



Osservatorio europeo delle
droghe e delle tossicodipendenze

IT

ISSN 2314-9116

Relazione europea sulla droga

Tendenze e sviluppi

2014



Osservatorio europeo delle
droghe e delle tossicodipendenze

Relazione europea sulla droga

Tendenze e sviluppi

2014

| 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, croato, 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, 2014

ISBN: 978-92-9168-701-5

doi:10.2810/34118

© Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, 2014

La riproduzione è autorizzata con citazione della fonte.

Printed in Spain

STAMPATO SU CARTA SBIANCATA SENZA CLORO ELEMENTARE (ECF)



Osservatorio europeo delle
droghe e delle tossicodipendenze

Praça Europa 1, Cais do Sodré, 1249-289 Lisboa, Portogallo

Tel. +351 211210200

info@emcdda.europa.eu | www.emcdda.europa.eu

| Indice

5	Prefazione
9	Introduzione e ringraziamenti
11	SINTESI Mappa dell'impatto delle droghe sulla salute pubblica in un mercato europeo in evoluzione
17	CAPITOLO 1 Offerta di droga
33	CAPITOLO 2 Consumo di droga e problemi correlati
53	CAPITOLO 3 Risposta sociale e sanitaria ai problemi della droga
67	CAPITOLO 4 Politiche in materia di droga
73	ALLEGATO Tabelle di dati nazionali

Prefazione

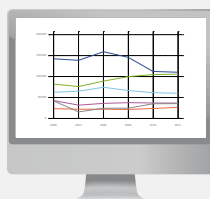
La Relazione europea sulla droga (EDR) 2014 dell'EMCDDA presenta una nuova analisi della situazione delle droghe, seguita da una panoramica degli sviluppi riguardanti gli interventi e le politiche. Basata su un esame completo di dati sia europei sia nazionali, il pacchetto EDR contiene una varietà di prodotti interconnessi, il più importante dei quali è costituito dalla relazione *Tendenze e sviluppi*. Adottando un approccio multidimensionale, vi si presenta un'analisi approfondita di temi chiave unitamente a una panoramica più globale delle principali questioni e tendenze a lungo termine. Si tratta di una prospettiva valida che permette di comprendere le diverse esperienze nazionali nel contesto più ampio offerto dai dati di livello europeo. A prescindere dai vari interessi nei confronti della situazione europea delle droghe, l'EMCDDA è sicuro che il nuovo pacchetto EDR renderà facilmente accessibili informazioni e analisi di alta qualità in modo adeguato alle esigenze specifiche degli utenti.

IL PACCHETTO DELLA RELAZIONE EUROPEA SULLA DROGA 2014

Una serie di elementi interconnessi che consentono un accesso completo ai dati e alle analisi disponibili sul problema delle droghe in Europa



Tendenze e sviluppi
analisi approfondita degli sviluppi chiave (versione a stampa e online)



Dati e statistiche
serie complete di dati, grafici e informazioni metodologiche (online)



Panoramiche per paese
dati e analisi nazionali a portata di mano (online)



Prospettive sulle droghe
finestre interattive su questioni chiave (online)

I progressi compiuti nell'elaborazione di una risposta politica equilibrata al problema delle droghe in Europa rappresentano un messaggio importante, desunto dall'analisi di quest'anno. Attualmente, in alcuni settori principali della sanità pubblica, le tendenze generali sono positive e, in termini globali e relativi, il modello europeo sembra essere valido. Il fenomeno della droga è dinamico, in continua evoluzione, e non lascia spazio al compiacimento, dato l'emergere di nuove minacce che si aggiungono a problemi residui e di lunga data. Le droghe che conosciamo oggi sono per molti aspetti diverse da quelle che conoscevamo in passato. Una differenza osservabile negli stupefacenti noti, tra cui emerge la cannabis, dove nuove tecniche di produzione influiscono sia sulla potenza delle resine che su quella dei prodotti in foglie, nonché nella produzione di droghe sintetiche, con un gran numero di nuove sostanze emergenti. Deve preoccupare seriamente il fatto che, recentemente, abbiamo assistito alla comparsa di nuovi oppiacei sintetici e sostanze allucinogene così farmacologicamente attivi che possono essere utilizzati anche in piccolissime quantità per produrre dosi multiple. La nostra comprensione delle

conseguenze future di questi sviluppi, sia per la sanità pubblica sia per il controllo delle droghe, è solo agli inizi; a quanto pare, tuttavia, queste sostanze hanno le potenzialità per trasformare la natura dei problemi che affrontiamo.

Il mercato europeo delle droghe sta registrando cambiamenti che, oltre a essere importanti, si succedono con un ritmo sempre più rapido in un mondo sempre più interconnesso. L'EMCDDA riconosce la natura globale e dinamica della questione di cui si occupa e le sfide che questa presenta. Inoltre, tali sviluppi sottopongono i nostri attuali sistemi di monitoraggio a una pressione sempre maggiore ed è fondamentale garantire che i nostri mezzi di sorveglianza rimangano adatti allo scopo. Quasi due decenni fa, l'Europa è stata la prima a istituire un sistema di allerta rapido per identificare potenziali nuove minacce in questo settore. Oggi il sistema ha dimostrato di essere valido, ma complessivamente i nostri mezzi di tipo medico-legale per l'identificazione e la segnalazione degli effetti delle sostanze note e di quelle nuove sulla sanità pubblica restano insufficienti. In questa sede possiamo solo rilevare l'importanza di garantire la disponibilità di risorse sufficienti per proseguire e rafforzare il lavoro in questo settore nonché sottolinearne il valore aggiunto per la comunità europea nel suo complesso.

Infine, siamo orgogliosi dell'analisi esaustiva presentata dal pacchetto EDR e del fatto che il nostro lavoro continui a costituire un solido fondamento scientifico in base al quale si possano avere politiche e risposte europee informate. Oggi più che mai siamo fermamente convinti che ciò sia importante e continueremo a sforzarci per presentare un'analisi tempestiva, oggettiva ed equilibrata dell'attuale problema delle droghe, che si presenta complesso e in continua evoluzione.

João Goulão

Presidente del consiglio di amministrazione dell'EMCDDA

Wolfgang Götz

Direttore dell'EMCDDA

Introduzione e ringraziamenti

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

I dati statistici riportati si riferiscono al 2012, 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 necessarie avvertenze e caratteristiche tecniche dei dati si possono reperire nella versione online in lingua inglese della presente relazione e nel documento online European Drug Report: Data and statistics (Relazione europea sulla droga: dati e statistiche), 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:

- | i 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), il Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE) (Gruppo ristretto Europa per l'analisi delle acque di scarico) 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 Turchia (paese candidato), in Norvegia e presso la Commissione europea. I punti focali, di cui sono responsabili i rispettivi governi, sono le autorità nazionali che forniscono all'EMCDDA informazioni relative alle droghe. I recapiti per contattare i punti focali nazionali sono disponibili sul sito web dell'EMCDDA.

Sintesi

**La presente relazione offre
una panoramica approfondita
delle tendenze e degli sviluppi
a lungo termine in Europa,
concentrandosi anche
sui problemi emergenti
correlati al consumo di droga**

Mappa dell'impatto delle droghe sulla salute pubblica in un mercato europeo in evoluzione

Le principali conclusioni della nuova analisi dell'EMCDDA sul problema europeo della droga restano coerenti con la nostra relazione del 2013: nel complesso, la situazione è generalmente stabile, con segnali positivi in alcuni settori; tuttavia, continuano ad emergere nuove sfide. La vecchia dicotomia tra un numero relativamente limitato di consumatori di droga, spesso per via parenterale, altamente problematici e un numero più vasto di consumatori ricreativi e sperimentali si sta dissolvendo per fare spazio a una situazione più variegata e complessa. Nell'ambito del problema attuale della tossicodipendenza in Europa, l'eroina svolge un ruolo minore rispetto al passato, mentre acquistano maggiore importanza stimolanti, droghe sintetiche, cannabis e prodotti medicinali.

Considerando il quadro generale, sono stati compiuti dei progressi rispetto a una serie di importanti obiettivi di politica sanitaria pubblica del passato. La prospettiva europea, tuttavia, può nascondere importanti differenze a livello nazionale, come dimostrano i dati sui decessi per overdose e le infezioni da HIV correlate all'assunzione di droghe, vale a dire due delle conseguenze più gravi del consumo di stupefacenti. In questo ambito, una generale tendenza positiva a livello dell'UE appare in netto contrasto con sviluppi preoccupanti in alcuni paesi. Prendendo atto di questa complessità, la presente relazione offre una panoramica approfondita delle tendenze e degli sviluppi a lungo termine in Europa, concentrandosi anche sui problemi emergenti correlati al consumo di droga.

Eroina in calo, ma destano preoccupazione le sostanze sostitutive

Benché le stime sulla produzione globale di eroina restino elevate e i sequestri in Turchia siano in parziale ripresa, nel complesso gli indicatori sull'eroina sono generalmente stabili o tendenti al calo. I dati disponibili evidenziano una costante diminuzione delle richieste di trattamento per consumo di eroina, unitamente a una generale tendenza discendente, nel lungo periodo, dei decessi per overdose e delle infezioni da HIV correlate al consumo di droga, entrambi storicamente collegati all'assunzione di eroina per via parenterale. Tuttavia, alcuni dati nazionali mettono in discussione questi sviluppi positivi. Recenti epidemie di HIV tra consumatori di stupefacenti in Grecia e Romania, insieme ai problemi presenti in alcuni paesi baltici, hanno bloccato i progressi dell'Europa nella riduzione del numero

d'infezioni correlate al consumo di droga. In parte, questa evoluzione sembra associata alla sostituzione dell'eroina con altre sostanze, tra cui oppiacei sintetici e stimolanti. Inoltre, un altro importante fattore concomitante può essere l'assenza di sufficienti interventi di riduzione della domanda, in particolare la disponibilità di trattamenti, e di misure di riduzione del danno. È preoccupante che una recente valutazione dei rischi di EMCDDA–ECDC abbia individuato anche una serie di altri paesi europei dove gli indicatori comportamentali o di risposta suggeriscono un rischio potenziale elevato di futuri danni e problemi sanitari.

Molteplici sostanze identificate nei decessi indotti da stupefacenti

L'overdose da stupefacenti resta un'importante causa di mortalità evitabile tra i giovani europei, anche se negli ultimi anni si sono registrati dei progressi nella riduzione del problema. In parte, questo fenomeno si può spiegare con l'aumento delle risposte e con il calo dei comportamenti a rischio. In contrasto con le tendenze generali, in un certo numero di paesi, prevalentemente nell'Europa settentrionale, i decessi per overdose restano relativamente elevati e sono in aumento.

Mentre le morti correlate all'eroina registrano generalmente un calo, i decessi correlati agli oppiacei sintetici sono in aumento, e in alcuni paesi ora superano quelli attribuiti al consumo di eroina. Ad esempio, i tassi eccezionalmente elevati di mortalità per overdose da stupefacenti indicati dall'Estonia sono associati all'uso di fentanil, una famiglia di oppiacei sintetici estremamente potenti. Nel 2013 l'EMCDDA ha continuato a ricevere

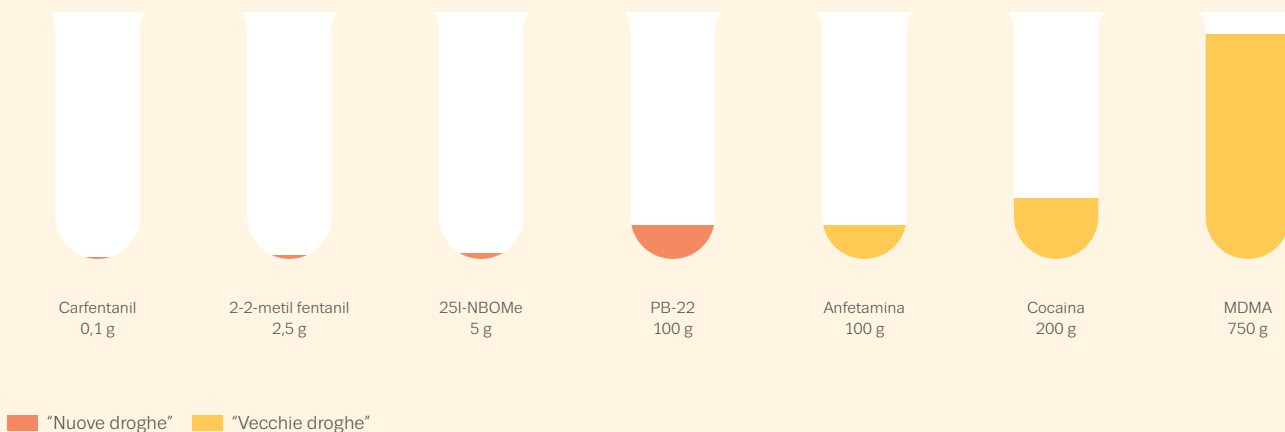
rapporti relativi alla comparsa di fentanil, controllato e non, sul mercato europeo degli stupefacenti. Tra le droghe segnalate al sistema di allerta rapido dell'UE nel 2013 figurava un tipo di fentanil mai notato in precedenza sul mercato delle droghe nell'UE. Queste sostanze sono difficili da identificare, poiché possono essere presenti in quantità molto ridotte nei campioni tossicologici.

Nuove sostanze psicoattive: nessun segnale di diminuzione

La maggior parte dei decessi per overdose si verifica tra individui che hanno consumato molteplici sostanze, e l'attribuzione della causa spesso è problematica. Con la continua comparsa di nuove sostanze psicoattive sul mercato delle droghe, si teme di non riuscire a individuare sostanze nuove o poco note che hanno contribuito ai decessi. L'elevata potenza di alcune sostanze sintetiche ne complica ulteriormente l'individuazione, in quanto sono presenti nel sangue solo in concentrazioni molto basse. La comparsa di sostanze sintetiche altamente potenti presenta anche delle implicazioni per l'attività di contrasto, poiché anche piccole quantità di queste droghe possono essere convertite in dosi multiple (Figura).

