte a trattamento per consumo di sostanze illecite**

### GRAFICO 3.7

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



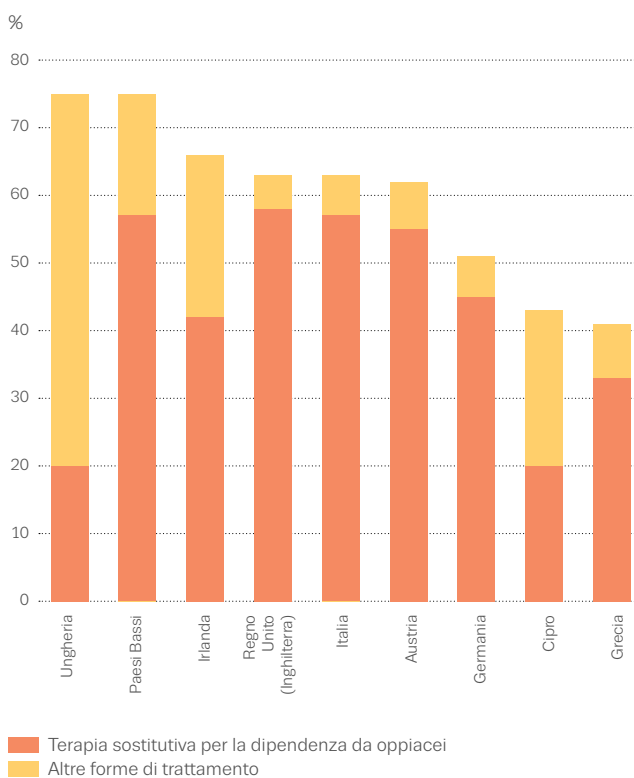
NB: i dati sono evidenziati come stime puntuali e intervalli di incertezza.

I dati disponibili corroborano l'approccio della terapia sostitutiva per la dipendenza da oppiacei, associata ad assistenza psicosociale, per mantenere i pazienti in trattamento nonché per la riduzione del consumo illecito di oppiacei, dei danni e della mortalità correlati agli stupefacenti. È stato dimostrato che il metadone, la buprenorfina e la diacetilmorfina sono efficaci nell'interrompere il ciclo dell'intossicazione e dell'astinenza e quindi contribuiscono a stabilizzare i pazienti e favorirne la disponibilità ad altri tipi di intervento (per esempio il trattamento per l'HIV/AIDS e per l'epatite). La terapia sostitutiva ha anche dimostrato di migliorare la qualità della vita e di favorire il reinserimento sociale.

Secondo le stime, nel 2011 il numero complessivo di consumatori di oppiacei sottoposti a terapia sostitutiva in Europa era pari a 730 000, con un aumento rispetto ai 650 000 del 2008. Questa cifra equivale probabilmente al 50 % dei consumatori problematici di oppiacei in Europa, un tasso di copertura stimato paragonabile a

### GRAFICO 3.8

Percentuale di consumatori problematici di oppiacei sottoposti a trattamento della tossicodipendenza (stima)



quelli segnalati per l'Australia e gli Stati Uniti. In Europa tuttavia esistono significative differenze nazionali nei tassi di copertura, con i tassi stimati minimi (tra il 3 e il 20 %) segnalati in Lettonia, Slovacchia e Lituania (Grafico 3.7). Cinque paesi hanno segnalato lunghi tempi di attesa, tra uno e sei mesi, mentre tempi di attesa superiori a sei mesi sono stati riferiti dalla Bulgaria e dalla Grecia. Tuttavia, in seguito ai focolai di HIV tra consumatori di eroina per via parenterale scoppiati nel 2010, la Grecia recentemente ha aumentato l'erogazione della terapia sostitutiva e i tempi di attesa si sono ridotti.

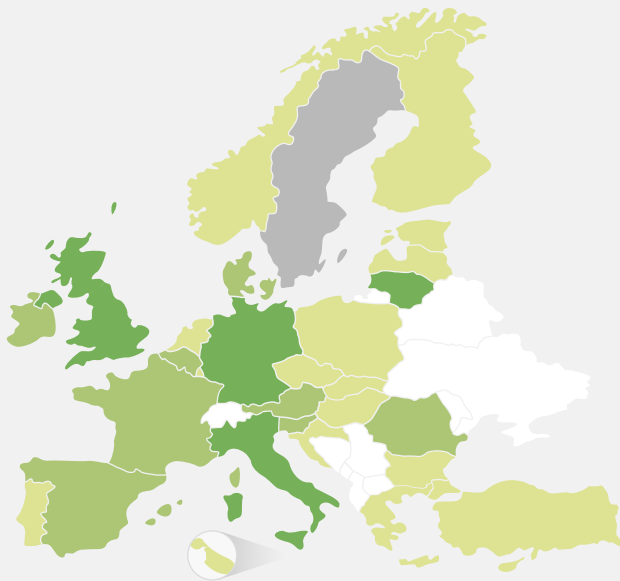
#### Altri trattamenti per consumatori di oppiacei: disponibili in tutti i paesi

In tutti i paesi europei ai consumatori di oppiacei viene erogato un trattamento senza farmaco sostitutivo. Il trattamento può avvenire in strutture ambulatoriali o in regime di ricovero e comprende interventi psicosociali, come una terapia cognitivo-comportamentale, comunità terapeutiche e altri approcci. Il trattamento è preceduto talvolta da un programma di disintossicazione, che offre assistenza farmaceutica per affrontare i sintomi fisici della sindrome da astinenza. Gli interventi cognitivo-comportamentali hanno dimostrato una certa efficacia nei confronti dei consumatori di oppiacei, ma finora non esistono prove tali da consentire di identificare il tipo di intervento più efficace; non vi sono prove conclusive



GRAFICO 3.9

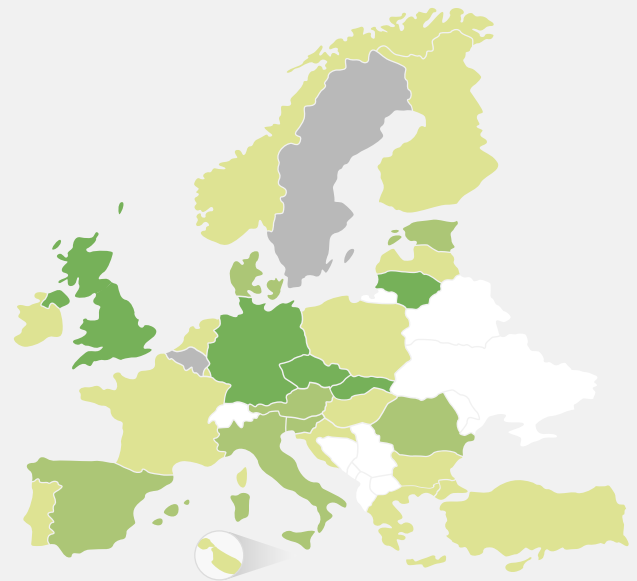
Disponibilità di specifici programmi di trattamento per i consumatori di cocaina (giudizi degli esperti, 2011)



■ Completi/estesi ■ Limitati/rari ■ Non disponibili  
■ Nessun dato disponibile

GRAFICO 3.10

Disponibilità di programmi specifici di trattamento per i consumatori di amfetamine (giudizi degli esperti, 2011)



■ Completi/estesi ■ Limitati/rari ■ Non disponibili  
■ Nessun dato disponibile

neppure sull'efficacia delle comunità terapeutiche in regime di astinenza.

Nei nove paesi che forniscono dati sufficienti, l'erogazione dei trattamenti che non utilizzano il farmaco sostitutivo si estende a una percentuale di consumatori problematici di oppiacei oscillante tra il 5 % e più del 50 % (Grafico 3.8). Tutti questi paesi hanno tassi di erogazione superiori al 40 % per tutti i tipi di trattamento per consumatori problematici di oppiacei.

#### Trattamento per i consumatori di cocaina: esistenza di programmi specifici

Gli interventi psicosociali rappresentano l'opzione di trattamento più diffusa per la dipendenza da cocaina e la gestione delle emergenze sembra costituire l'intervento più efficace. Quanto ai farmaci, gli agonisti dopaminergici e gli antipsicotici possono dimostrarsi efficaci nel ridurre il consumo della sostanza.

Benché chi soffre di problemi correlati alla cocaina possa rivolgersi a servizi di trattamento generici, 12 paesi — tra cui quelli in cui si registrano i livelli più elevati di consumo di cocaina — hanno istituito programmi specializzati per i consumatori di cocaina o cocaina crack (Grafico 3.9). In alcuni paesi, tali programmi sono destinati ai consumatori di cocaina socialmente integrati, probabilmente riluttanti

a rivolgersi ad altri servizi. In Danimarca e in Austria il trattamento per i consumatori di cocaina viene erogato anche da programmi di terapia per la poliassunzione. Bulgaria, Malta e Paesi Bassi riferiscono di aver varato piani che, nel prossimo futuro, erogheranno specifici programmi di trattamento. In Danimarca, Germania e Regno Unito sono state elaborate linee guida per il trattamento dei consumatori di cocaina.