Nel 2013 sono state segnalate al sistema di allerta rapido dell'UE 81 nuove sostanze psicoattive, portando a oltre 350 il numero di sostanze monitorate. Per le sostanze sospettate di provocare danni significativi a livello europeo vengono varate attività formali di valutazione dei rischi. Nel 2013 sono state effettuate valutazioni su due sostanze, seguite da altre quattro entro aprile 2014, e se ne prevedono altre. Ciò significa che in un momento in cui si discute di una

QUANTA DROGA PURA OCCORRE PER FABBRICARE 10 000 DOSI?



nuova legislazione UE in questo campo, il sistema di allerta rapido è soggetto a pressioni crescenti dovute al volume e alla varietà delle sostanze presenti sul mercato.

Un elemento fondamentale del lavoro del sistema di allerta rapido sono i rapporti su episodi avversi, soprattutto decessi e intossicazioni acute. Tuttavia, validi sistemi di monitoraggio per le emergenze sanitarie correlate alle droghe sono presenti solo in alcuni paesi. Non esiste un meccanismo standardizzato di segnalazione su tale materia a livello di UE e l'assenza di un monitoraggio sistematico in questo campo rappresenta una zona d'ombra nell'attività europea di sorveglianza sulle minacce sanitarie emergenti. Un esempio in questo senso sono le difficoltà nel determinare le implicazioni a livello europeo dei rapporti forniti da alcuni paesi in merito a reazioni gravi al consumo di cannabinoidi sintetici.

Cannabis: controversie, contrasti e contraddizioni

I dati attitudinali raccolti nell'Unione europea suggeriscono che la cannabis è la droga che divide maggiormente l'opinione pubblica, contribuendo a un animato dibattito, recentemente alimentato da sviluppi internazionali in merito alle modalità di controllo della disponibilità e del consumo di cannabis, segnatamente modifiche normative in parti degli Stati Uniti e dell'America latina.

In Europa, diversamente dal resto del mondo, il consumo complessivo di cannabis appare stabile o addirittura in calo, specialmente tra i gruppi più giovani. Tuttavia, il quadro non è uniforme: in una serie di paesi generalmente a bassa prevalenza si sono osservati recenti aumenti del consumo.

In contrasto con un dibattito politico caratterizzato dalla discussione di opzioni normative, gli sviluppi pratici si concentrano prevalentemente su misure intese a rispondere ai problemi sociali e ai danni associati alla produzione e al consumo di cannabis. Si profila una migliore comprensione delle implicazioni per la salute dei diversi modelli di consumo della cannabis. La disponibilità e la richiesta di trattamenti per problemi correlati al consumo di cannabis sono aumentate, benché il numero di consumatori di cannabis che si sottopongono a un trattamento specialistico della tossicodipendenza si sia stabilizzato. Attualmente, la cannabis è la droga dichiarata più frequentemente da coloro che si sottopongono a un trattamento per la prima volta nella loro vita. È in aumento anche la consapevolezza in merito alle possibili risposte efficaci in questo campo, visto che i paesi investono in un'ampia gamma di servizi, da sessioni di sostegno intensive con il coinvolgimento dei famigliari a brevi interventi forniti su Internet.

In breve — stime del consumo di droghe nell'Unione europea

Cannabis

73,6 milioni (21,7 %) di adulti (15-64 anni) hanno consumato cannabis nella loro vita

18,1 milioni (5,3 %) di adulti (15-64 anni) hanno consumato cannabis nell'ultimo anno

14,6 milioni (11,2 %) di giovani adulti (15-34 anni) hanno consumato cannabis nell'ultimo anno

0,4 % e 18,5 %: stime nazionali minime e massime del consumo di cannabis tra i giovani adulti nell'ultimo anno

Cocaina

14,1 milioni (4,2 %) di adulti (15-64 anni) hanno consumato cocaina nella loro vita

3,1 milioni (0,9 %) di adulti (15-64 anni) hanno consumato cocaina nell'ultimo anno

2,2 milioni (1,7 %) di giovani adulti (15-34 anni) hanno consumato cocaina nell'ultimo anno

0,2 % e 3,6 %: stime nazionali minime e massime del consumo di cocaina tra i giovani adulti nell'ultimo anno

Amfetamine

11,4 milioni (3,4 %) di adulti (15-64 anni) hanno consumato amfetamine nella loro vita

1,5 milioni (0,4 %) di adulti (15-64 anni) hanno consumato amfetamine nell'ultimo anno

1,2 milioni (0,9 %) di giovani adulti (15-34 anni) hanno consumato amfetamine nell'ultimo anno

0,0 % e 2,5 %: stime nazionali minime e massime del consumo di amfetamine tra i giovani adulti nell'ultimo anno

Ecstasy

10,6 milioni (3,1 %) di adulti (15-64 anni) hanno consumato ecstasy nella loro vita

1,6 milioni (0,5 %) di adulti (15-64 anni) hanno consumato ecstasy nell'ultimo anno

1,3 milioni (1,0 %) di giovani adulti (15-34 anni) hanno consumato ecstasy nell'ultimo anno

0,1 % e 3,1 %: stime nazionali minime e massime del consumo di ecstasy tra i giovani adulti nell'ultimo anno

Oppiacei

1,3 milioni di consumatori problematici di oppiacei (15-64 anni)

Il 3,5 % di tutti i decessi dei cittadini europei di età compresa tra 15 e 39 anni è dovuto a overdose da stupefacenti in circa tre quarti dei casi di overdose mortali si riscontra la presenza di oppiacei

Principale sostanza stupefacente nel 45 % circa delle richieste di trattamento della tossicodipendenza nell'Unione europea

700 000 consumatori di oppiacei si sono sottoposti alla terapia sostitutiva nel 2012

NB: Per la serie completa di dati e informazioni sulla metodologia cfr. il documento online European Drug Report: Data and statistics (Relazione europea sulla droga: dati e statistiche).

All'incirca dal 2000 molti paesi hanno ridotto la severità delle pene applicate per i reati relativi a detenzione e consumo. Più in generale, in Europa il dibattito sul controllo della cannabis tende a concentrarsi sull'offerta e sul traffico di droga, piuttosto che sul consumo. In contraddizione con questa tendenza, tuttavia, il numero complessivo di reati per detenzione e consumo relativi alla cannabis è in costante crescita da quasi un decennio.

Produzione e offerta di droga: l'attività principale della criminalità organizzata

Le dimensioni del mercato della cannabis, insieme all'aumento della produzione interna, hanno determinato un crescente riconoscimento dell'importanza della droga come generatore di denaro contante per i gruppi della criminalità organizzata. Ora l'attenzione si focalizza maggiormente anche sui relativi costi sociali, che comprendono la violenza e altre forme di reato, nonché sullo sforzo richiesto ai servizi preposti all'applicazione della legge per vigilare sui luoghi di produzione della droga.

A livello internazionale e nell'Unione europea, la produzione di cannabis è stata associata, tra gli altri, ai gruppi della criminalità organizzata dell'Asia sudorientale. In base ad alcuni segnali preoccupanti questi gruppi stanno diversificando l'attività nella produzione e nella vendita di metamfetamina in alcune zone dell'Europa centrale. Questa tendenza rispecchia un'evoluzione più generale rilevata nella recente analisi EMCDDA–Europol sul mercato delle droghe: i gruppi criminali stanno adottando un approccio maggiormente orientato su più prodotti, opportunistico e interconnesso. Questo è evidente nel caso dei gruppi criminali tradizionalmente operanti nel commercio dell'eroina, che ora, stando alle segnalazioni, compaiono nel traffico di cocaina e metamfetamina nell'Unione europea utilizzando le rotte consolidate per l'eroina.

La relazione 2014 solleva nuove preoccupazioni sulle prove di una crescente disponibilità di metamfetamina in Europa. Questa droga è prodotta internamente, nell'Europa centrale e settentrionale, ma anche in Medio Oriente e talvolta viene importata nell'Unione europea per essere riesportata verso i paesi dell'Asia sudorientale. Tuttavia, la quota della produzione che rimane disponibile all'interno dell'Europa è in crescita. I nuovi rapporti sulla diffusione della pratica di fumare metamfetamina in Grecia e Turchia sono particolarmente preoccupanti, in considerazione dei potenziali rischi per la salute associati al consumo della droga con questo metodo.

La natura sempre più dinamica, globale e innovativa del moderno mercato delle droghe è confermata anche dalla ricomparsa di polveri e pillole di ecstasy di alta qualità nell'Unione europea e altrove. A quanto pare, questo dipende dal fatto che produttori illegali importano sostanze chimiche non controllate o "mascherate" per la fabbricazione della droga. Recentemente, l'Europol ha segnalato lo smantellamento in Belgio dei due maggiori siti di produzione di droga mai esistiti nell'Unione europea, in grado di fabbricare rapidamente grandi volumi di MDMA (3,4-metilenediossimetamfetamina). I sequestri e le segnalazioni di eventi sanitari avversi hanno indotto l'Europol e l'EMCDDA a pubblicare un avvertimento congiunto sulla disponibilità di prodotti estremamente potenti contenenti MDMA.

La natura sempre più dinamica, globale e innovativa del moderno mercato delle droghe è confermata anche dalla ricomparsa di polveri e pillole di ecstasy di alta qualità

Stimolanti: un mercato mutevole

Resta da vedere se gli aumenti osservati nel contenuto di MDMA delle compresse di ecstasy produrranno un rinnovato interesse dei consumatori per questa droga. Nel complesso, il mercato europeo degli stimolanti illeciti appare relativamente stabile; la cocaina continua ad essere lo stimolante di elezione nei paesi meridionali e occidentali, mentre l'amfetamina è più diffusa nei paesi settentrionali e orientali. In generale, gli indicatori relativi al consumo di cocaina e amfetamina sono in calo.

La rilevanza delle differenze geografiche nel mercato europeo degli stimolanti è sostenuta da nuovi studi sulle acque di scarico, sempre più in grado di fornire dati sui modelli di consumo di stupefacenti nelle città e in contesti specifici.

La disponibilità è un fattore fondamentale nel consumo di stimolanti. La scarsità di una droga può indurre i consumatori a provare un'altra sostanza; considerazioni altrettanto importanti sono il prezzo e la qualità percepita, come si è osservato in contesti ricreativi e tra i tossicodipendenti per via parenterale, in uno scenario caratterizzato da un numero crescente di prodotti disponibili sul mercato degli stimolanti, che comprende catinoni sintetici, metamfetamina, amfetamina, ecstasy e cocaina.

I costi a lungo termine del trattamento dei problemi di tossicodipendenza

L'Europa si confronta con la duplice sfida di mettere a punto risposte efficaci ai problemi emergenti e di continuare a rispondere alle necessità dei tossicodipendenti con trattamenti di lungo periodo.

La presente relazione mette in luce dei cambiamenti e la comparsa di nuovi modelli epidemiologici e di risposta. Ciononostante, i costi relativi al trattamento della tossicodipendenza continuano a derivare per lo più da problemi radicati nelle "epidemie" di eroina degli anni '80 e '90. Benché le nuove iniziazioni al consumo di eroina siano in calo, la dipendenza da eroina, caratterizzata da un modello di malattia cronica con cicli di ricadute e trattamenti, resta un'area d'intervento primaria. L'Unione europea ha effettuato notevoli investimenti per offrire opportunità di trattamento a questo gruppo; attualmente si stima che i pazienti sottoposti a terapia sostitutiva per la dipendenza da oppiacei siano tre quarti di milione. Validi argomenti a favore di questo tipo di intervento sono i vantaggi per la salute pubblica e il contributo all'indebolimento del mercato illegale. In questo momento, l'Europa si trova ad occuparsi di una coorte di consumatori di eroina, attuali e precedenti, di età avanzata e in molti casi socialmente svantaggiati ed emarginati. In un simile contesto, cresce l'interesse politico per le azioni di recupero e reinserimento sociale. Inoltre, trattandosi di una popolazione in fase di invecchiamento, è probabile che risulti maggiormente esposta a una serie di problemi di salute.

1

**Ogni anno in Europa si segnala
all'incirca un milione di sequestri
di sostanze illecite**

Offerta di droga

L'Europa è una delle principali destinazioni per le sostanze controllate e svolge inoltre un ruolo più limitato 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, che è anche una regione produttrice di cannabis e droghe sintetiche. Mentre praticamente tutta la cannabis prodotta in Europa è diretta al consumo locale, alcune droghe sintetiche vengono fabbricate anche per essere esportate in altre regioni.

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

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 di 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. Nel documento online *European Drug Report: Data and statistics (Relazione europea sulla droga: dati e statistiche)* è possibile trovare dati esaustivi e ampie note metodologiche. È opportuno notare che le tendenze possono essere influenzate da una serie di fattori tra cui i livelli di applicazione della legge e l'efficacia delle misure di interdizione.

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)*.

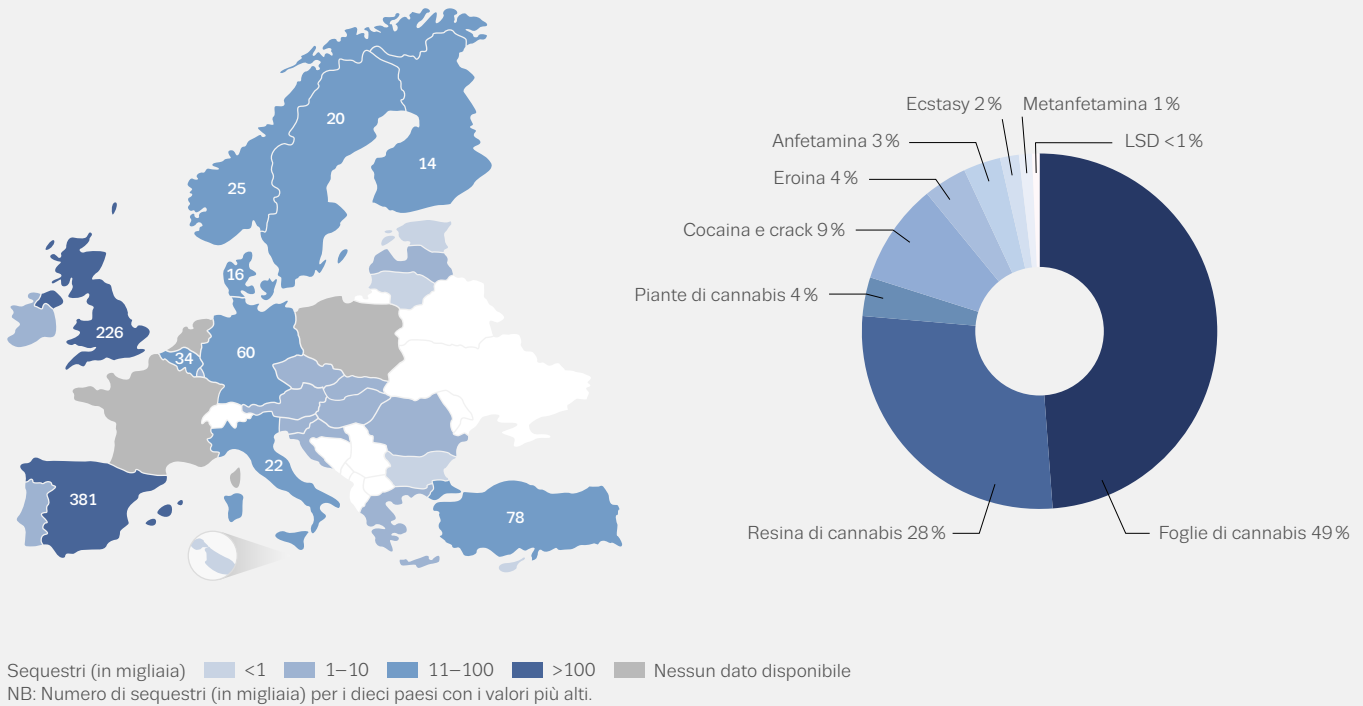
In Europa l'80 % dei sequestri riguarda la cannabis

Ogni anno in Europa si segnala all'incirca un milione di sequestri di sostanze illecite. Per la maggior parte si tratta di piccole quantità di droga confiscate ai consumatori, benché nel totale rientrino anche partite di diversi chilogrammi di droga sequestrate a trafficanti e produttori.

Nel 2012 due terzi dei sequestri nell'Unione europea sono stati segnalati da due soli paesi, la Spagna e il Regno

FIGURA 1.1

Numero di sequestri denunciati per paese (a sinistra) e percentuale di sequestri per le droghe principali (a destra) (2012)



Unito. Un numero di sequestri minore, ma comunque significativo, è stato denunciato da Germania, Belgio, Italia e quattro paesi nordici (Figura 1.1). Va notato che non sono disponibili dati recenti per tre paesi che in passato hanno denunciato un numero considerevole di sequestri. Un altro paese importante per i sequestri di droga è la Turchia, dove parte della droga intercettata è destinata al consumo di altri paesi, sia in Europa sia in Medio Oriente.

Oltre l'80% dei sequestri in Europa riguarda la cannabis (Figura 1.1), a dimostrazione della sua prevalenza relativamente alta in termini di consumo. 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, anche se negli ultimi anni è aumentato.

Oltre l'80% dei sequestri in Europa riguarda la cannabis, a dimostrazione della sua prevalenza relativamente alta in termini di consumo

Cannabis: crescente disponibilità di prodotti in foglie

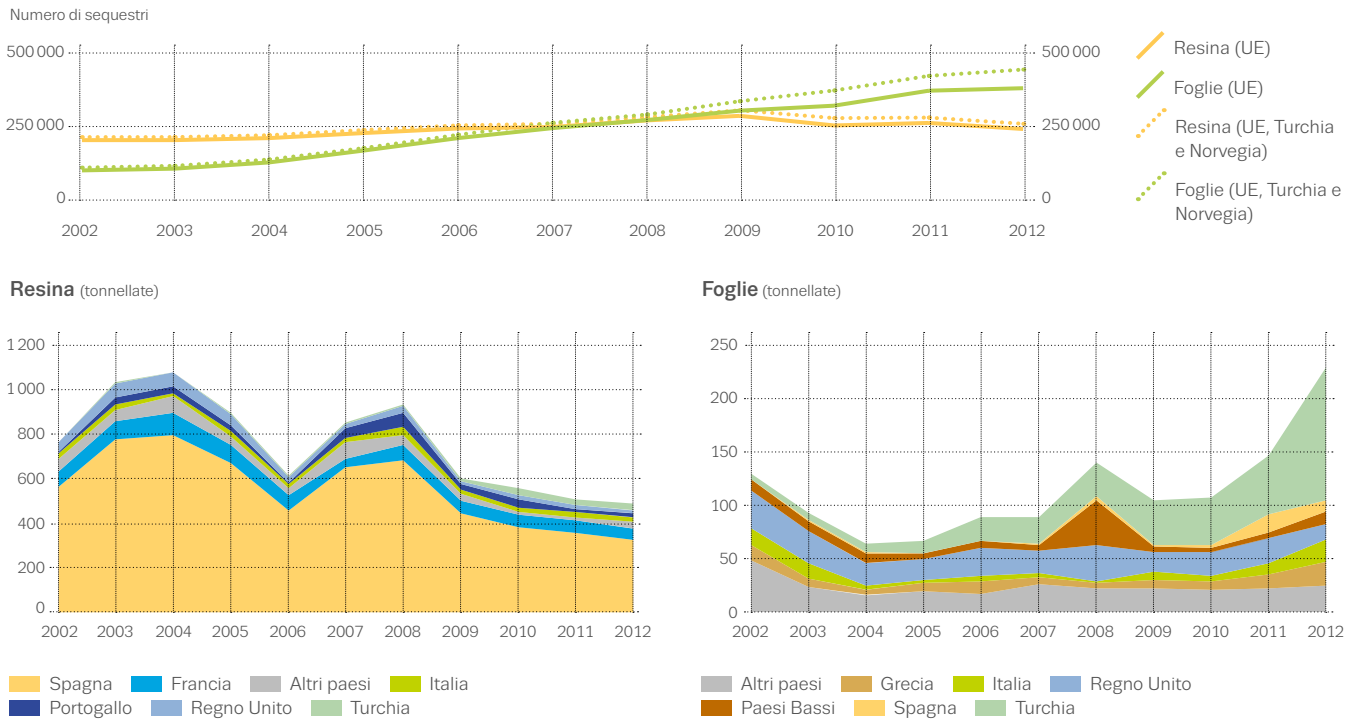
Nel mercato europeo della droga si trovano solitamente due diversi prodotti di cannabis: foglie di cannabis ("marijuana") e resina di cannabis ("hashish"). Secondo le stime, il consumo annuale di questi prodotti si aggira sulle 2 000 tonnellate.

Le foglie di cannabis reperibili in Europa sono coltivate internamente o importate da altri paesi. Gran parte della resina di cannabis viene importata via mare o per via aerea dal Marocco.

Negli ultimi dieci anni il numero dei sequestri di foglie di cannabis ha superato quello dei sequestri di resina ed equivale ora a quasi due terzi di tutti i sequestri di cannabis (Figura 1.2). Questo rispecchia la crescente disponibilità in molti paesi di foglie di cannabis di produzione interna. Anche se la quantità di resina di cannabis sequestrata nell'Unione europea negli ultimi anni è in calo, è comunque assai più alta della quantità di foglie di cannabis segnalata (457 tonnellate contro 105 tonnellate nel 2012). Questo dato si può spiegare con il fatto che è più probabile che la resina di cannabis venga trasportata in grandi quantità su distanze geografiche maggiori e attraverso i confini ed è pertanto maggiormente esposta a misure di interdizione.

FIGURA 1.2

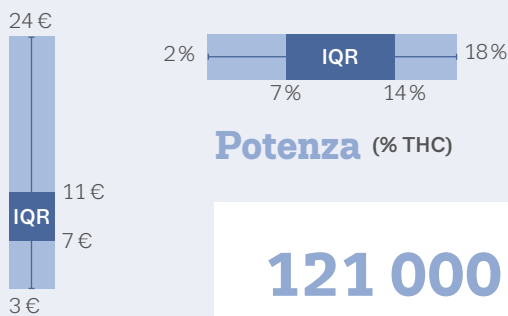
Numero di sequestri di cannabis e quantità sequestrata in tonnellate di resina e foglie (2002-2012)



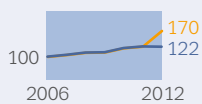
CANNABIS

Resina

457 tonnellate sequestrate **240 000** sequestri
486 tonnellate sequestrate (UE + 2) **258 000** sequestri (UE + 2)



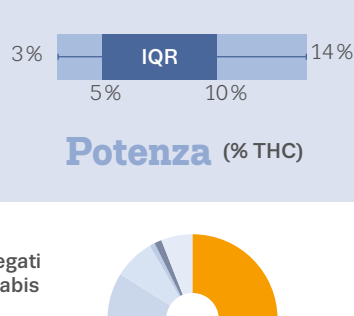
Prezzo (EUR/g)



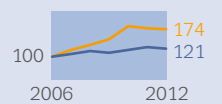
Indici di prezzo e potenza

Foglie

105 tonnellate sequestrate **395 000** sequestri
230 tonnellate sequestrate (UE + 2) **457 000** sequestri (UE + 2)



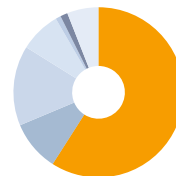
Prezzo (EUR/g)



Indici di prezzo e potenza

121 000 reati denunciati legati all'offerta di cannabis

59% di reati denunciati legati all'offerta

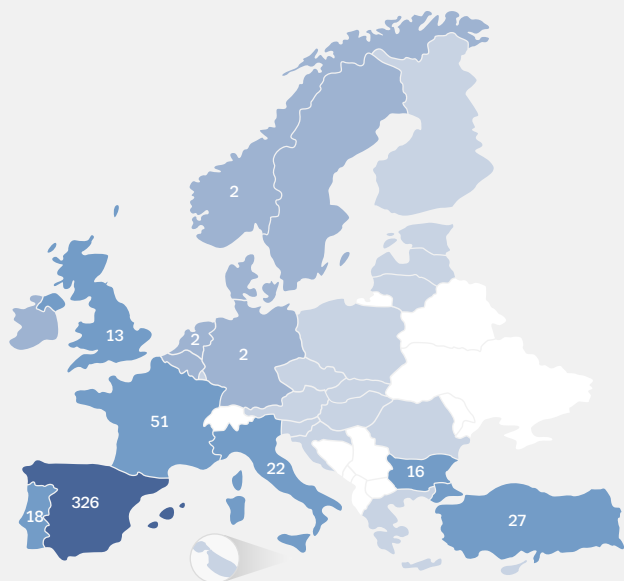


UE + 2 si riferisce a Stati membri dell'UE, Turchia e Norvegia. Prezzo e potenza dei prodotti a base di cannabis: valori medi nazionali – intervallo minimo, massimo e interquartile (IQR). I paesi compresi nella statistica variano per indicatore.

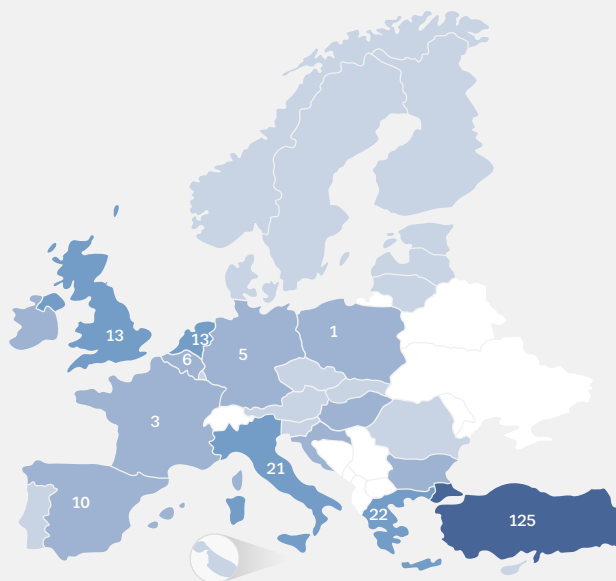
FIGURA 1.3

Quantità di resina di cannabis e foglie di cannabis sequestrate (2012)

Resina



Foglie



Tonnellate ■ <1 ■ 1-10 ■ 11-100 ■ >100

NB: quantitativi sequestrati (in tonnellate) per i dieci paesi con i valori più alti.

In termini di quantità sequestrate, un numero limitato di paesi è di importanza superiore alla media, in parte perché si trova sulle principali rotte del traffico di stupefacenti (Figure 1.2 e 1.3). La Spagna, per esempio, data la sua vicinanza al Marocco e grazie a un ampio mercato interno, ha segnalato circa due terzi della quantità totale di resina sequestrata in Europa nel 2012. Per le foglie di cannabis, sia la Grecia sia l'Italia hanno recentemente segnalato sensibili aumenti delle quantità sequestrate. Dal 2007 la Turchia ha sequestrato quantitativi di foglie di cannabis superiori a tutti gli Stati membri dell'UE, e la quantità segnalata nel 2012 è più che raddoppiata rispetto al 2011.

I sequestri di piante di cannabis possono essere considerati un indicatore della produzione interna, benché la qualità dei dati disponibili in questo settore ponga dei problemi a fini comparativi. Nel 2012 in Europa sono stati segnalati 33 000 sequestri di piante di cannabis. Tra il 2011 e il 2012 le segnalazioni di piante sequestrate sono aumentate da 5 milioni a 7 milioni, per lo più perché i sequestri segnalati dall'Italia sono quadruplicati. Nello stesso periodo le quantità sequestrate sono aumentate da 33 a 45 tonnellate.

Le tendenze indicizzate a livello europeo evidenziano aumenti del prezzo al dettaglio e della potenza (livello di tetraidrocannabinolo, THC) delle foglie e della resina di

cannabis tra il 2006 e il 2012. La potenza di entrambi i prodotti è aumentata dal 2006, benché nel caso della resina gran parte della variazione si osservi tra il 2011 e il 2012.