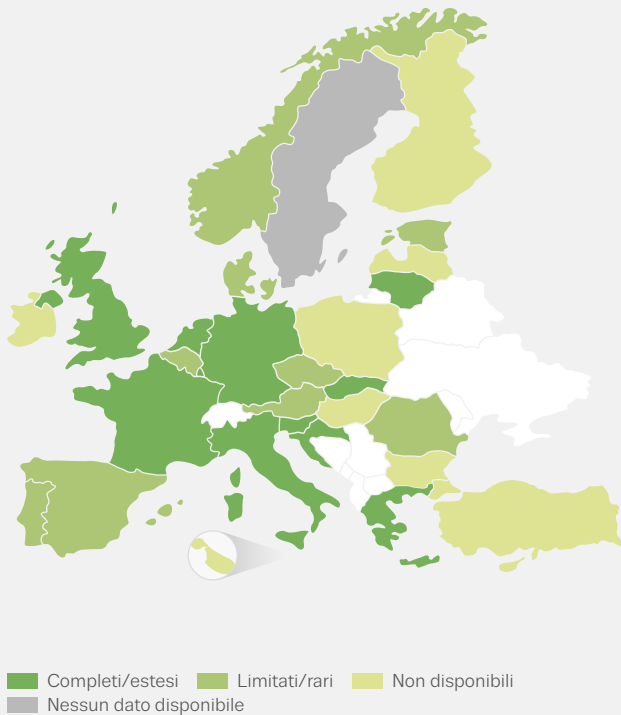
#### Trattamento della dipendenza da amfetamine: differenze geografiche

Gli interventi psicosociali realizzati in strutture ambulatoriali rappresentano l'opzione di trattamento più diffusa per i consumatori di amfetamine. Sia la terapia cognitivo-comportamentale sia la gestione delle emergenze, talvolta in associazione tra loro, sembrano produrre risultati positivi. Numerosi farmaci sono stati oggetto di studi per il trattamento della dipendenza da amfetamine e metamfetamine, ma mancano ancora prove affidabili che dimostrino l'efficacia di una terapia farmacologica.

Le opzioni di trattamento disponibili per i consumatori di amfetamine in Europa differiscono considerevolmente tra i vari paesi. Programmi di trattamento personalizzati sono disponibili innanzi tutto nei paesi che vantano una lunga tradizione di trattamento dei consumatori di amfetamine (Grafico 3.10). Inoltre, la Bulgaria e l'Ungheria riferiscono

## GRAFICO 3.11

Disponibilità di programmi specifici di trattamento per i consumatori di cannabis (giudizi degli esperti, 2011)



di aver varato piani che, nel prossimo futuro, erogheranno specifici programmi di trattamento per i consumatori di amfetamine.

### Trattamento della dipendenza da cannabis: approcci multipli

In Europa, il trattamento per i consumatori di cannabis comprende un'ampia gamma di approcci: trattamento basato su Internet, brevi interventi, terapia familiare multidimensionale, terapia cognitivo-comportamentale e altri interventi psicosociali strutturati in centri ambulatoriali od ospedalieri. In alcuni paesi le autorità giudiziarie, il pronto soccorso e i servizi di salute mentale svolgono un importante ruolo di segnalazione. Negli ultimi anni vi è stato un graduale aumento della disponibilità di studi di valutazione del trattamento per la cannabis, per esempio una recente meta-analisi sulla terapia familiare multidimensionale nella quale si evidenziano i risultati positivi derivanti dalla riduzione del consumo della sostanza e dal mantenimento in trattamento. È stata svolta anche una ricerca su prodotti farmaceutici che possono sostenere interventi psicosociali. Per esempio, il rimonabant, un agonista, ha mostrato risultati positivi nella riduzione di problemi fisiologici acuti legati al fumo di cannabis.

Nel 2011, più della metà dei paesi europei ha riferito di disporre di specifici programmi di trattamento della

**I dati sui pazienti che nel 2011 si sono sottoposti a trattamento specialistico della tossicodipendenza mostrano che circa la metà degli stessi era disoccupata e circa uno su dieci non aveva una fissa dimora**

dipendenza da cannabis (Grafico 3.11), mentre Bulgaria, Cipro, Ungheria e Polonia prevedono di introdurre programmi in questo ambito.

### GHB: analisi delle opzioni di trattamento

La dipendenza dal gamma-idrossibutirrato (GHB) è una condizione clinica riconosciuta, che comporta una sindrome da astinenza potenzialmente grave in seguito a consumo regolare o cronico. A oggi, la ricerca si è incentrata principalmente sulla descrizione della sindrome da astinenza e delle relative complicazioni, che possono essere difficili da riconoscere nei casi di emergenza. Finora non è stato elaborato alcun protocollo standard per il trattamento della sindrome da astinenza di GHB, benché nei Paesi Bassi siano in corso indagini sulla disintossicazione controllata utilizzando farmaci che contengono GHB.

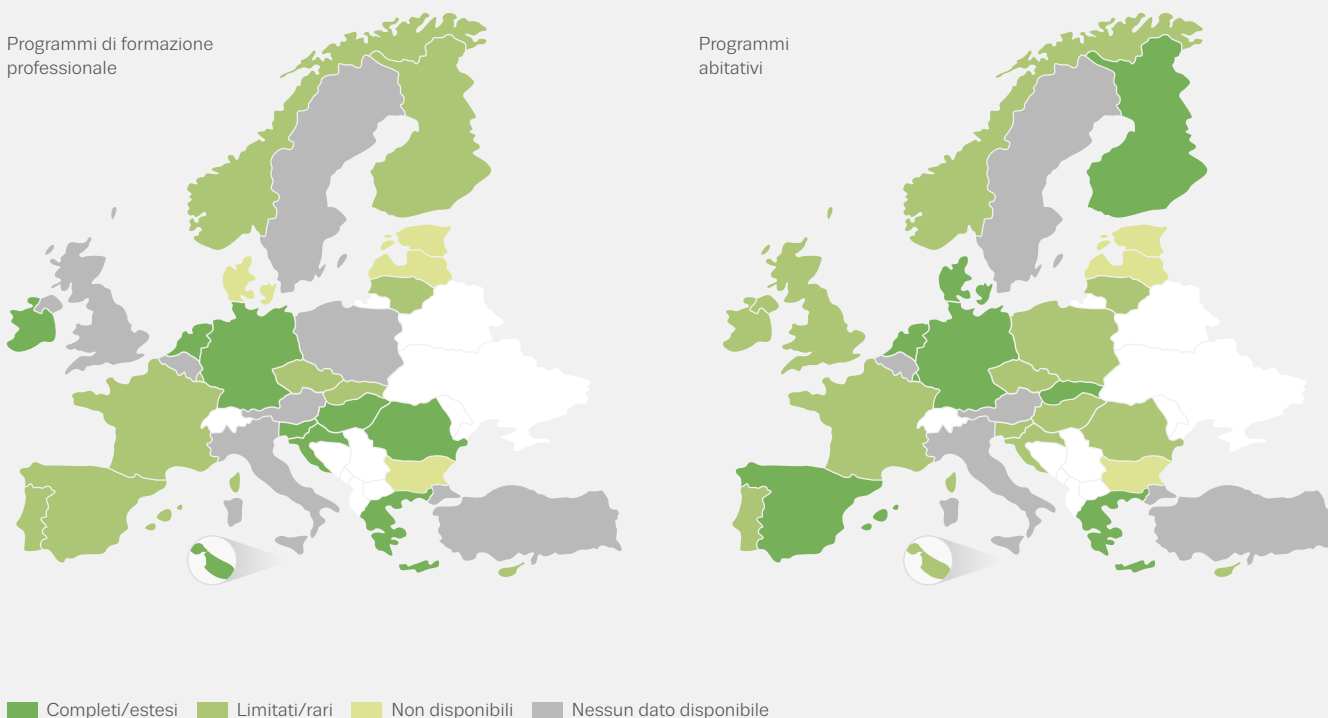
### Reinserimento sociale: l'elemento mancante?

I dati sui pazienti che nel 2011 si sono sottoposti a trattamento specialistico della tossicodipendenza mostrano che circa la metà degli stessi era disoccupata (47 %) e circa uno su dieci non aveva una fissa dimora (9 %). Anche il basso livello d'istruzione è frequente in questo gruppo: il 36 % ha completato soltanto l'istruzione primaria e il 2 % non ha portato a termine nemmeno questo ciclo d'istruzione.

I servizi di reinserimento sociale, volti a rafforzare le competenze sociali, migliorare l'istruzione e l'occupabilità e soddisfare le esigenze abitative, possono essere erogati durante o dopo il trattamento. Benché gran parte dei paesi riferisca la disponibilità di tali servizi (Grafico 3.12), i livelli sono generalmente insufficienti rispetto ai bisogni. Inoltre, l'accesso ai servizi è spesso condizionato; per esempio, per usufruirne l'interessato potrebbe dover dimostrare

## GRAFICO 3.12

Disponibilità di programmi di reinserimento sociale per i consumatori di stupefacenti in trattamento (giudizi degli esperti, 2010)



di essere in regime di astinenza o di disporre di una fissa dimora, cosa che potrebbe escludere alcuni di coloro che più hanno bisogno di sostegno.

Il successo delle misure di reinserimento sociale dipende spesso dall'efficacia della collaborazione che si riesce a instaurare tra i diversi tipi di servizi di sostegno. Questo tema è stato analizzato in una recente indagine EMCDDA: su 28 paesi, 17 hanno segnalato l'esistenza di accordi di partenariato tra organismi competenti per il trattamento della tossicodipendenza e i servizi attivi nei settori dell'abitazione e dell'occupazione.