L'emergere di cannabinoidi sintetici, sostanze chimiche che imitano gli effetti della cannabis, ha aggiunto una nuova dimensione al mercato della cannabis. A quanto pare, i cannabinoidi sintetici in polvere sono prodotti per la maggior parte in Cina per poi essere spediti alla rinfusa, utilizzando reti di trasporto e distribuzione consolidate e legittime. Una volta giunte nell'Unione europea, le sostanze chimiche vengono solitamente miscelate con le foglie o spruzzate su di esse e imballate come "droghe legali" per la vendita su Internet o tramite altri rivenditori. Nei primi sei mesi del 2013 diciotto paesi hanno denunciato oltre 1 800 sequestri di cannabinoidi sintetici. I sequestri più consistenti sono stati segnalati da Spagna (20 kg) e Finlandia (7 kg).

Eroina: calo generale dei sequestri, che tuttavia aumentano in Turchia

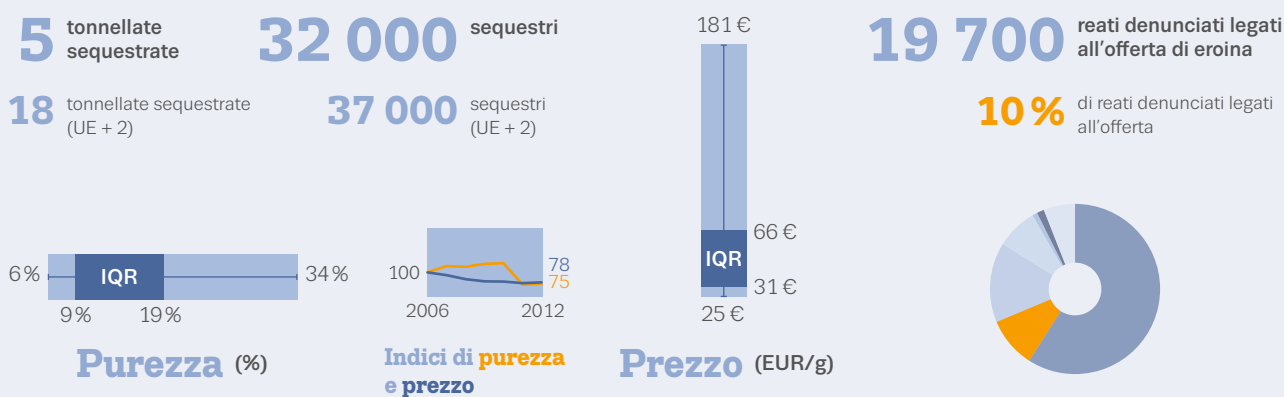
Tradizionalmente in Europa vi è stata disponibilità di due tipi di eroina importata. Il tipo più comune è l'eroina *brown* (forma chimica base), proveniente prevalentemente dall'Afghanistan. Molto meno comune è l'eroina bianca (sotto forma di sali), che generalmente proviene dall'Asia sudorientale, ma 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 la maggior parte dell'eroina che si trova in Europa sia fabbricata in quel paese o, in misura minore, nei vicini Iran o Pakistan. Esistono diverse rotte di traffico per il trasporto della droga in Europa. Una di queste corre attraverso la Turchia e nei paesi balcanici (Bulgaria, Romania o Albania) per poi giungere nell'Europa centrale, meridionale e occidentale. Un'altra rotta passa dalla Russia, attraverso le ex repubbliche sovietiche dell'Asia centrale. Le spedizioni di eroina dall'Iran e dal Pakistan possono entrare in Europa anche via mare o per via aerea, direttamente o transitando attraverso i paesi dell'Africa occidentale e orientale.

Tra il 2002 e il 2010 il numero di sequestri di eroina segnalati in Europa si è mantenuto relativamente stabile (circa 50 000 l'anno). Tuttavia, dal 2010 il numero di sequestri di eroina è notevolmente diminuito, con 32 000 sequestri stimati nel 2012. La quantità di eroina sequestrata nel 2012 (5 tonnellate) è stata la più bassa segnalata negli ultimi dieci anni, equivalente ad appena la metà della quantità sequestrata nel 2002 (10 tonnellate). Il calo dei sequestri nell'Unione europea è stato accompagnato dall'aumento dei sequestri in Turchia, dove ogni anno, a partire dal 2006, è stata sequestrata una quantità di eroina superiore a quella di tutti gli Stati membri dell'UE insieme (Figure 1.4 e 1.5).

Dal 2010 il numero di sequestri di eroina è notevolmente diminuito, con 32 000 sequestri stimati nel 2012

EROINA



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

FIGURA 1.4

Numero di sequestri di eroina e quantità sequestrata (2002–2012)

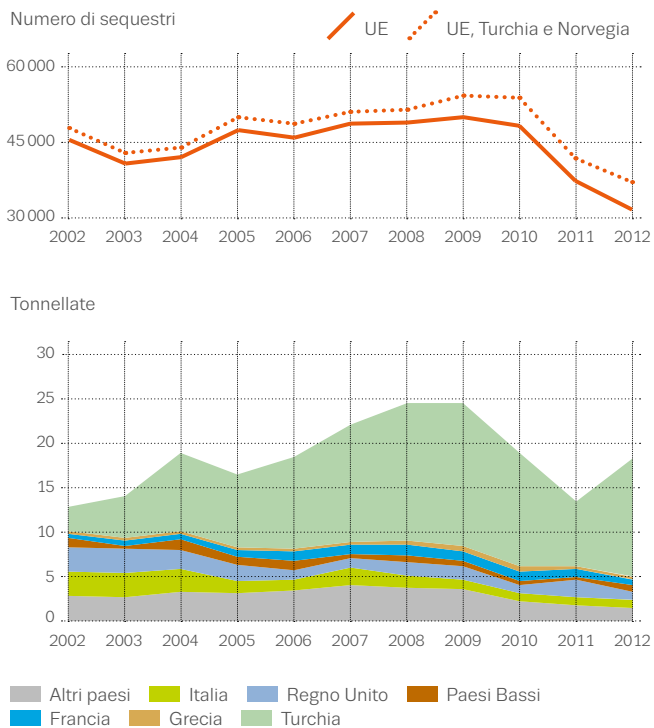
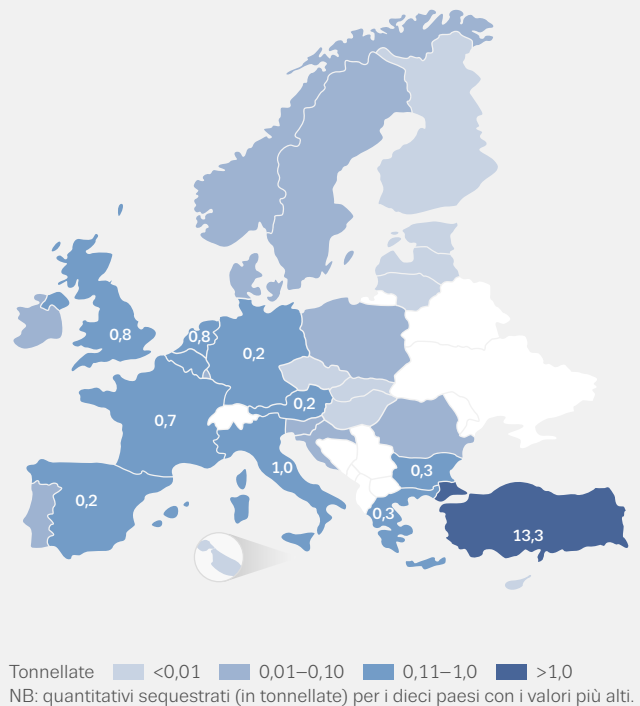


FIGURA 1.5

Quantità di eroina sequestrata (2012)



Il calo dei sequestri di eroina dal 2010-2011 si riflette nelle tendenze rilevate nei dati sulla purezza e nei reati correlati all'offerta di stupefacenti (cfr. capitolo 4). In questo periodo diversi paesi hanno registrato significative carenze di disponibilità, da cui pochi mercati sembrano essersi ripresi completamente. In Turchia comunque la quantità di eroina sequestrata è diminuita nel 2011, prima di tornare a livelli più elevati nel 2012.

Al sistema di allerta rapido dell'UE sono stati segnalati oppiacei sintetici che si possono utilizzare in alternativa all'eroina, tra cui il fentanil, molto potente, che si può ricavare da forniture farmaceutiche, compresi i cerotti analgesici non adeguatamente smaltiti, o fabbricare specificamente per il mercato illegale. Tra il 2012 e il 2013, sono stati segnalati 28 sequestri di un nuovo oppiaceo sintetico, l'AH-7921, simile alla morfina in termini farmacologici (cfr. pag. 28).

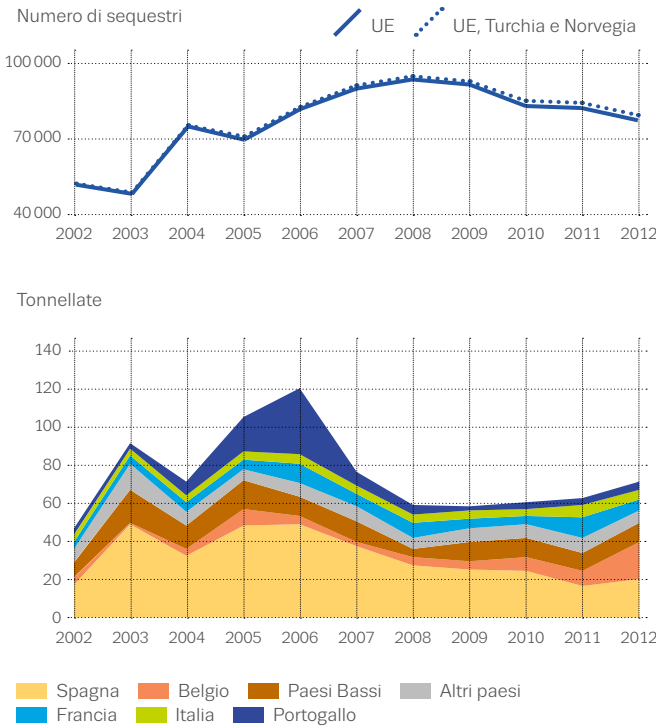
Cocaina: numero di sequestri in costante calo

In Europa esistono due tipi di cocaina, il più comune dei quali è la polvere di cocaina (un sale cloridrato, HCl). Meno facilmente reperibile è la cocaina crack, che viene assunta inalandone il fumo. La cocaina è prodotta dalle foglie di coca, quasi esclusivamente in Bolivia, Colombia e Perù, e viene trasportata in Europa sia per via aerea sia via mare. Il traffico di cocaina in Europa sembra svolgersi principalmente nei paesi occidentali e meridionali, così come le relative attività di contrasto: Spagna, Belgio, Paesi Bassi, Francia e Italia nel complesso hanno fornito l'85 % delle 71 tonnellate di cocaina sequestrate nel 2012 (Figura 1.6). Tra i recenti segnali della diversificazione delle rotte del traffico di cocaina in Europa figurano grandi sequestri singoli nei porti della Bulgaria, della Grecia, della Romania e dei paesi baltici.

Nel 2012 sono stati segnalati circa 77 000 sequestri di cocaina nell'Unione europea, per un ammontare di 71 tonnellate di droga intercettata. Il numero di sequestri di cocaina denunciati nel 2012 resta elevato rispetto al 2002, anche se è calato dopo aver raggiunto un picco stimato di

FIGURA 1.6

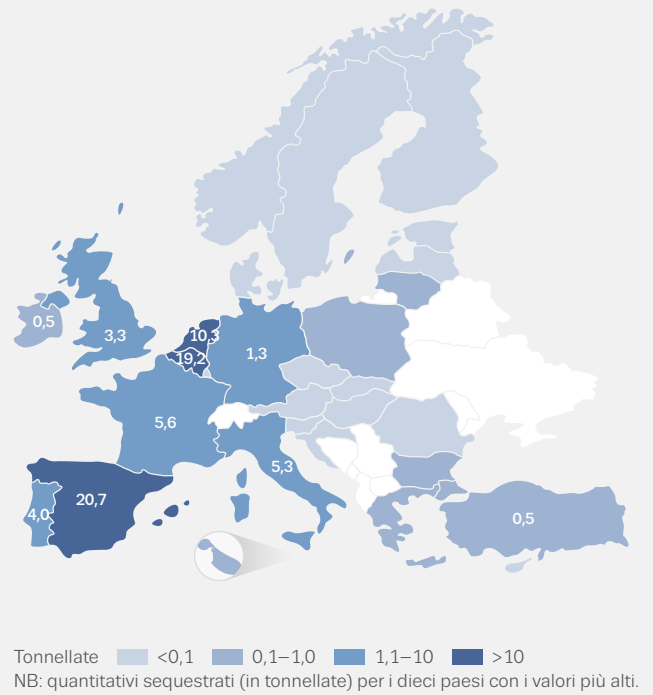
Numero di sequestri di cocaina e quantità sequestrata (2002–2012)



circa 95 000 sequestri nel 2008. La quantità di cocaina sequestrata nel 2012 è aumentata di circa 10 tonnellate rispetto all'anno precedente, ma è ancora ben al di sotto del picco di 120 tonnellate sequestrate nel 2006 (Figura 1.6). La diminuzione della quantità di cocaina

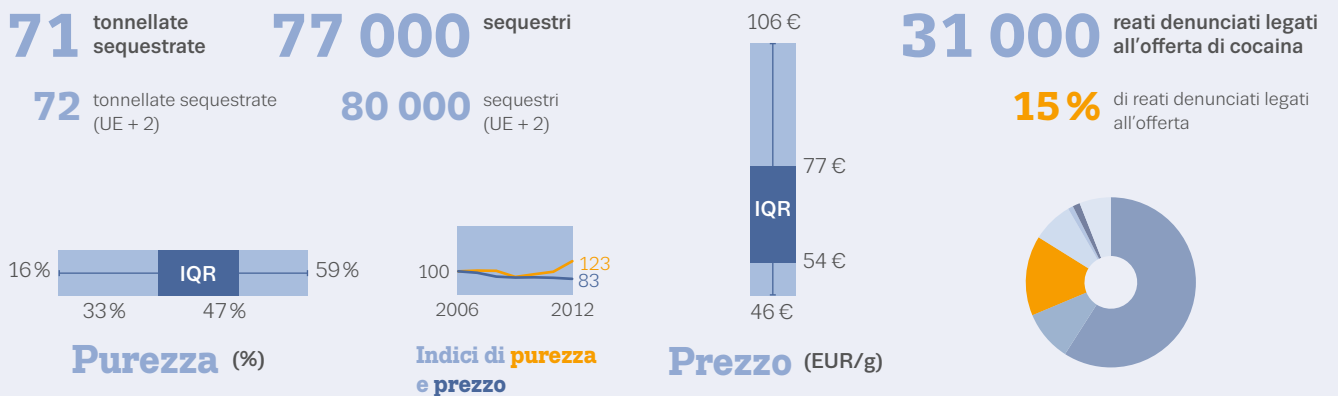
FIGURA 1.7

Quantità di cocaina sequestrata (2012)



sequestrata è particolarmente evidente nella penisola Iberica, in particolare in Portogallo tra il 2006 e il 2007, e più gradualmente in Spagna tra il 2006 e il 2011. Sequestri record di cocaina sono stati segnalati nel 2012 dal Belgio (19 tonnellate) (Figura 1.7).

COCAINA



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

Amfetamine: segnali di un aumento della produzione di metamfetamina

Note genericamente come amfetamine, la metamfetamina e l'amfetamina sono stimolanti sintetici strettamente correlati. Delle due, l'amfetamina è sempre stata la più comune in Europa, ma si sono evidenziati recenti segnali di una crescente disponibilità di 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. È noto che l'attività di produzione si svolge in Belgio e nei Paesi Bassi, così come in Polonia e nei paesi baltici. Per la produzione di metamfetamina si possono individuare due aree principali. Nei paesi baltici la produzione è concentrata nelle zone circostanti la Lituania, per l'esportazione in Norvegia, Svezia e Regno Unito. In questa regione, il principale precursore utilizzato è il BMK (benzil-metil-chetone). In una seconda area, concentrata nella Repubblica ceca e nei paesi vicini Slovacchia e Germania, la produzione si basa prevalentemente su efedrina e pseudoefedrina e si svolge in piccoli laboratori, i cosiddetti *kitchen laboratories*, o laboratori domestici. Qui la produzione è destinata innanzitutto alla distribuzione

all'interno del paese. Negli ultimi due anni si sono registrati segnali di un maggiore coinvolgimento dei gruppi della criminalità organizzata vietnamita nei mercati cechi della metamfetamina e un progressivo incremento della produzione. Nel 2011 sono stati segnalati 350 smantellamenti di siti di produzione di metamfetamina in Europa, per la maggior parte piccoli laboratori denunciati dalla Repubblica ceca (338).

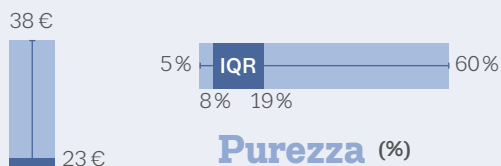
Nel 2012 gli Stati membri dell'UE hanno segnalato 29 000 sequestri di amfetamina, per un totale di 5,5 tonnellate. La Germania, i Paesi Bassi e il Regno Unito hanno fornito più della metà della quantità totale di amfetamina sequestrata (Figura 1.8). Dopo aver registrato livelli più alti per un certo periodo, in termini di numero e di quantitativi, nel 2012 i sequestri di amfetamina sono tornati all'incirca allo stesso livello del 2003 (Figura 1.9). Nello stesso periodo, i sequestri di metamfetamina, pur rimanendo di scarsa entità in termini di numero e di quantitativi, sono aumentati (Figure 1.10). Nel 2012, nell'Unione europea sono stati segnalati 7 000 sequestri per un ammontare di 0,34 tonnellate di metamfetamina. Altri 4 000 sequestri, per 0,64 tonnellate, sono stati segnalati da Turchia e Norvegia, che nell'insieme hanno denunciato circa il doppio della quantità sequestrata nell'Unione europea.

AMFETAMINE

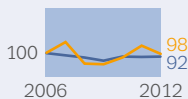
Amfetamina

5,5 tonnellate sequestrate
29 000 sequestri

5,9 tonnellate sequestrate (UE + 2)
32 000 sequestri (UE + 2)



Prezzo (EUR/g)

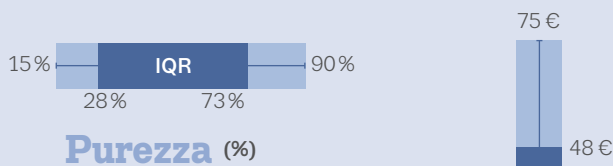


Indici di prezzo e purezza

Metamfetamina

0,3 tonnellate sequestrate
7 000 sequestri

1,0 tonnellate sequestrate (UE + 2)
11 100 sequestri (UE + 2)



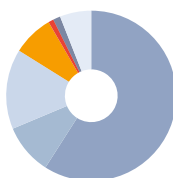
Prezzo (EUR/g)

16 000

reati denunciati legati all'offerta di amfetamina

8%

di reati denunciati legati all'offerta



2 300

reati denunciati legati all'offerta di metamfetamina

1%

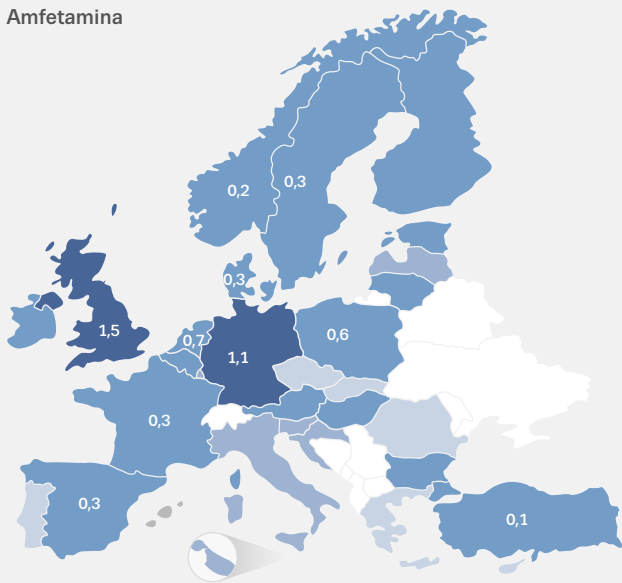
di reati denunciati legati all'offerta

UE + 2 si riferisce a Stati membri dell'UE, Turchia e Norvegia. Prezzo e purezza delle amfetamine: valori medi nazionali – intervallo minimo, massimo e interquartile (IQR). Non sono disponibili indici per le metamfetamine. I paesi compresi nella statistica variano per indicatore.

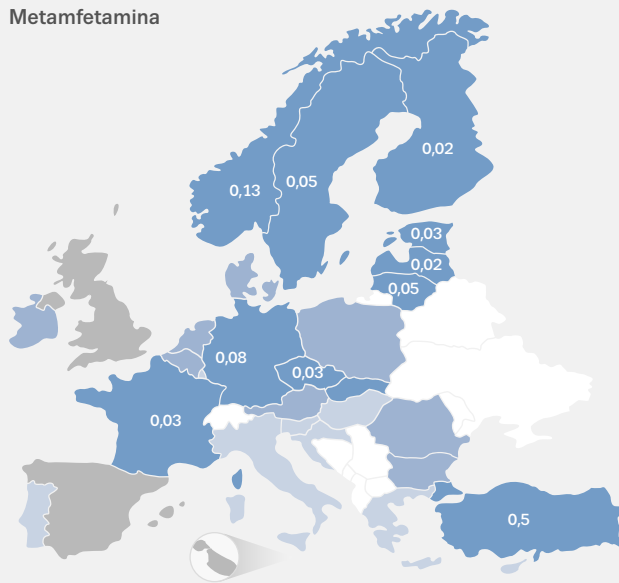
FIGURA 1.8

Quantità di amfetamina e metamfetamina sequestrata (2012)

Amfetamina



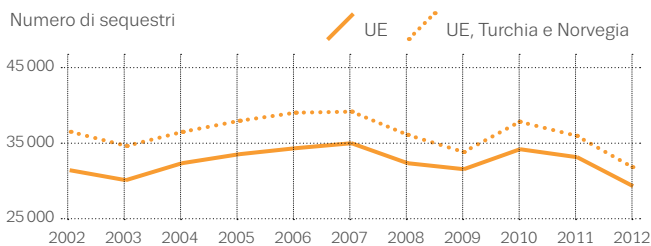
Metamfetamina



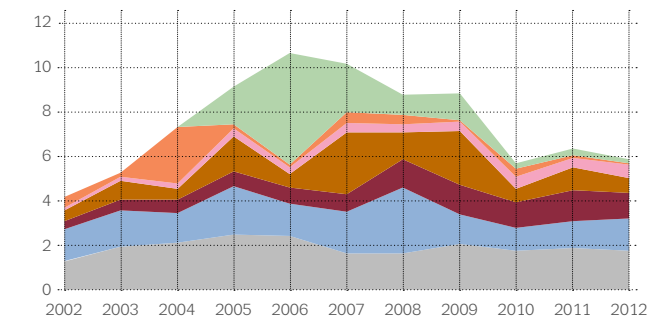
Tonnellate ■ <0,001 ■ 0,001–0,010 ■ 0,011–1,0 ■ >1,0 ■ Nessun dato disponibile
 NB: quantitativi sequestrati (in tonnellate) per i dieci paesi con i valori più alti.

FIGURA 1.9

Numero di sequestri di amfetamina e quantità sequestrata (2002–2012)



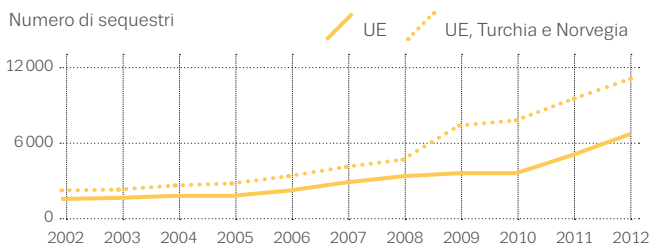
Tonnellate



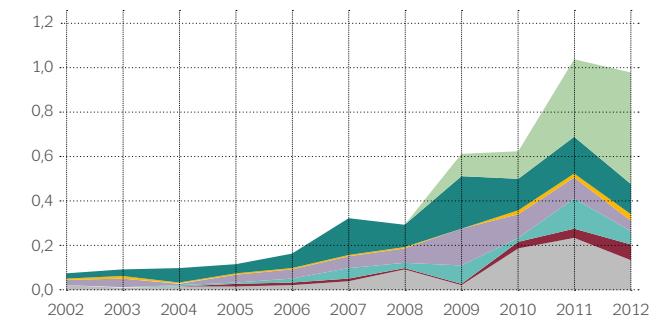
Altri paesi ■ Regno Unito ■ Germania ■ Paesi Bassi ■
 Polonia ■ Belgio ■ Turchia ■

FIGURA 1.10

Numero di sequestri di metamfetamina e quantità sequestrata (2002–2012)



Tonnellate



Altri paesi ■ Germania ■ Lituania ■ Svezia ■
 Repubblica ceca ■ Norvegia ■ Turchia ■

Ecstasy: disponibilità di polvere ad alta purezza

Con il termine ecstasy solitamente si fa riferimento alla sostanza sintetica MDMA (3,4-metilenediossi-metamfetamina), 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. A quanto pare, l'MDMA in polvere e in cristalli si sta diffondendo, e in alcune regioni europee è disponibile una polvere ad alta purezza.

In Europa sembra che la produzione di ecstasy sia concentrata in Belgio e nei Paesi Bassi, come dimostrato dal numero di laboratori smantellati in questi paesi nell'ultimo decennio. Il numero di laboratori smantellati in Europa è sceso da 50 nel 2002 a tre nel 2010, a indicazione del fatto che i livelli di produzione della droga sono notevolmente calati. Più recentemente, si sono evidenziati segnali di una ripresa del mercato dell'ecstasy, con lo smantellamento di numerosi siti di produzione di MDMA su larga scala in Belgio e nei Paesi Bassi nel 2013.

Nel 2012 sono stati sequestrati 4 milioni di compresse di ecstasy nell'Unione europea, principalmente nei Paesi Bassi (2,4 milioni), seguiti dal Regno Unito (0,5 milioni) e dalla Germania (0,3 milioni). Nello stesso anno anche la Turchia ha sequestrato 3,0 milioni di compresse di ecstasy (Figure 1.11 e 1.12). La quantità di compresse di ecstasy sequestrate nell'Unione europea nel 2012 è inferiore a un quinto della quantità sequestrata nel 2002 (23 milioni). In generale, tra il 2002 e il 2009 i sequestri di ecstasy sono diminuiti, per poi riprendere lentamente negli anni successivi (Figura 1.11). Questa tendenza si riflette anche nei dati disponibili sul contenuto di MDMA delle compresse di ecstasy analizzate, in calo fino al 2009, e in aumento negli ultimi tre anni presi in esame.