### Servizi per i carcerati: ancora insoddisfacenti

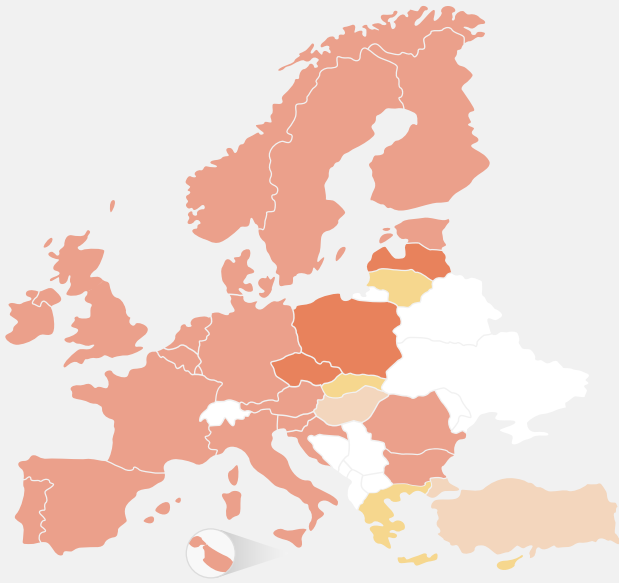
Tra i carcerati si segnalano tassi di consumo di stupefacenti complessivamente più alti di quelli riscontrati presso il resto della popolazione nonché modelli di consumo più dannosi; studi recenti indicano infatti che una percentuale di carcerati compresa tra il 5% e il 31% ha assunto stupefacenti per via parenterale almeno in un'occasione. Con l'ingresso in carcere, gran parte dei consumatori 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 mentre scontano la pena.

Dal momento che tra i carcerati con problemi di droga si riscontra spesso una situazione sanitaria di molteplice complessità, che può richiedere l'intervento multidisciplinare e specialistico dei servizi medici, la valutazione dei problemi esistenti al momento dell'ingresso in carcere assume un'importanza particolare. Quasi tutti i paesi hanno istituito partenariati tra i servizi sanitari carcerari e gli erogatori dei medesimi servizi a livello territoriale, sia per garantire educazione sanitaria e trattamento all'interno del carcere, sia per assicurare la continuità dell'assistenza dall'inizio a dopo la fine della pena. Sette paesi europei fanno rientrare la gestione della sanità nelle carceri fra le competenze dei ministeri della Salute. In generale l'erogazione di servizi in materia di droga all'interno delle carceri è spesso più carente rispetto a quella disponibile all'esterno, nonostante la generica adesione al principio dell'equivalenza dell'assistenza.

I servizi correlati alla tossicodipendenza erogati nelle carceri europee comprendono un ventaglio di interventi quali attività informativa, consulenza e trattamento, misure di riduzione del danno e preparazione alla scarcerazione. Lo screening per le infezioni, in particolare per l'HIV, viene spesso effettuato al momento dell'ingresso in carcere e in alcuni paesi anche in occasione dell'uscita. Lo screening per l'HCV tuttavia non è sempre incluso nei vigenti programmi di test. La fornitura di strumenti puliti per il consumo parenterale di stupefacenti in carcere è rara;

GRAFICO 3.13

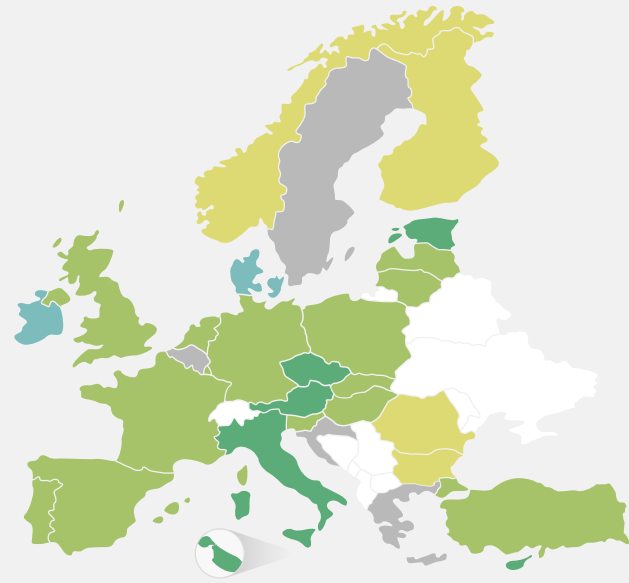
Disponibilità della terapia sostitutiva per la dipendenza da oppiacei nelle carceri



■ Sia continuazione sia inizio del trattamento  
 ■ Soltanto continuazione del trattamento  
 ■ Nessun caso segnalato ■ Non disponibile

GRAFICO 3.14

Tipologie di organismi specializzati preposti all'applicazione della legge sulla droga in Europa



■ Squadre antidroga dedicate  
 ■ Unità di lotta contro le gravi forme di criminalità organizzata  
 ■ Entrambi ■ Altro ■ Nessun dato disponibile

soltanto quattro paesi hanno dichiarato che in almeno una prigione vi è disponibilità di siringhe.

Nella maggior parte dei paesi le carceri mettono ora a disposizione una terapia sostitutiva per la dipendenza da oppiacei, ma la sua introduzione è stata più lenta che nel resto della società. Secondo una stima recente almeno 74 000 carcerati si sono sottoposti a questo trattamento nel corso dell'anno, ancorché con sensibili differenze fra un paese e l'altro. Esistono poi alcune limitazioni: per esempio alcuni paesi offrono la terapia sostitutiva soltanto ai carcerati che ne fruivano già prima dell'ingresso in carcere (Grafico 3.13).

### Riduzione dell'offerta di stupefacenti: abbandono delle squadre antidroga

Se da un lato gli interventi di riduzione della domanda sono ampiamente documentati, dall'altro la raccolta sistematica di dati sulle attività di riduzione dell'offerta è assai più rara, benché proprio a tali attività sia destinata gran parte dei bilanci nazionali per la lotta alla droga. L'applicazione della legge sulla droga costituisce un elemento fondamentale della riduzione dell'offerta; di recente l'EMCDDA ha avviato un progetto pilota teso a migliorare la descrizione e la comprensione dell'organizzazione delle attività in questo settore. Come punto di partenza si è tracciato il quadro degli organismi

preposti all'applicazione della legge, formalmente istituiti con la funzione essenziale di indagare sulle violazioni della legislazione in materia di droga. Tali organismi si suddividono in due tipologie principali: "squadre antidroga" dedicate e organismi di lotta contro la criminalità organizzata, dotati di un mandato specifico concernente la riduzione dell'offerta di droga.

Almeno una di queste due tipologie esiste in 26 paesi, che hanno segnalato in totale più di 1 000 unità munite di specifico mandato per l'applicazione della legge sulla droga (Grafico 3.14). Il numero di funzionari preposti all'applicazione della legge e specializzati in sostanze illecite è stato oggetto di una stima in 23 paesi: vengono segnalati almeno 17 000 funzionari specializzati, provenienti quasi sempre dalle forze di polizia. Benché le cifre fornite non siano sempre direttamente comparabili, si può stimare che i funzionari specializzati rappresentino una percentuale compresa tra lo 0,2 % e il 3,3 % di tutti i funzionari preposti all'applicazione della legge a livello nazionale.

La maggioranza delle squadre antidroga e degli organismi di lotta contro la criminalità organizzata, dotati di un mandato specifico concernente la riduzione dell'offerta di droga, dipende dalle forze di polizia; pochi sono quelli collegati ai servizi doganali. Inoltre 11 paesi segnalano un'attività di cooperazione tra i vari organismi, solitamente sotto forma di squadre o unità congiunte

tra polizia e amministrazione doganale; in qualche caso però partecipano anche altre agenzie, come la guardia costiera o gli organismi di controllo delle frontiere. Tale cooperazione tuttavia riguarda solo 42 casi sugli oltre 1 000 organismi censiti.

Anche se 21 paesi riferiscono l'esistenza di squadre antidroga dedicate, dai dati sembra emergere che in Europa, nel complesso, questo tipo di unità specializzata sia in declino, mentre si preferisce istituire organismi di più ampio respiro per la lotta contro "le gravi forme di criminalità organizzata". Questa tendenza rispecchia in qualche misura l'evoluzione in atto a livello di Unione europea, per cui sia nella valutazione di Europol sulla minaccia rappresentata dalle gravi forme di criminalità organizzata sia nel ciclo politico del Consiglio europeo sulle gravi forme di criminalità organizzata internazionale, l'offerta di droga viene sempre più considerata una delle numerose dimensioni interconnesse della lotta contro la criminalità organizzata.

**Il numero di funzionari preposti all'applicazione della legge e specializzati in sostanze illecite è stato oggetto di una stima in 23 paesi: vengono segnalati almeno 17 000 funzionari specializzati**

## MAGGIORI INFORMAZIONI

### Pubblicazioni EMCDDA

#### 2012

Riduzione della domanda: prove globali per azioni locali. Focus sulle droghe, n. 23

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

New heroin-assisted treatment, EMCDDA Insights.

Prisons and drugs in Europe: the problem and responses, Selected issue.

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

#### 2011

European drug prevention quality standards, Manual.

Guidelines for the treatment of drug dependence: a European perspective, Selected issue.

#### 2010

Harm reduction: evidence, impacts and challenges, EMCDDA Monographs.

Treatment and care for older drug users, Selected issue.

#### 2009

Internet-based drug treatment interventions, EMCDDA Insights.

#### 2008

A cannabis reader: global issues and local experiences, volume 2, part III Prevention and treatment, EMCDDA Monographs.

### Pubblicazioni EMCDDA e 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](http://www.emcdda.europa.eu/publications)

# 4

**In Europa, le politiche di controllo della droga operano nel contesto generale offerto dal sistema di controllo internazionale basato su tre convenzioni delle Nazioni Unite**

# Politiche in materia di droga

In Europa, la responsabilità per l'adozione del quadro giuridico, strategico, organizzativo e di bilancio necessario per affrontare i problemi relativi alla droga spetta a governi e parlamenti nazionali; legislazione in materia di droga, strategie pluriennali e piani d'azione elaborati dall'Unione europea forniscono invece il quadro per il coordinamento dell'azione. Nel loro insieme, questi elementi formano le politiche in materia di droga che consentono ai singoli paesi di articolare e attuare gli interventi di riduzione dell'offerta e della domanda di stupefacenti analizzati nella presente relazione.

## Il monitoraggio delle politiche in materia di droga

Fra le principali dimensioni politiche che è possibile monitorare a livello europeo rientrano i seguenti aspetti: leggi sulla droga e reati contro la legge sulla droga, strategie e piani d'azione nazionali in materia di droga, coordinamento delle politiche e meccanismi di valutazione nonché bilanci e spesa pubblica relativi alla droga. I dati sono raccolti tramite le due reti EMCDDA: i punti focali nazionali e i corrispondenti legali. Dati e note metodologiche sui reati contro la legge sulla droga sono reperibili nello Statistical bulletin (Bollettino statistico), mentre informazioni su European drug policy and law (Leggi e politiche europee in materia di droga) sono disponibili online.

## Leggi sulla droga: un quadro comune

In Europa, le politiche di controllo della droga operano nel contesto generale offerto dal sistema di controllo internazionale basato su tre convenzioni delle Nazioni Unite. Tale sistema delinea un quadro per controllare la produzione, il commercio e la detenzione di oltre 240 sostanze psicoattive, per molte delle quali è riconosciuto l'uso medico. Le convenzioni obbligano ogni paese a considerare l'offerta non autorizzata un reato penale. Si chiede di introdurre una misura analoga per la detenzione di droga per il consumo personale, benché alle condizioni dei "principi costituzionali e concetti fondamentali del sistema giuridico" di ciascun paese. Tale clausola non è stata applicata in maniera uniforme dai paesi europei,

come risulta dai differenti approcci giuridici che si registrano in questo campo.

**Detenzione di droghe per consumo personale: abbandono delle pene detentive**

In gran parte dei paesi europei, la detenzione di stupefacenti per consumo personale (e talvolta anche il consumo di droghe) costituisce un reato penale punibile con una pena detentiva. Alcuni paesi, tuttavia, prevedono unicamente sanzioni non penali come ammende o la sospensione della patente di guida. Un ulteriore elemento di cui tener conto è il tipo di droga detenuta o consumata: in due terzi dei paesi europei, le leggi nazionali infliggono la medesima pena per la detenzione per consumo personale, qualunque sia la sostanza, mentre nei paesi rimanenti la pena possibile varia a seconda della sostanza.

A partire dal 2000 circa si registra in tutta Europa la tendenza generale a limitare la possibilità di infliggere il carcere per la detenzione di droghe per consumo personale; alcuni paesi hanno modificato la propria legislazione eliminando le pene detentive (per esempio il Portogallo, la Slovenia, la Bulgaria e più di recente la Croazia), mentre altri hanno emanato direttive nazionali che invitano polizia e pubblici ministeri a ricorrere a sanzioni diverse dal carcere. L'approccio adottato in Portogallo ha suscitato notevole interesse a livello internazionale: le misure introdotte nel 2001 spostano il fulcro della politica dai provvedimenti punitivi e dai consumatori diretti di stupefacenti a una rete di "commissioni per la dissuasione dalla tossicodipendenza", gestita dal Ministero della Salute.

In gran parte dei paesi europei, la maggioranza delle segnalazioni di reati contro la legge sulla droga riguarda il consumo di stupefacenti oppure la detenzione a scopo di consumo; in tutta Europa, nel 2011 questi reati hanno superato il milione di casi, con un incremento del 15 % rispetto al 2006. Più di tre quarti di questi reati si riferiscono alla cannabis (Grafico 4.1).

Le prassi giudiziarie offrono qualche elemento per comprendere l'attuazione della legge e il concreto esito dei reati connessi al consumo o alla detenzione di droghe per consumo personale in Europa. Nel 2009, in base ai dati raccolti dall'EMCDDA, molti paesi punivano la detenzione di droghe a scopo di consumo personale con ammende, ammonimenti o lavori socialmente utili, benché alcuni paesi dell'Europa centrale e orientale, come Bulgaria, Polonia, Romania, Slovacchia e Croazia, fossero più inclini a comminare pene detentive con la condizionale.

**Offerta di droghe: differenze tra le pene previste**

In Europa l'offerta illegale di droghe costituisce sempre un reato, ma la massima pena possibile varia considerevolmente da un paese all'altro. In alcuni paesi un reato relativo all'offerta può essere punito con un ampio ventaglio di pene (talvolta anche con l'ergastolo). Altri paesi distinguono tra reati relativi all'offerta gravi e lievi, in base a fattori quali la quantità di droga scoperta, variando di conseguenza le pene massime. Un altro approccio, adottato in 14 dei 30 paesi considerati in questa sede, prevede la differenziazione delle pene a seconda del tipo di droga oggetto del reato. (Grafico 4.2).

Le segnalazioni di reati relativi all'offerta di stupefacenti sono aumentate di un quarto dal 2006, superando nel

**GRAFICO 4.1**

**Reati segnalati relativi al consumo o alla detenzione a scopo di consumo di stupefacenti in Europa, tendenze e disaggregazione per droga (droghe principali)**

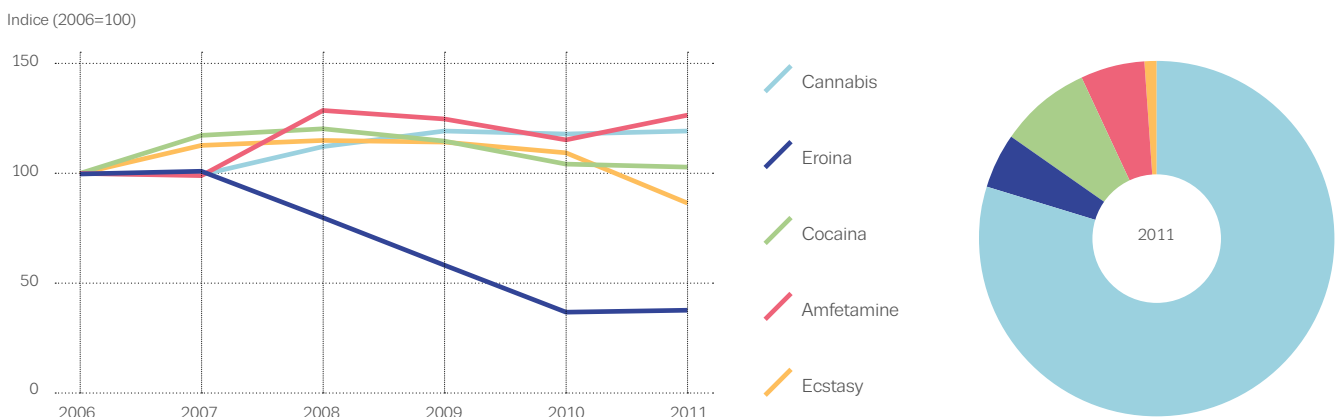
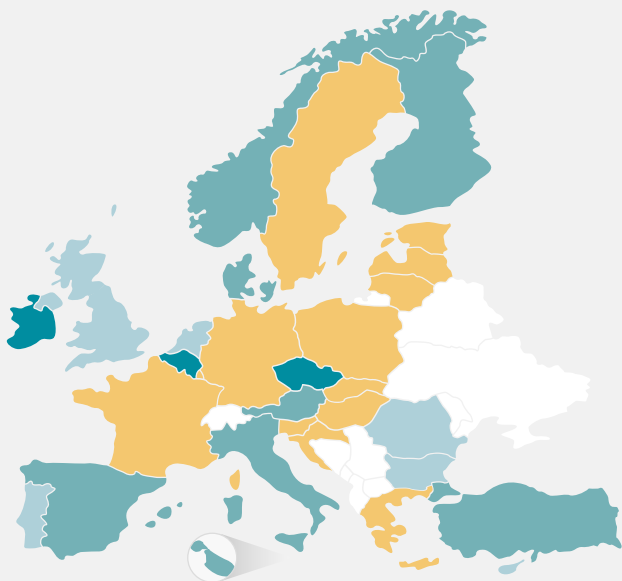




GRAFICO 4.2

Pene previste per i reati contro la legge sulla droga: differenziazione per tipo di droga



■ Stesse pene per tutte le droghe  
 Pene diverse a seconda della droga per:  
■ Reati relativi all'offerta ■ Reati relativi alla detenzione per consumo personale ■ Entrambi i tipi di reati

GRAFICO 4.4

Strategie e piani d'azione nazionali sulla droga, disponibilità e campo d'azione



■ Strategia combinata per le droghe lecite e illecite ■ Strategia per le droghe illecite ■ Nessuna strategia nazionale sulla droga  
 NB: mentre il Regno Unito dispone di una strategia per le droghe illecite, Galles e Irlanda del Nord hanno strategie combinate che contemplano anche l'alcol.