A quanto pare, l'MDMA in polvere e in cristalli si sta diffondendo, e in alcune regioni europee è disponibile una polvere ad alta purezza

ECSTASY

4 milioni di compresse sequestrate

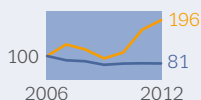
7 milioni di compresse sequestrate (UE + 2)

11 200 sequestri

16 000 sequestri (UE + 2)



Purezza (mg MDMA/compressa)



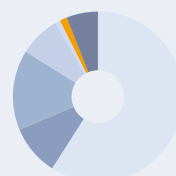
Indici di purezza e prezzo



Prezzo (EUR/compressa)

3 000 reati denunciati legati all'offerta di ecstasy

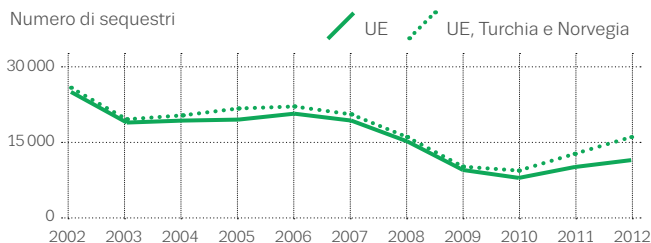
1% di reati denunciati legati all'offerta



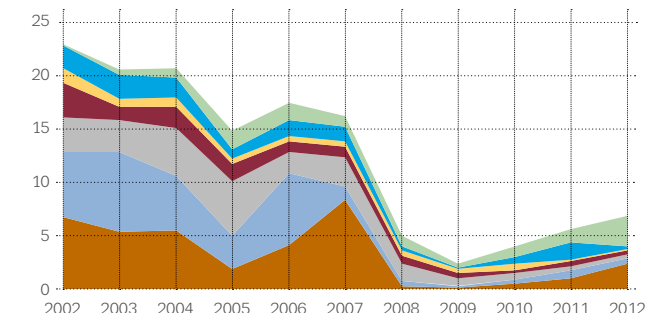
UE + 2 si riferisce a Stati membri dell'UE, Turchia e Norvegia. Prezzo e purezza dell'ecstasy: valori medi nazionali: intervallo minimo, massimo e interquartile (IQR). I paesi compresi nella statistica variano per indicatore.

FIGURA 1.11

Numero di sequestri di ecstasy e compresse sequestrate (2002–2012)



Comprese (milioni)

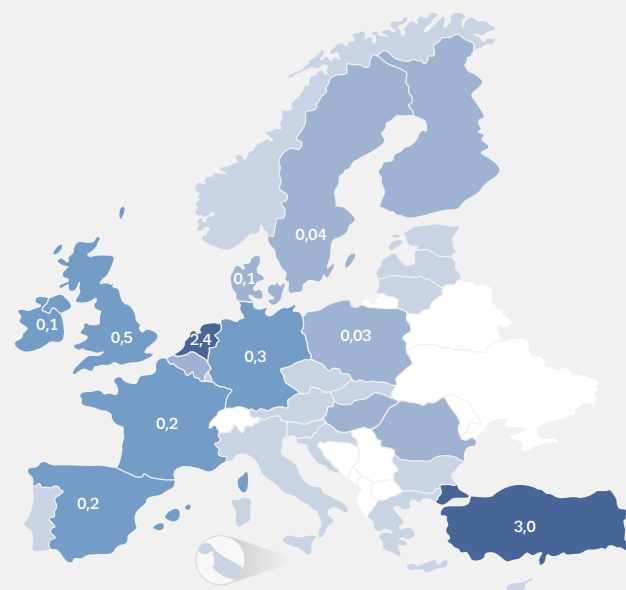


Paesi Bassi Regno Unito Altri paesi Germania
 Spagna Francia Turchia

Le tendenze osservate nell’offerta di ecstasy si possono attribuire in parte al rafforzamento dei controlli e al sequestro mirato di PMK (piperonil metilchetone), il principale precursore chimico per la produzione di MDMA. I produttori di ecstasy potrebbero aver risposto ai controlli sui 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.

FIGURA 1.12

Quantità di ecstasy sequestrata (2012)



Comprese (milioni) <0,010 0,011–0,10 0,11–1,0 >1,0
 NB: quantitativi sequestrati (in milioni di compresse) per i dieci paesi con i valori più alti.

Catinoni, una nuova classe di stimolanti in Europa

Negli ultimi anni, in Europa sono stati identificati oltre 50 derivati sostitutivi del catinone. L’esempio più noto, il mefedrone, si è conquistato uno spazio nel mercato degli stimolanti in alcuni paesi. Un altro catinone, l’MDPV (3,4-metilenediospirovalerone), è venduto sul mercato europeo per lo più in polvere e in compresse come “droga legale”, ma anche direttamente sul mercato illegale. Oltre 5 500 sequestri di polvere di MDPV sono stati denunciati da 29 paesi tra il 2008 e il 2013, per un quantitativo superiore a 200 chilogrammi di droga.

Crescente diversificazione nelle nuove droghe individuate

L’analisi del mercato delle droghe è resa più complessa dalla comparsa di nuovi stupefacenti (nuove sostanze psicoattive). Si tratta di sostanze sintetiche o naturali che non sono controllate dal diritto internazionale e spesso 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

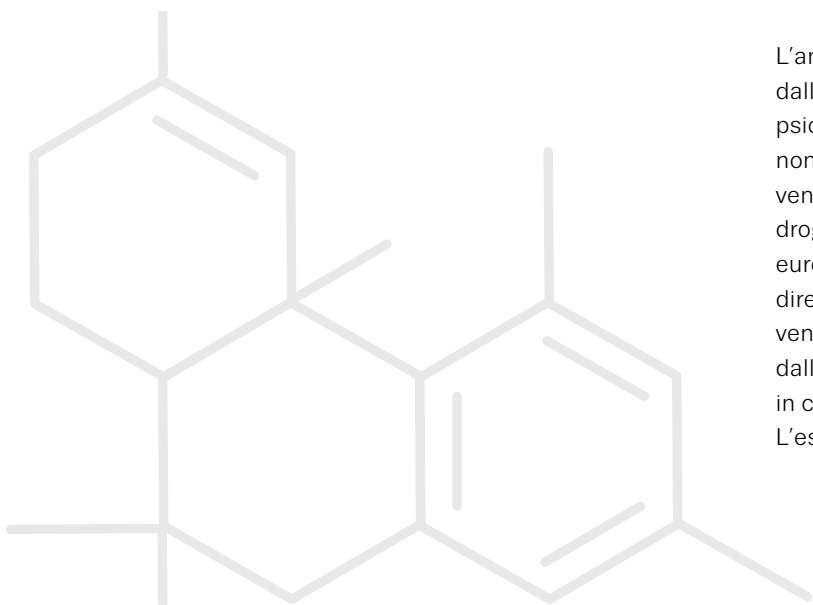
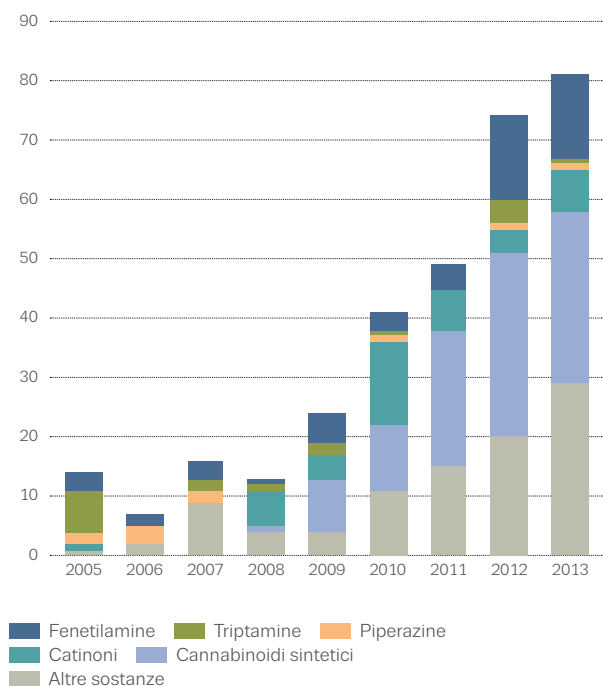


FIGURA 1.13

Numero e gruppi principali di nuove sostanze psicoattive notificate al sistema di allerta rapido dell'UE (2005–2013)



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 2013 gli Stati membri hanno notificato per la prima volta 81 nuove sostanze psicoattive attraverso il sistema di allerta rapido dell'UE (Figura 1.13). Ventinove di queste sostanze erano cannabinoidi sintetici e altri 30 composti non erano conformi ai gruppi chimici facilmente riconoscibili (piante e farmaci compresi); sono stati segnalati anche 13 nuovi sostituti per le fenetilamine, sette catinoni sintetici, una triptamina e una piperazina.

Valutazione dei rischi delle nuove droghe

Sono state effettuate valutazioni dei rischi a livello europeo sulla 4-metilamfetamina (2012) e sul 5-(2-amminopropil) indolo (nel 2013), in risposta alla comparsa di danni evidenti, tra cui oltre 20 casi di mortalità correlati a ciascuna sostanza in un arco di tempo breve. Entrambe le sostanze sono state sottoposte a misure di controllo in tutta Europa. Nell'aprile 2014 è prevista la valutazione dei rischi di quattro nuove sostanze psicoattive (25I-NBOMe, AH-7921, MDPV, metoxetamina).

La molecola 25I-NBOMe è un analogo della fenetilamina e un potente agonista del recettore 5-HT_{2A} della serotonina, che sembra avere effetti allucinogeni. È disponibile sul mercato delle droghe nell'UE almeno da maggio 2012. In quattro Stati membri è stata segnalata una grave tossicità associata al suo consumo, compreso un decesso dove è stata individuata la sostanza.

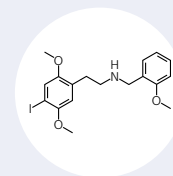
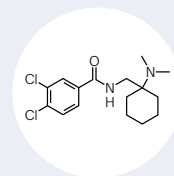
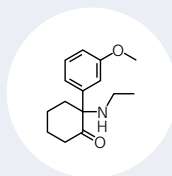
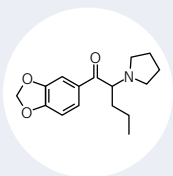
L'AH-7921 è un oppiaceo sintetico disponibile nell'Unione europea almeno da luglio 2012. Nella maggior parte dei casi, è stato sequestrato in piccole quantità sotto forma di polvere. Questo oppiaceo è stato individuato in sei casi d'intossicazione non mortale e in quindici decessi in Svezia, nel Regno Unito e in Norvegia.

L'MDPV è un catinone sintetico derivato strettamente correlato al pirovalerone. È presente sul mercato delle droghe nell'UE almeno da novembre 2008 ed è stato individuato in ben 107 casi di intossicazione non mortale e 99 decessi, in particolare in Finlandia e nel Regno Unito. Risulta che sia stato venduto come versione "legale" o sintetica della cocaina ed è stato riscontrato anche in compresse simili all'ecstasy.

La metoxetamina è una arilciclohexilamina strettamente correlata alla chetamina, disponibile sul mercato delle droghe nell'UE almeno da settembre 2010. Sono stati sequestrati numerosi chilogrammi della sostanza sotto forma di polvere. Sono stati segnalati venti decessi e 110 casi d'intossicazione non mortale associati alla sostanza.

Le nuove sostanze psicoattive possono apparire sul mercato sotto forma di droga controllata o come alternativa a una droga controllata. Ad esempio, la 4-metilamfetamina era venduta direttamente sul mercato illegale come amfetamina, la metoxetamina è commercializzata come alternativa legale alla chetamina e la 25I-NBOMe è venduta come alternativa "legale" alla LSD.

QUATTRO SOSTANZE SOTTOPOSTE A VALUTAZIONE DEI RISCHI NEL 2014



MDPV	Metoxetamina	AH-7921	25-INBOMe	Sostanza
Catinoni	Arilciclohexilamine	Oppiacei	Fenetilamine	Famiglia
2008	2010	2012	2012	Anno della prima notifica al sistema di allerta rapido dell'UE
99	20	15	1	Numero di decessi associati alla sostanza
107	110	6	15	Numero di intossicazioni non mortali
29	24	8	24	Numero di paesi dov'è stata individuata (UE, Turchia e Norvegia)
22	9	1	6	Numero di paesi dov'è soggetta a misure di controllo ai sensi della legislazione sul controllo delle droghe (UE, Turchia e Norvegia)

Internet come mercato in crescita

Internet svolge un ruolo di crescente rilievo nella configurazione della modalità di vendita delle droghe e pone sfide straordinarie alla riduzione dell'offerta di "nuove" e "vecchie" droghe. Il fatto che produttori, fornitori, dettaglianti, servizi di website-hosting e di pagamento possano essere ubicati in paesi diversi rende particolarmente difficoltoso il controllo. L'uso crescente di reti anonime (le cosiddette *darknet*) per la vendita di droghe a rivenditori e consumatori è una sfida in più. La tecnologia per accedere a questi siti è sempre più integrata nel software di consumo, aprendo questi mercati a più persone. Inoltre, la vendita aperta di "droghe legali" su Internet sembra averne aumentato la disponibilità per distributori e consumatori. Nel 2013 il monitoraggio dell'EMCDDA ha individuato 651 siti web che vendono "droghe legali" agli europei.

In aumento i farmaci individuati

Un numero crescente di nuove droghe individuate sul mercato ha un uso legittimo come medicinali. Talvolta sono vendute come farmaci, in altri casi sono vendute clandestinamente come sostanze illecite, quali l'eroina, o come "droghe legali", "sostanze chimiche destinate alla ricerca" e persino come "integratori alimentari". Esempi recenti, a quanto pare tutti assunti per via parenterale da consumatori di oppiacei, comprendono: il pregabalin, usato nel trattamento di dolore neuropatico, epilessia e ansia generalizzata; il tropicamide, usato nelle visite

oculistiche per dilatare la pupilla; e il carfentanil, un oppiaceo usato per tranquillizzare i grandi animali.

Altri prodotti medicinali recentemente segnalati al sistema di allerta rapido comprendono: il fenazepam, una benzodiazepina venduta come "benzodiazepina legale", come "sostanza chimica destinata alla ricerca" e come diazepam, una droga controllata; e il phenibut, un ansiolitico impiegato per trattare la dipendenza da alcol in Russia, venduto online come "integratore alimentare". Questi medicinali si possono reperire in diversi modi: i medicinali autorizzati possono essere dirottati dal mercato regolamentato e quelli non autorizzati si possono importare dai paesi extra-UE. Inoltre, le droghe che li compongono si possono importare sfuse da paesi come la Cina, per poi procedere alla lavorazione e al confezionamento nei paesi europei e venderle direttamente sul mercato delle sostanze illecite, sul mercato delle "droghe legali" o sui siti di commercio elettronico.

**Un numero crescente
di nuove droghe individuate
sul mercato ha un uso
legittimo come medicinali**

MAGGIORI INFORMAZIONI

Pubblicazioni EMCDDA

2014

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

Exploring methamphetamine trends in Europe, EMCDDA Papers.

2013

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

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

Synthetic cannabinoids in Europe, Prospettive sulle droghe

Synthetic drug production in Europe, Prospettive sulle droghe.

2012

Cannabis production and markets in Europe, Insights.

2011

Recent shocks in the European heroin market: explanations and ramifications, Trendspotter meeting reports.

Report on the risk assessment of mephedrone in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances, Risk assessments.

Rispondere alle nuove sostanze psicoattive, Focus sulle droghe.

2010

Risk assessment of new psychoactive substances — operating guidelines.

2007

Early-warning system on new psychoactive substances — operating guidelines.

Pubblicazioni congiunte EMCDDA ed Europol

2014

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

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: AH-7921 (3,4-dichloro-N-[[1-(dimethylamino)cyclohexyl]methyl]benzamide).

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: methoxetamine (2-(3-methoxyphenyl)-2-(ethylamino)cyclohexanone).

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: 25I-NBOMe (4-iodo-2,5-dimethoxy-N-(2-methoxybenzyl)phenethylamine).

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: MDPV (3,4-methylenedioxypropylvalerone).

2013

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

EU Drug markets report: a strategic analysis.

Amphetamine: a European Union perspective in the global context.

2010

Cocaine: a European Union perspective in the global context.

2009

Methamphetamine: a European Union perspective in the global context.

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

2

Secondo le stime, almeno un quarto della popolazione adulta nell'Unione europea (ossia 80 milioni di adulti) ha consumato sostanze illecite nel corso della vita

Consumo di droga e problemi correlati

L'espressione "consumo di droga" comprende molti modelli diversi di consumo, che vanno da quello sperimentale e occasionale a quello abituale, fino alla dipendenza. I vari modelli di consumo sono associati a diversi livelli di rischio e danno. In generale, i rischi ai quali sono esposti i consumatori di sostanze stupefacenti sono influenzati da una serie di fattori, che comprendono il contesto nel quale si assumono le droghe, 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

L'approccio comune al monitoraggio del consumo di droga in Europa si basa sui cinque indicatori epidemiologici principali dell'EMCDDA. Le serie di dati coprono indagini sul consumo, stime del consumo problematico di stupefacenti, decessi correlati alla droga, malattie infettive correlate alla droga e richieste di trattamento della tossicodipendenza. Nel loro insieme, questi dati costituiscono una risorsa importante per le analisi dell'EMCDDA su tendenze e sviluppi. Le informazioni tecniche sugli indicatori sono reperibili online alla pagina Key indicators gateway (Accesso agli indicatori principali) e nel documento European Drug Report: Data and statistics (Relazione europea sulla droga: dati e statistiche).

Oltre 80 milioni di europei hanno consumato una sostanza illecita

Secondo le stime, almeno un quarto della popolazione adulta nell'Unione europea (ossia 80 milioni di adulti) ha consumato sostanze illecite nel corso della vita. Nella maggior parte dei casi si dichiara il consumo di cannabis (73,6 milioni), mentre le stime sono inferiori per il consumo di altre droghe almeno una volta nella vita: 14,1 milioni per la cocaina, 11,4 milioni per le amfetamine e 10,6 milioni per l'ecstasy. I livelli di consumo dichiarati variano in misura considerevole tra i diversi paesi, da circa un terzo degli adulti in Danimarca, Francia e Regno Unito, a meno di uno su dieci in Bulgaria, Grecia, Cipro, Ungheria, Portogallo, Romania e Turchia.

Consumo di droga tra gli studenti

Il monitoraggio del consumo di droghe tra gli studenti offre una visione importante degli attuali comportamenti a rischio dei giovani e costituisce un indicatore delle potenziali tendenze future. In Europa lo studio ESPAD fornisce una risorsa preziosa per seguire le tendenze nel consumo di droghe tra gli studenti di 15-16 anni. Stando ai dati più recenti, risalenti al 2011, si stima che tra i ragazzi di 15-16 anni uno su quattro abbia consumato una sostanza illecita, benché i livelli di prevalenza siano molto diversi nei vari paesi. La maggior parte del consumo di sostanze illecite in questo gruppo riguarda la cannabis: circa il 24 % dichiara di averla consumata una volta nella vita, il 20 % di averla consumata nell'ultimo anno e il 12 % di averla consumata nel mese precedente all'indagine.

Rispetto alle loro controparti di sesso femminile, è 1,5 volte più probabile che gli studenti di sesso maschile dichiarino di aver consumato cannabis nell'ultimo mese.

Molti di coloro che dichiarano di aver consumato cannabis l'hanno fatto solo una o due volte. Per una minoranza di studenti tuttavia i modelli di consumo sono più assidui, con circa il 2 % che afferma di aver consumato la droga più di 10 volte nel mese precedente l'indagine.

La prevalenza del consumo di sostanze illecite diverse dalla cannabis è molto inferiore, benché in alcuni paesi il consumo di ecstasy e amfetamine risulti più rilevante. In generale, circa il 7 % degli studenti dichiara di aver

consumato una volta nella vita più di una sostanza illecita. L'ESPAD inoltre riferisce sul consumo di alcol e tabacco: entrambe queste sostanze sono risultate più diffuse tra gli studenti rispetto alla cannabis, e i consumatori di cannabis hanno anche avuto maggiori probabilità di consumare regolarmente alcol e tabacco. Nel mese precedente l'indagine, il 19 % degli studenti dichiara di aver fumato una o più sigarette al giorno, e il 4 % più di 10 sigarette al giorno. Quasi due terzi degli studenti dichiarano di aver bevuto alcol almeno una volta nell'ultimo mese, con un 20 % che è rimasto intossicato almeno una volta nello stesso periodo.

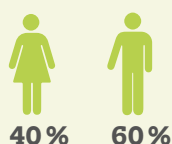
Cannabis: tendenze nazionali divergenti

La cannabis viene generalmente assunta inalando il fumo e, in Europa, miscelandola con il tabacco. I modelli di consumo vanno dal consumatore occasionale o sperimentale a quello abituale e dipendente, con problemi associati in particolare al consumo più frequente e alle dosi più elevate.

La cannabis è la sostanza illecita con la maggiore probabilità di essere utilizzata da tutte le fasce di età. Si stima che 14,6 milioni di giovani europei (15-34 anni), pari all'11,2 %, abbiano consumato cannabis nell'ultimo anno (di cui 8,5 milioni di età compresa tra i 15 e i 24 anni, ossia il 13,9 %). Il consumo della cannabis è solitamente maggiore tra i maschi, e questa differenza è in genere

CONSUMO DI SOSTANZE TRA STUDENTI EUROPEI DI 15-16 ANNI (ESPAD, 2011)

Consumatori di cannabis nell'ultimo mese in base al sesso



Frequenza del consumo di cannabis nell'ultimo mese

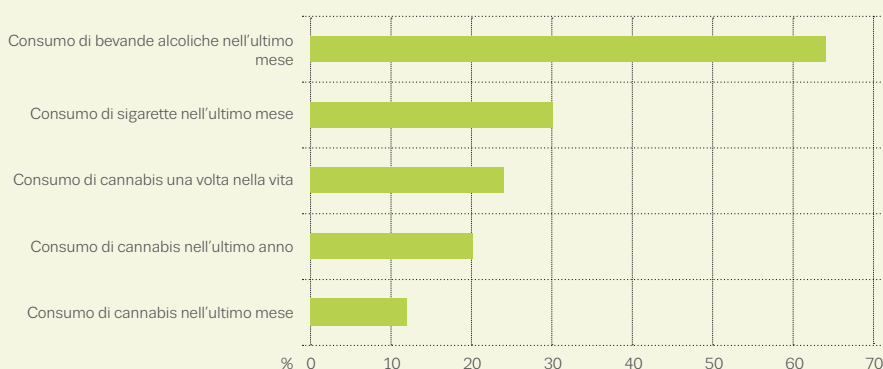
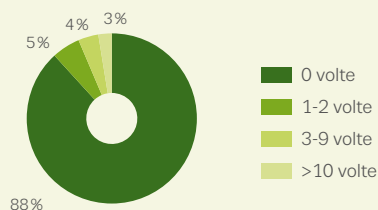
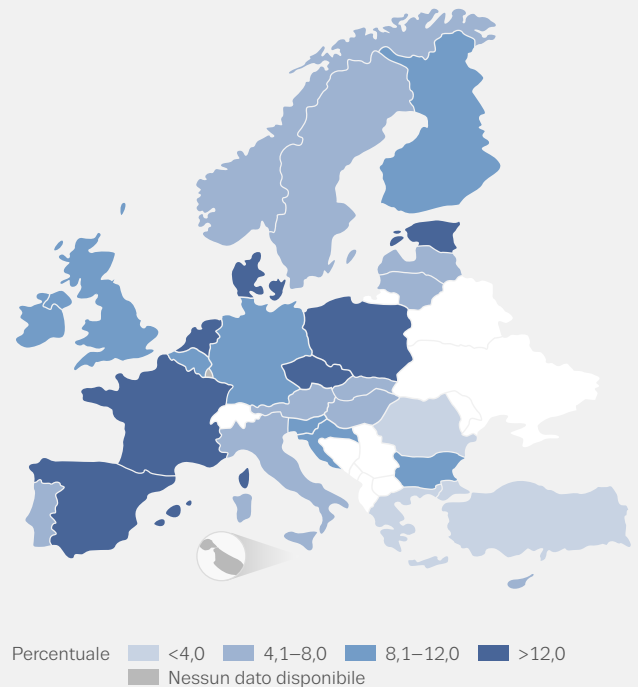
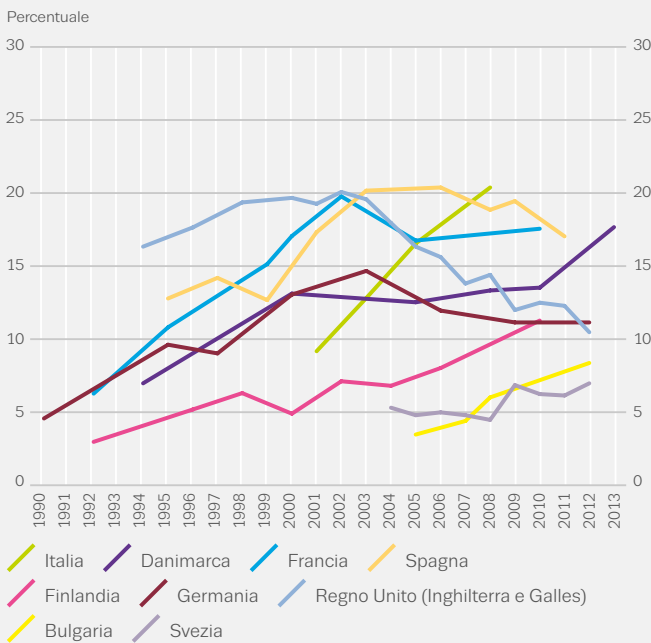


FIGURA 2.1

Prevalenza nell'ultimo anno del consumo di cannabis tra i giovani adulti (15-34): paesi con tendenze statisticamente significative (a sinistra) e dati più recenti (a destra)



accentuata da modelli di consumo più assiduo e regolare. Le tendenze attuali appaiono divergenti, come dimostra il fatto che tra i paesi dove sono state effettuate nuove indagini dal 2011, otto hanno segnalato tendenze in calo e cinque hanno dichiarato aumenti della prevalenza nell'ultimo anno. Poche indagini nazionali attualmente segnalano consumi di agonisti dei recettori cannabinoidi sintetici; comunque, quando capita, i livelli di prevalenza sono generalmente bassi.

Un numero crescente di paesi dispone ora di dati sufficienti d'indagine per consentire un'analisi statistica delle tendenze di lungo periodo nel consumo di cannabis tra i giovani adulti (15-34 anni). In Danimarca, Finlandia e Svezia, tra questi soggetti, si possono osservare tendenze all'aumento del consumo di cannabis nell'ultimo anno, anche se con diversi livelli di prevalenza (Figura 2.1). Per contro, i tassi di prevalenza in Norvegia si sono mantenuti relativamente stabili. È interessante notare che nell'ultimo decennio in Germania, Francia e Regno Unito si è registrata una tendenza stabile o in calo, dopo gli aumenti osservati in precedenza. Anche la Spagna ha segnalato una prevalenza inferiore nell'ultimo decennio. Nel complesso, questi quattro paesi rappresentano quasi la metà della popolazione dell'UE. La Bulgaria e l'Italia, con serie temporali più brevi, registrano tendenze ascendenti. Più recentemente, l'Italia ha dichiarato livelli di prevalenza inferiori, benché per motivi metodologici le indagini non siano direttamente confrontabili.