2011 i 225 000 casi. Come già si è notato per i reati relativi alla detenzione, la cannabis è la causa della maggioranza dei reati segnalati anche nel caso dell'offerta di droga. Cocaina, eroina e amfetamine riguardano però una percentuale maggiore di reati relativi all'offerta rispetto ai reati relativi alla detenzione per consumo personale (Grafico 4.3).

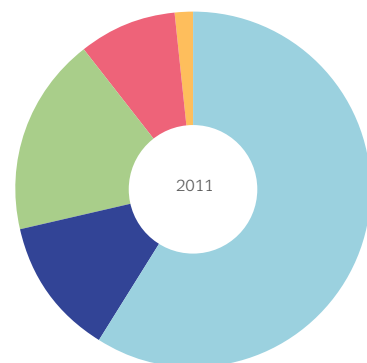
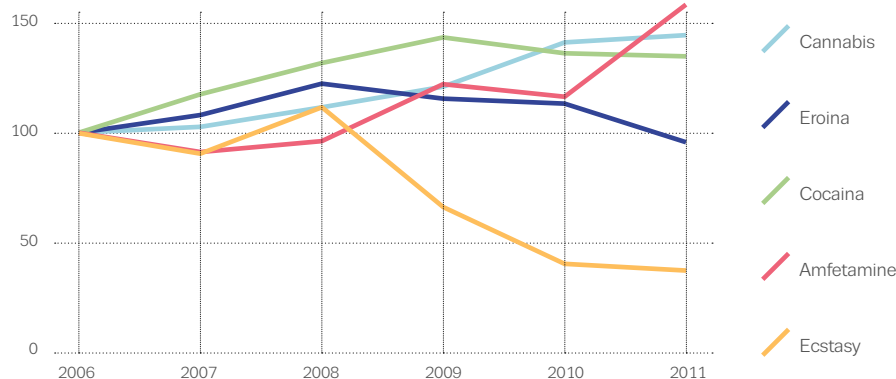
Dalle statistiche giudiziarie del 2009 — relative a un certo numero di paesi — emerge che in quell'anno un reato

relativo all'offerta aveva maggiori probabilità di essere punito con il carcere rispetto a un reato riguardante la detenzione a scopo di consumo. Tuttavia, il massimo della pena è stato inflitto solo in rari casi o addirittura mai, mentre in media le pene detentive sono state brevi e spesso sospese: se ne deduce che solo pochi trasgressori sono stati considerati trafficanti di rilievo. I risultati indicano pure che le sentenze medie variavano a seconda del tipo di droga, anche in quei paesi ove la legge non distingue tra le varie droghe.

GRAFICO 4.3

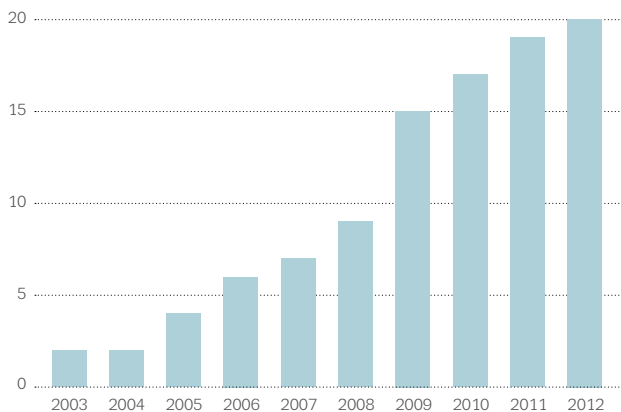
Segnalazioni di reati relativi all'offerta di stupefacenti in Europa, tendenze e disaggregazione per tipo di droga (droghe principali)

Indice (2006=100)



## GRAFICO 4.5

Numero cumulativo dei paesi la cui strategia nazionale sulla droga è stata oggetto di valutazione



### Strategie nazionali sulla droga: uno standard europeo

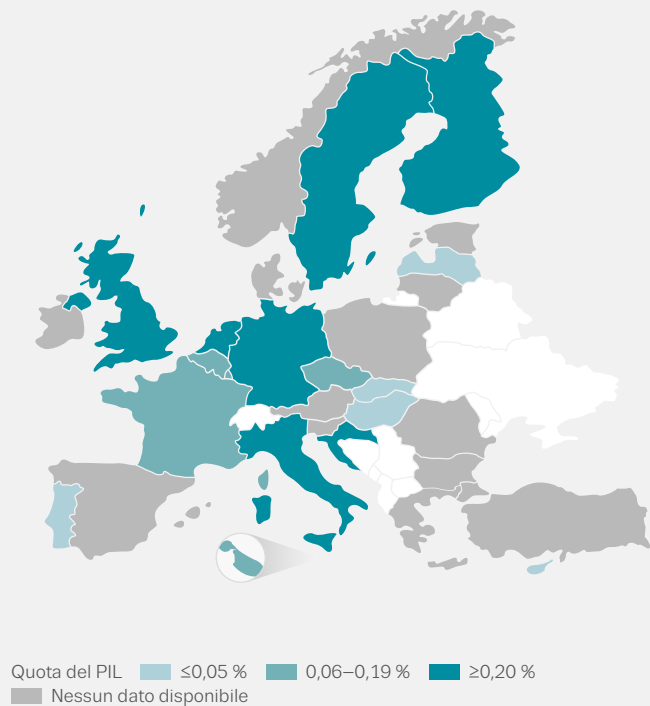
Sin dalla fine degli anni '90 l'adozione di strategie e piani d'azione sulla droga costituisce per i governi nazionali europei una prassi consolidata. Questi documenti, di limitata validità temporale, contengono una serie di principi, obiettivi e priorità generali, specificando poi le azioni e le parti responsabili della loro attuazione. Attualmente, tutti i paesi dispongono di una strategia o di un piano d'azione nazionale sulla droga, tranne l'Austria, che si è dotata di piani provinciali. Cinque paesi hanno adottato strategie e piani d'azione nazionali estesi sia alle droghe lecite sia a quelle illecite (Grafico 4.4).

### Sostegno alle strategie sulla droga: meccanismi di coordinamento e valutazione

Parallelamente all'elaborazione di strategie nazionali sulla droga, i singoli paesi hanno allestito meccanismi per coordinare l'attuazione della propria politica in materia di droga. A livello nazionale, quasi tutti i paesi dispongono ora di comitati interministeriali sulle droghe, integrati da un organismo interministeriale di coordinamento responsabile per la gestione quotidiana delle attività. In 14 paesi tale organismo dipende dal ministero della Salute, mentre in altri dipende dal governo o dall'ufficio del Primo ministro, dal Ministero degli Interni o da altri ministeri. Ventidue paesi comunicano inoltre di aver istituito formalmente la figura del coordinatore nazionale per la droga, che spesso è il capo dell'organismo nazionale di coordinamento. I coordinatori nazionali si riuniscono a livello di Unione europea.

## GRAFICO 4.6

Stime più recenti della spesa pubblica relativa alla droga (% del PIL)



A livello regionale o locale, in quasi tutti i paesi esistono agenzie di coordinamento per la droga oppure coordinatori per la droga (o entrambe le istituzioni). Ancora, alcuni paesi — in particolare quelli a struttura federale — hanno creato organismi di coordinamento verticale che promuovono la cooperazione tra il livello nazionale e quello locale. In altri paesi, spesso, il coordinamento a livello regionale o locale è sorvegliato direttamente dagli organismi nazionali.

Negli anni più recenti, sia l'Unione europea sia un crescente numero di singoli paesi hanno effettuato una valutazione conclusiva delle proprie strategie o piani d'azione contro la droga (Grafico 4.5). L'obiettivo è generalmente quello di valutare il livello di attuazione

**Quasi tutti i paesi dispongono ora di comitati interministeriali sulle droghe, integrati da un organismo interministeriale di coordinamento responsabile per la gestione quotidiana delle attività**

raggiunto nonché i mutamenti nella situazione generale della droga, così da orientare lo sviluppo della strategia successiva. In ambito europeo le valutazioni sono quasi sempre interne, ossia effettuate dall'agenzia o istituzione responsabile del piano, ma un numero sempre maggiore di paesi ha commissionato valutazioni congiunte o esterne. Attualmente, la maggior parte dei paesi europei ha elaborato piani per effettuare la valutazione conclusiva della strategia sulla droga messa in atto.

### Valutazione economica: necessità di dati migliori

Una valutazione economica comparata di costi e benefici dei possibili percorsi d'azione alternativi può costituire un importante strumento di valutazione politica. In Europa, tuttavia, le informazioni disponibili in merito alla spesa pubblica relativa alla droga rimangono molto limitate sia per qualità sia per quantità, circostanza che rende estremamente ardua un'analisi dell'efficacia rispetto ai costi. È tuttavia cresciuto il numero dei paesi che hanno cercato di stimare — almeno una volta nel corso dell'ultimo decennio — l'entità delle spese governative destinate alla politica sulla droga. Questi paesi offrono stime delle spese oscillanti fra lo 0,01 % e lo 0,7 % del PIL (Grafico 4.6), anche se è arduo instaurare confronti tra un paese e l'altro per le forti differenze per portata e qualità che sussistono tra le varie stime. Nonostante tali limiti, emerge in ogni caso dalle informazioni disponibili che in quasi tutti i paesi le attività miranti alla riduzione dell'offerta assorbono la quota più rilevante delle spese pubbliche relative alla droga.

Come molte altre parti del mondo, l'Europa si trova tuttora ad affrontare le conseguenze della recente recessione economica, tra cui la crescita economica negativa, i crescenti tassi di disoccupazione (in particolare tra i giovani) e la riduzione delle spese governative. Tale riduzione può colpire i bilanci della sanità, dell'ordine pubblico e delle misure di sicurezza, dai quali proviene in gran parte la spesa pubblica relativa alla droga. Attualmente, l'ampiezza e l'impatto delle misure di consolidamento fiscale e di austerità sembrano variare sensibilmente da un paese europeo all'altro. Lettonia, Lituania ed Estonia figurano tra i paesi che hanno subito le più pesanti riduzioni della spesa pubblica, ma ora anche una serie di altri paesi europei segnala tagli a programmi e servizi relativi alla droga.

## MAGGIORI INFORMAZIONI

### Pubblicazioni EMCDDA

#### 2013

Drug policy profiles: Ireland.

#### 2012

Drug-related research in Europe: recent developments and future perspectives, Thematic paper.

#### 2011

Drug policy profiles: Portugal.

#### 2009

Drug offences: sentencing and other outcomes, Selected issue.

#### 2008

Towards a better understanding of drug-related public expenditure in Europe, Selected issue.

#### 2006

European drug policies: extended beyond illicit drugs?, Selected issue.

#### 2005

Illicit drug use in the EU: legislative approaches, Thematic paper.

### Pubblicazioni dell'EMCDDA e della Commissione europea

#### 2010

The European Union and the drug phenomenon: frequently asked questions.

Tutte le pubblicazioni sono disponibili alla pagina [www.emcdda.europa.eu/publications](http://www.emcdda.europa.eu/publications)

# Allegato

**I dati nazionali presentati in questa sede provengono dal Bollettino statistico 2013 dell'EMCDDA, di cui costituiscono una sottoserie: sul Bollettino sono reperibili ulteriori dati, anni, note e metadati**

TABELLA 1

## OPPIACEI

Paese	Stima del consumo problematico di oppiacei casi per 1 000	Indicatore della 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 % (valore numerico)	Pazienti che si sottopongono al trattamento per la prima volta % (valore numerico)	Tutti i pazienti che si sottopongono al trattamento % (valore numerico)	Pazienti che si sottopongono al trattamento per la prima volta % (valore numerico)	
Belgio	–	36,8 (2 176)	18 (403)	19,7 (399)	16,3 (60)	17 701
Bulgaria	–	79,3 (1 877)	93,2 (275)	85,9 (1 300)	84,2 (223)	3 452
Repubblica ceca	1,2–1,3	19,4 (1 791)	9,9 (443)	86,3 (1 528)	83,1 (359)	5 200
Danimarca	–	17,5 (663)	7,1 (102)	33,9 (193)	23 (20)	7 600
Germania	2,9–3,4	44,3 (31 450)	19,2 (3 576)	36,2 (13 827)	33,2 (1 491)	76 200
Estonia	–	91,4 (486)	80,4 (131)	84,5 (410)	84 (110)	1 076
Irlanda	6,2–8,1	57,9 (4 930)	39 (1 457)	31 (1 488)	22,9 (327)	8 729
Grecia	2,5–3,0	80,6 (4 693)	73,4 (1 886)	41,3 (1 930)	38,7 (729)	6 783
Spagna	1,1–1,3	34,3 (18 374)	18,2 (4 881)	15,8 (2 756)	10,2 (481)	82 372
Francia	–	40,7 (14 987)	20,2 (2 042)	17,7 (2 097)	12,3 (226)	145 000
Italia	4,3–5,4	55,3 (23 416)	42,4 (9 706)	57,5 (12 566)	50,5 (4 603)	109 987
Cipro	1,3–2,0	36,7 (365)	10,8 (48)	52,6 (191)	46,8 (22)	188
Lettonia	5,0–9,9	52,9 (1 044)	34,1 (126)	93,3 (935)	88,4 (107)	277
Lituania	2,3–2,4	–	72,1 (181)	–	98,6 (136)	798
Lussemburgo	5,0–7,6	67,4 (151)	–	58,9 (89)	–	1 228
Ungheria	0,4–0,5	6,8 (325)	2,3 (75)	66,8 (203)	49,3 (34)	639
Malta	6,9–8,2	78,7 (1 434)	45,4 (83)	62,5 (893)	59 (49)	1 107
Paesi Bassi	1,6–1,6	12,8 (1 674)	6 (461)	8,9 (91)	16 (46)	10 085
Austria	5,2–5,5	64,5 (2 426)	41,3 (566)	42,2 (987)	26,8 (146)	16 782
Polonia	–	48,2 (643)	14,7 (53)	77 (488)	46,2 (24)	2 200
Portogallo	–	70,1 (2 637)	54,4 (980)	15,4 (147)	13,1 (80)	26 531
Romania	–	35 (648)	29,6 (339)	91,5 (590)	90,2 (305)	742
Slovenia	–	86,6 (451)	74,9 (155)	56,8 (256)	49,7 (77)	3 557
Slovacchia	1,0–2,5	33,7 (691)	22,7 (217)	75,7 (514)	63,1 (137)	500
Finlandia	–	62,2 (898)	43,8 (109)	81,8 (719)	66,7 (72)	2 000
Svezia	–	24,8 (1 541)	16,5 (255)	55,7 (857)	26,6 (69)	3 115
Regno Unito	8,0–8,6	59,3 (68 112)	40 (18 005)	33,2 (22 081)	29,2 (5 156)	177 993
Croazia	3,2–4,0	80,9 (6 198)	29,8 (343)	74,5 (4 530)	53,3 (171)	4 074
Turchia	0,2–0,5	70,3 (1 488)	64,7 (701)	50,9 (746)	48 (333)	8 074
Norvegia	2,1–3,9	37,5 (2 884)	–	73,1 (160)	–	6 640

TABELLA 2

## 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		% consumatori di cocaina per via parenterale (principale metodo di assunzione)	
	Per la prima volta nella vita: adulti (15-64)	Negli ultimi 12 mesi: giovani adulti (15-34)	Per la prima volta nella vita: studenti (15-16)	Tutti i pazienti che si sottopongono al trattamento	Pazienti che si sottopongono al trattamento per la prima volta	Tutti i pazienti che si sottopongono al trattamento	Pazienti che si sottopongono al trattamento per la prima volta
	%	%	%	% (valore numerico)	% (valore numerico)	% (valore numerico)	% (valore numerico)
Belgio	–	2	4	12,9 (764)	13,6 (304)	6,0 (37)	1,2 (3)
Bulgaria	1,7	1,5	3	0,8 (20)	1,4 (4)	30 (3)	0 (0)
Repubblica ceca	1,4	1,1	1	0,3 (30)	0,3 (14)	3,4 (1)	0 (0)
Danimarca	4,4	2,5	2	5,1 (193)	5,8 (84)	10,1 (17)	0 (0)
Germania	3,3	1,8	3	5,9 (4 212)	6,2 (1 164)	19,8 (3 007)	8,7 (256)
Estonia	–	1,3	–	–	–	–	–
Irlanda	6,8	2,8	3	10 (850)	13,3 (496)	1,3 (11)	0,4 (2)
Grecia	0,7	0,2	1	4,3 (248)	4,2 (109)	19 (47)	10,1 (11)
Spagna	8,8	3,6	3	41,4 (22 131)	45,3 (12 148)	2,3 (480)	1,4 (167)
Francia	3,66	1,85	4	6,9 (2 544)	5,1 (519)	10,2 (215)	4,4 (21)
Italia	4,2	1,3	2	24,3 (10 271)	30,3 (6 938)	5,3 (516)	4,1 (273)
Cipro	3	2,2	4	10,1 (100)	7 (31)	1 (1)	0 (0)
Lettonia	1,5	0,3	4	0,4 (7)	0,3 (1)	0 (0)	0 (0)
Lituania	0,5	0,3	2	–	0,8 (2)	–	0 (0)
Lussemburgo	–	–	–	18,3 (41)	–	39 (16)	–
Ungheria	0,9	0,4	2	1,6 (78)	1,6 (52)	2,7 (2)	0 (0)
Malta	0,4	–	4	12,5 (228)	28,4 (52)	24,8 (56)	17,6 (9)
Paesi Bassi	5,2	2,4	2	24,6 (3 220)	20,3 (1 560)	0,3 (6)	0 (0)
Austria	2,2	1,2	–	6 (226)	7,6 (104)	7 (15)	3 (3)
Polonia	1,3	1,3	3	1,3 (17)	2,2 (8)	0 (0)	0 (0)
Portogallo	1,9	1,2	4	10,5 (397)	14,4 (259)	3,6 (8)	1 (2)
Romania	0,3	0,2	2	1,2 (22)	1,6 (18)	4,8 (1)	5,9 (1)
Slovenia	–	–	3	3,5 (18)	3,9 (8)	44,4 (8)	25 (2)
Slovacchia	0,6	0,4	2	0,8 (17)	1,6 (15)	0 (0)	0 (0)
Finlandia	1,7	0,6	1	0,1 (1)	0 (0)	–	–
Svezia	3,3	1,2	1	1,5 (91)	1,7 (27)	0 (0)	0 (0)
Regno Unito	9,6	4,2	3	12,3 (14 077)	16 (7 185)	2,1 (284)	1 (68)
Croazia	2,3	0,9	2	1,6 (126)	2,6 (30)	1,7 (2)	3,6 (1)
Turchia	–	–	–	2,2 (46)	2,3 (25)	2,2 (1)	4 (1)
Norvegia	2,5	0,6	1	1 (78)	–	25 (2)	–

TABELLA 3

## 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		% consumatori di amfetamine per via parenterale (principale metodo di assunzione)	
	Per la prima volta nella vita: adulti (15-64)	Negli ultimi 12 mesi: giovani adulti (15-34)	Per la prima volta nella vita: studenti (15-16)	Tutti i pazienti che si sottopongono al trattamento	Pazienti che si sottopongono al trattamento per la prima volta	Tutti i pazienti che si sottopongono al trattamento	Pazienti che si sottopongono al trattamento per la prima volta
	%	%	%	% (valore numerico)	% (valore numerico)	% (valore numerico)	% (valore numerico)
Belgio	–	–	5	9,8 (581)	11,2 (250)	9,1 (50)	5 (12)
Bulgaria	2,1	2,1	6	1,4 (33)	1,7 (5)	0 (0)	0 (0)
Repubblica ceca	2,1	0,8	2	65,2 (6 008)	69,6 (3 122)	77,4 (4 601)	71,9 (2 210)
Danimarca	6,2	2	2	9,5 (358)	10,3 (149)	3,1 (9)	0 (0)
Germania	3,7	1,9	4	11 (7 785)	15,2 (2 839)	1,7 (246)	0,7 (31)
Estonia	–	2,5	3	–	–	61,5 (8)	50 (4)
Irlanda	4,5	0,8	2	0,6 (53)	0,9 (33)	6 (3)	6,3 (2)
Grecia	0,1	0,1	2	0,1 (6)	0,1 (2)	0 (0)	0 (0)
Spagna	3,3	1,4	2	1 (517)	1,2 (320)	0,6 (3)	0,6 (2)
Francia	1,69	0,46	4	0,3 (107)	0,3 (31)	14,9 (13)	0 (0)
Italia	1,8	0,1	1	0,1 (38)	0,1 (16)	0 (0)	0 (0)
Cipro	0,7	0,7	4	0,2 (2)	0,2 (1)	50 (1)	0 (0)
Lettonia	2,2	1,9	4	19,3 (380)	28,2 (104)	60,9 (206)	53,9 (48)
Lituania	1,6	1,1	3	–	2 (5)	–	60 (3)
Lussemburgo	–	–	–	0,4 (1)	–	0 (0)	–
Ungheria	1,8	1,2	6	11,9 (567)	11 (354)	23,3 (130)	19,2 (67)
Malta	0,4	–	3	0,2 (3)	–	33,3 (1)	–
Paesi Bassi	3,1	–	3	6,2 (818)	6,5 (499)	0,6 (3)	1 (3)
Austria	2,5	0,9	–	2,2 (83)	3,5 (48)	3,7 (3)	2,2 (1)
Polonia	4,2	1,3	4	21,4 (285)	26,7 (96)	9,4 (25)	8,4 (8)
Portogallo	0,9	0,4	3	0 (1)	0,1 (1)	–	–
Romania	0,1	0	2	0,6 (12)	0,9 (10)	0 (0)	0 (0)
Slovenia	–	–	2	0,4 (2)	0,5 (1)	50 (1)	0 (0)
Slovacchia	0,5	0,7	2	38,2 (784)	41,9 (400)	32,1 (243)	25,4 (99)
Finlandia	2,3	1,6	1	14,1 (204)	11,6 (29)	78,6 (154)	64,3 (18)
Svezia	5	1,5	1	27,8 (1 728)	19,4 (301)	68,6 (1 137)	49,7 (149)
Regno Unito	11,5	1,4	2	3 (3 486)	3,6 (1 615)	22,1 (714)	16 (241)
Croazia	2,6	–	2	1 (80)	2,2 (25)	0 (0)	0 (0)
Turchia	0,3	–	–	0,9 (18)	0,8 (9)	5,6 (1)	0 (0)
Norvegia	3,8	0,8	1	0 (0)	–	75,1 (205)	–

TABELLA 4

## 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	
	Per la prima volta nella vita: adulti (15-64)	Negli ultimi 12 mesi: giovani adulti (15-34)	Per la prima volta nella vita: studenti (15-16)	Tutti i pazienti che si sottopongono al trattamento	Pazienti che si sottopongono al trattamento per la prima volta
	%	%	%	% (valore numerico)	% (valore numerico)
Belgio	–	–	4,0	0,6 (38)	1 (23)
Bulgaria	1,7	1,6	4,0	0,3 (6)	0,3 (1)
Repubblica ceca	5,8	2,5	3,0	0,1 (6)	0,1 (3)
Danimarca	2,1	0,8	1,0	0,3 (13)	0,5 (7)
Germania	2,4	1,0	2,0	0 (0)	0 (0)
Estonia	–	2,3	3,0	–	–
Irlanda	6,9	0,9	2,0	0,6 (51)	0,6 (24)
Grecia	0,4	0,4	2,0	0,2 (9)	0,2 (5)
Spagna	3,6	1,4	2,0	0,2 (98)	0,2 (66)
Francia	2,4	0,4	3,0	0,3 (118)	0,2 (24)
Italia	1,8	0,1	1,0	0,3 (129)	0,5 (107)
Cipro	2,0	1,0	3,0	0,3 (3)	0,2 (1)
Lettonia	2,7	0,8	4,0	0,1 (2)	0 (0)
Lituania	2,1	1,9	2,0	–	–
Lussemburgo	–	–	–	–	–
Ungheria	2,4	1,0	4,0	1 (50)	1,2 (38)
Malta	0,7	–	3,0	0,7 (13)	1,6 (3)
Paesi Bassi	6,2	3,1	3,0	0,5 (69)	0,8 (58)
Austria	2,3	1,0	–	0,5 (19)	1,2 (16)
Polonia	3,4	3,1	2,0	0,1 (1)	0,3 (1)
Portogallo	1,3	0,9	3,0	0,1 (4)	0,2 (4)
Romania	0,7	0,4	2,0	0,5 (9)	0,6 (7)
Slovenia	–	–	2,0	0,2 (1)	0,5 (1)
Slovacchia	1,9	0,9	4,0	0,1 (2)	0,2 (2)
Finlandia	1,8	1,1	1,0	0,3 (4)	0,8 (2)
Svezia	2,1	0,2	1,0	0,3 (17)	0,5 (7)
Regno Unito	8,6	2,8	3,0	0,2 (229)	0,3 (141)
Croazia	2,5	0,5	2,0	0,3 (23)	0,5 (6)
Turchia	0,1	0,1	–	0 (1)	0,1 (1)
Norvegia	1,0	0,6	1,0	0 (0)	–



TABELLA 5

## 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	
	Per la prima volta nella vita: adulti (15-64)	Negli ultimi 12 mesi: giovani adulti (15-34)	Per la prima volta nella vita: studenti (15-16)	Tutti i pazienti che si sottopongono al trattamento	Pazienti che si sottopongono al trattamento per la prima volta
	%	%	%	% (valore numerico)	% (valore numerico)
Belgio	14,3	11,2	24	31 (1 832)	48,2 (1 077)
Bulgaria	7,3	6	21	4,3 (101)	3,1 (9)
Repubblica ceca	24,9	16,1	42	13,2 (1 214)	18,7 (839)
Danimarca	32,5	13,5	18	63,4 (2 397)	72,6 (1 048)
Germania	25,6	11,1	19	33 (23 418)	54,9 (10 236)
Estonia	–	13,6	24	5,3 (28)	–
Irlanda	25,3	10,3	18	22,9 (1 951)	35,7 (1 336)
Grecia	8,9	3,2	8	12,8 (746)	20,2 (518)
Spagna	27,4	17	32	21 (11 210)	32,3 (8 653)
Francia	32,12	17,54	39	47,8 (17 621)	71,1 (7 193)
Italia	21,7	8	13	18,8 (7 957)	25,2 (5 781)
Cipro	11,6	7,9	7	48,8 (485)	78,1 (346)
Lettonia	12,5	7,3	24	11,8 (232)	19,8 (73)
Lituania	11,9	9,9	20	–	3,6 (9)
Lussemburgo	–	–	–	12,9 (29)	–
Ungheria	8,5	5,7	19	69,4 (3 321)	77,3 (2 492)
Malta	3,5	1,9	10	6,7 (122)	20,8 (38)
Paesi Bassi	25,7	13,7	26	48,3 (6 334)	58 (4 446)
Austria	14,2	6,6	–	22,5 (848)	41,8 (574)
Polonia	17,3	17,1	23	23,5 (313)	44,4 (160)
Portogallo	11,7	6,7	14	13,9 (525)	25,4 (457)
Romania	1,6	0,6	7	8,6 (160)	11,3 (130)
Slovenia	–	6,9	23	8,4 (44)	18,8 (39)
Slovacchia	10,5	7,3	27	19,2 (394)	27,3 (260)
Finlandia	18,3	11,2	11	13,4 (193)	32,9 (82)
Svezia	21,4	6,1	6	24,9 (1 550)	45,1 (699)
Regno Unito	31	12,3	21	20,3 (23 378)	32,4 (14 559)
Croazia	15,6	10,5	18	12,5 (957)	52,7 (607)
Turchia	0,7	0,4	–	17,1 (363)	22,1 (240)
Norvegia	14,6	7	5	20,3 (1 561)	–

TABELLA 6

## ALTRI INDICATORI

	Decessi indotti dagli stupefacenti (15–64 anni di età)	Diagnosi di HIV tra i consumatori 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	19,6 (142)	1 (11)	2,5–4,8	938 674
Bulgaria	4,8 (24)	8,4 (63)	–	643 377
Repubblica ceca	3,8 (28)	0,9 (9)	5,1–5,5	5 398 317
Danimarca	49,8 (181)	1,8 (10)	2,8–4,7	–
Germania	17,9 (966)	1,1 (90)	–	–
Estonia	135,7 (123)	51,5 (69)	–	2 130 306
Irlanda	51,8 (159)	3,6 (16)	–	1 097 000
Grecia	–	21,7 (245)	0,9–1,3	119 397
Spagna	12,5 (392)	4,5 (148)	0,2–0,2	2 672 228
Francia	7,9 (331)	1,3 (87)	–	–
Italia	9,1 (362)	2,7 (161)	–	–
Cipro	16,3 (9,66)	0 (0)	0,3–0,5	42
Lettonia	7,9 (11)	40,4 (90)	–	310 774
Lituania	20,9 (43)	26,5 (86)	–	181 408
Lussemburgo	17,1 (6)	0 (0)	4,5–6,9	246 858
Ungheria	2 (14)	0 (0)	0,8	648 269
Malta	17,3 (5)	0 (0)	–	289 940
Paesi Bassi	9,1 (101)	0,2 (4)	0,2–0,2	–
Austria	35,3 (201)	4,3 (36)	–	4 329 424
Polonia	8,4 (232)	1,2 (47)	–	175 902
Portogallo	2,7 (19)	5,8 (62)	–	1 650 951
Romania	1 (15)	5 (108)	–	901 410
Slovenia	16,9 (24)	0 (0)	–	632 462
Slovacchia	3,9 (15)	0,2 (1)	3,5–8,9	15 064
Finlandia	53,3 (189)	1,5 (8)	–	3 539 009
Svezia	35,5 (217)	1,3 (12)	–	244 493
Regno Unito	52,3 (2 153)	2,1 (131)	3,1–3,5	–
Croazia	19,8 (59)	0,7 (3)	0,4–0,6	340 357
Turchia	1,9 (93)	0,1 (5)	–	0
Norvegia	73,1 (238)	2 (10)	2,5–3,6	2 639 000

TABELLA 7

## SEQUESTRI

	Eroina		Cocaina		Amfetamine		Ecstasy	
	Quantità sequestrata	Numero di sequestri	Quantità sequestrata	Numero di sequestri	Quantità sequestrata	Numero di sequestri	Quantità sequestrata	Numero di sequestri
Paese	kg	valore numerico	kg	valore numerico	kg	valore numerico	compresse	valore numerico
Belgio	140	2 176	7 999	3 263	112	2 699	64 384	838
Bulgaria	385	41	4	22	233	38	7 879	11
Repubblica ceca	5	34	16	44	1,20	3	13 000	15
Danimarca	37	484	43	1 756	255	1 733	16 000	197
Germania	498	4 361	1 941	3 335	1 368	9 131	484 992	1 322
Estonia	0,048	5	1	34	42	215	11 496	44
Irlanda	32	752	179	476	23	104	97 882	272
Grecia	307	2 477	463	466	1,84	17	70	8
Spagna	412	7 587	16 609	42 659	278	3 178	183 028	2 123
Francia	883	4 834	10 834	4 538	601	387	1 510 500	781
Italia	811	3 588	6 342	6 859	19	124	14 108	114
Cipro	0,6	49	3	79	0,011	5	653	13
Lettonia	0	329	81	25	0,1	29	3 592	13
Lituania	11	234	10	23	13	46	303	5
Lussemburgo	24	244	24	94	3	15	91	6
Ungheria	3	22	13	108	24	483	270	22
Malta	4	39	5	86	0,50	1	2 171	30
Paesi Bassi	400	–	10 000	–	1 074	–	1 059 534	–
Austria	65	640	139	970	13	383	45 780	90
Polonia	51	–	78	–	395	–	75 082	–
Portogallo	73	1 169	3 678	1 385	0,2	26	7 791	95
Romania	13	314	161	73	0,4	28	7 594	96
Slovenia	4	503	2	272	1	204	34	14
Slovacchia	0	33	35,3	30	13,22	10	27	5
Finlandia	1,0	3	4	81	71	3 157	17 800	300
Svezia	21	314	89	618	168	3 542	17 060	189
Regno Unito	1 850	9 174	3 468	17 751	1 048	6 801	686 000	3 346
Croazia	33	185	4	142	15	372	2 898	75
Turchia	7 294	3 306	592	1 457	14	6	1 364 253	2 587
Norvegia	15	1 364	46	840	75	2 894	5 327	198

TABELLA 7

## SEQUESTRI (continuazione)

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	5 020	5 156	5 095	21 784	337 955 (-)	1 070
Bulgaria	16,8	11	1 035	168	7 456 (4 658)	24
Repubblica ceca	2	24	441	508	62 817 (-)	240
Danimarca	2 267	8 403	168	891	- (1 452)	710
Germania	1 748	7 285	3 957	27 144	- 133 650	1 804
Estonia	46	22	53	409	- (29,3)	25
Irlanda	1 814	722	1 865	1 833	6 606 (-)	582
Grecia	122	172	13 393	5 774	33 242 (-)	460
Spagna	355 904	199 770	17 535	140 952	- (26 108)	1 436
Francia	55 641	85 096	5 450	12 155	73 572 (-)	2 146
Italia	20 258	6 244	10 908	4 007	1 008 215 (-)	1 208
Cipro	1	33	76	758	86 (-)	27
Lettonia	283	55	34	399	- (497)	7
Lituania	168	31	43	311	- (-)	0
Lussemburgo	2	171	11	833	81 (-)	5
Ungheria	18	63	209	2 073	14 121 (-)	192
Malta	89	48	1,5	32	44 (-)	7
Paesi Bassi	1 000	-	5 000	-	2 000 000 (-)	-
Austria	75	1 197	621	5 272	- (219)	261
Polonia	-	-	1 265	-	52 914 (-)	-
Portogallo	14 633	3 093	108	460	5 523 (-)	304
Romania	18	328	252	1 365	897 (-)	9
Slovenia	4,2	89	613	3 306	12 836 (-)	178
Slovacchia	0,0	22	137	1 512	10 045 (18)	45
Finlandia	860	1 829	97	4 281	16 400 (42)	3 187
Svezia	950	7 465	264	5 272	- (-)	92
Regno Unito	19 665	15 094	22 402	149 411	626 680 (-)	16 672
Croazia	2	373	421	3 684	4 136 (-)	195
Turchia	21 141	8 192	55 251	43 217	- (-)	7 318
Norvegia	2 548	11 232	219	3 631	1 099 (214)	381

Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze  
**Relazione europea sulla droga 2013: tendenze e sviluppi**  
Lussemburgo: Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea  
2011 — 74 pagg. — 21 × 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-617-9  
doi:10.2810/89112



## COME OTTENERE LE PUBBLICAZIONI DELL'UNIONE EUROPEA

### **Pubblicazioni gratuite**

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

presso le rappresentanze o le delegazioni dell'Unione europea. Per ottenere indicazioni e prendere contatto collegarsi a <http://ec.europa.eu> o inviare un fax al numero +352 2929-42758.

### **Pubblicazioni a pagamento**

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

### **Abbonamenti a pagamento**

(ad esempio serie annuali della Gazzetta ufficiale dell'Unione europea, raccolte della giurisprudenza della Corte di giustizia):

tramite gli uffici vendita dell'Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea ([http://publications.europa.eu/others/agents/index\\_it.htm](http://publications.europa.eu/others/agents/index_it.htm)).

## La presente relazione

La relazione *Tendenze e sviluppi* espone una panoramica di alto livello sul fenomeno della droga in Europa, sviluppando temi quali offerta e uso di droga, problemi di salute pubblica nonché politiche in materia di droga e iniziative in risposta ai relativi problemi. Insieme a documenti quali il *Bollettino statistico*, le *Panoramiche per paese* e le *Prospettive sulle droghe* la relazione è parte costitutiva del pacchetto noto come Relazione europea sulla droga 2013.

## L'EMCDDA

L'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (EMCDDA) è il centro di riferimento per i dati e le informazioni sulla droga in Europa. La missione dell'Osservatorio è fornire all'Unione europea e agli Stati membri "informazioni basate sui fatti, obiettive, affidabili e comparabili" sulle droghe, le tossicodipendenze e le relative conseguenze. Istituito nel 1993 e inaugurato a Lisbona nel 1995, l'EMCDDA è una delle agenzie decentrate dell'UE. Grazie al proprio competente team multidisciplinare, fornisce ai responsabili politici i dati probanti necessari all'elaborazione di progetti di legge e strategie e agevola a professionisti e ricercatori il compito di individuare le migliori prassi e nuovi ambiti di studio.