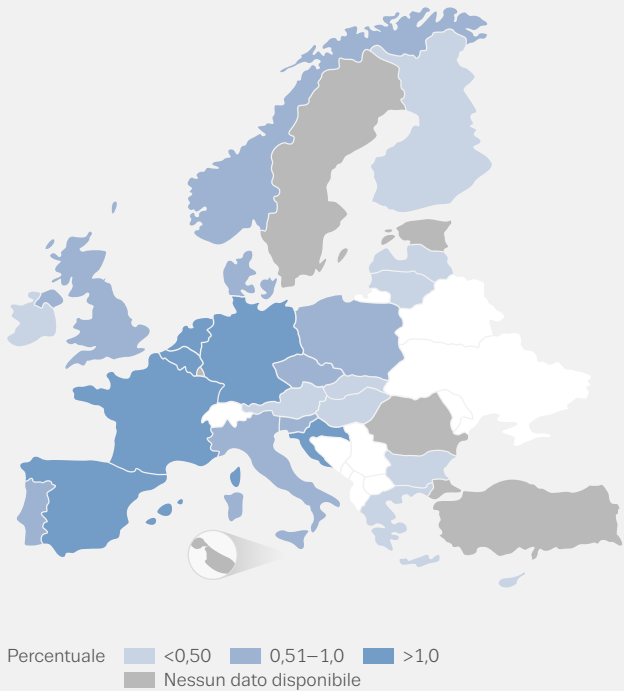
Preoccupazioni relative ai consumatori di cannabis

Una minoranza di consumatori di cannabis consuma questa sostanza in modo intensivo. Con l'espressione consumo quotidiano o quasi quotidiano di cannabis s'intende un consumo su 20 o più giorni nell'ultimo mese. Secondo questi parametri, si stima che poco meno dell'1 % degli adulti europei sono consumatori quotidiani o quasi quotidiani di cannabis. Più di due terzi di queste persone sono di età compresa fra i 15 e i 34 anni e in questo gruppo di età più di tre quarti sono di sesso maschile. Tra i paesi che hanno fornito dati, la percentuale stimata di consumatori quotidiani o quasi quotidiani tra i giovani adulti (15-34) varia dallo 0,1 % della Slovacchia al 4,4 % della Spagna (Figura 2.2).

Nel 2012 la cannabis è stata la droga segnalata più frequentemente come motivo principale per sottoporsi per la prima volta al trattamento della tossicodipendenza. Dopo essere passato da 45 000 nel 2006 a 61 000 nel 2011, il numero complessivo dei pazienti che si sono sottoposti a trattamento per la prima volta si è stabilizzato nel 2012 (59 000). Sempre nel 2012, la cannabis era la seconda droga segnalata più frequentemente da tutti i pazienti in trattamento (110 000). Tuttavia, si possono osservare notevoli differenze a livello nazionale, dal 2 % dei pazienti in trattamento che hanno segnalato la cannabis come droga primaria in Bulgaria, fino al 66 % in Ungheria. Questo quadro eterogeneo si può spiegare con le

FIGURA 2.2

Prevalenza del consumo quotidiano e quasi quotidiano di cannabis tra i giovani adulti (15-34)



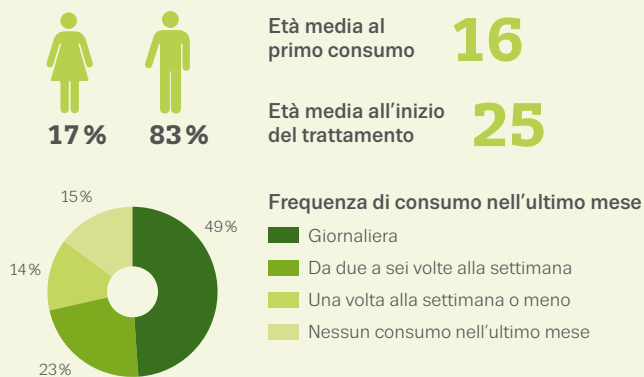
differenze nazionali nelle prassi di affidamento, nella legislazione, nel tipo di servizi di trattamento disponibili e nei livelli di prevalenza della cannabis.

Emergenze acute associate alla cannabis e ai cannabinoidi sintetici

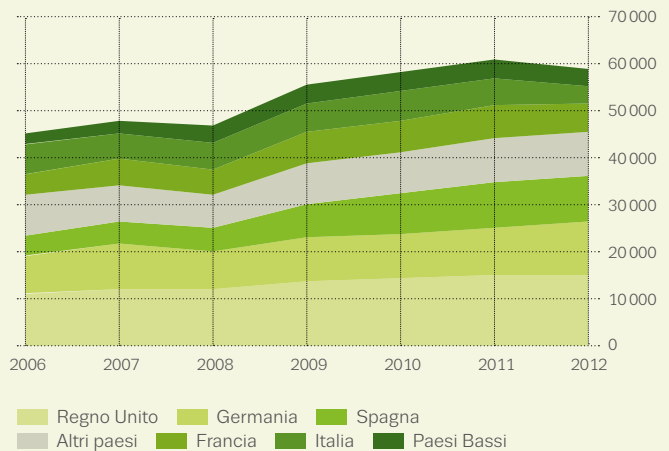
Benché siano rare, possono insorgere emergenze acute dopo il consumo di cannabis, specie in dosi elevate. Nei paesi a più alta prevalenza, pare che le emergenze correlate alla cannabis siano un problema crescente. Recenti aumenti del numero di emergenze correlate alla cannabis sono stati segnalati nella Repubblica ceca, in Danimarca e in Spagna. Le emergenze correlate alla cannabis riguardano per lo più i giovani di sesso maschile e spesso sono associate a intossicazioni da alcol. I sintomi possono comprendere ansia, psicosi o altri sintomi psichiatrici e nella maggior parte dei casi non è necessario il ricovero in ospedale. Un ulteriore sviluppo preoccupante è la diffusione dei cannabinoidi sintetici. Queste sostanze, che possono essere estremamente potenti, non sono simili alla cannabis dal punto di vista chimico e pertanto i loro possibili effetti sulla salute sono diversi e potenzialmente più gravi. Benché le conoscenze attuali sulle implicazioni per la salute dell'assunzione di queste sostanze restino limitate, si rileva una crescente preoccupazione in merito a segnalazioni di effetti avversi acuti associati al loro consumo.

CONSUMATORI DI CANNABIS IN TRATTAMENTO

Caratteristiche



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



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

Variazione geografica nei modelli di consumo degli stimolanti

La cocaina, le amfetamine e l'ecstasy sono gli stimolanti illeciti più frequentemente consumati in Europa. Tuttavia, anche alcune sostanze meno note, fra cui le piperazine (ad esempio BZP, benzilpiperazina) e i catinoni sintetici (ad esempio mefedrone e MDPV), possono 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, dove queste droghe si consumano spesso insieme all'alcol.

I dati delle indagini evidenziano delle differenze geografiche nei modelli di consumo degli stimolanti in Europa: la cocaina è più diffusa nei paesi meridionali e occidentali d'Europa, le amfetamine nei paesi centrali e settentrionali e l'ecstasy, seppure con bassi livelli di prevalenza, nei paesi meridionali e orientali (Figura 2.3). Anche i dati delle analisi delle acque di scarico nell'ambito di uno studio condotto in diverse città europee evidenziano una differenza nei modelli di consumo regionali. Concentrazioni relativamente elevate di amfetamina si sono riscontrate nei campioni prelevati in alcune città

FIGURA 2.3

Stimolante dominante in base alla prevalenza nell'ultimo anno tra i giovani adulti (15-34)

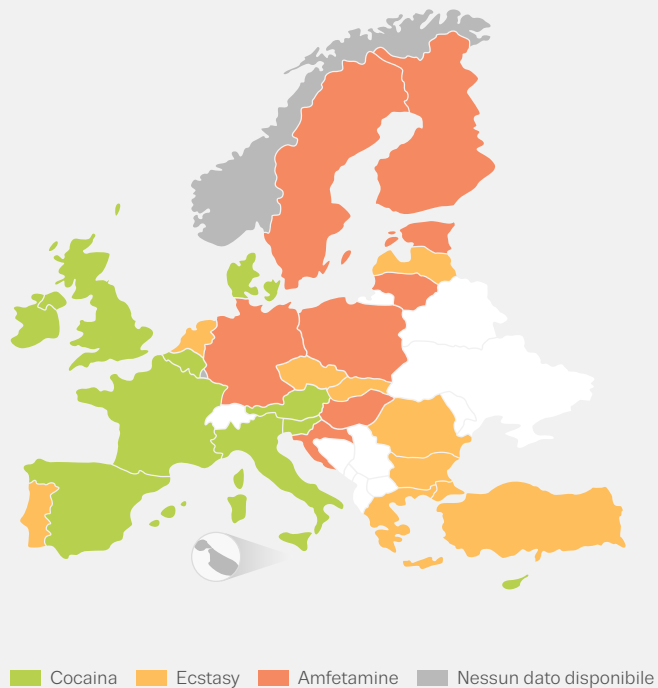
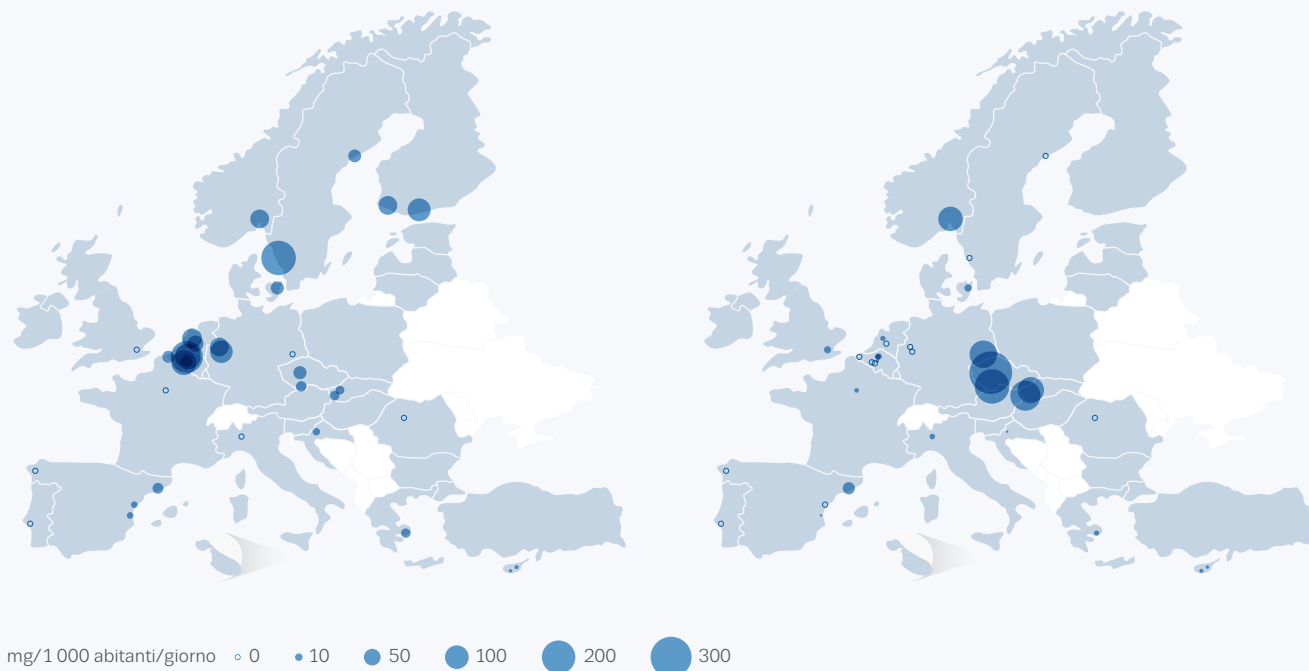


FIGURA 2.4

Amfetamine nelle acque di scarico di alcune città europee selezionate

Amfetamina

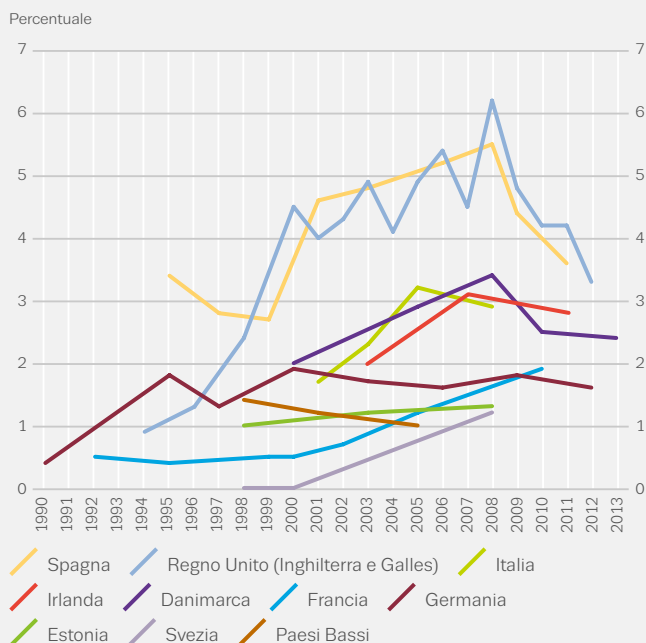
Metamfetamina



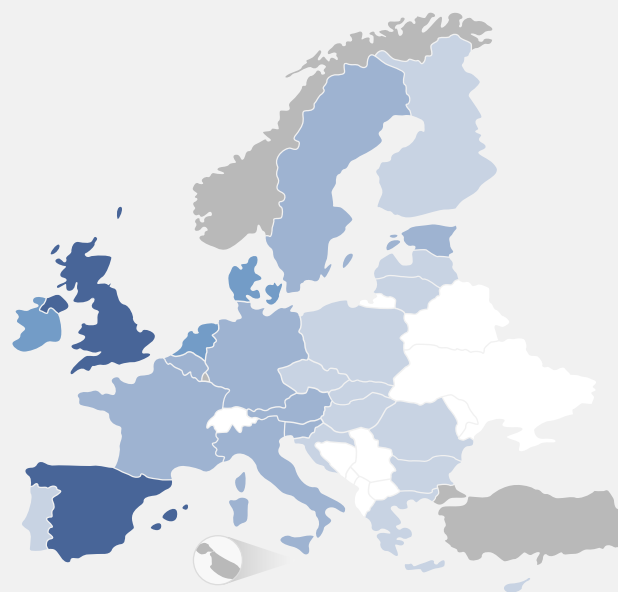
NB: quantità medie giornaliere di amfetamine in milligrammi per 1000 abitanti, da campioni prelevati nell'arco di una settimana nel 2013. Fonte: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

FIGURA 2.5

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



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



Percentuale 0,1–1,0 1,1–2,0 2,1–3,0 >3,0
Nessun dato disponibile

dell'Europa settentrionale e nordoccidentale, mentre i massimi livelli di metamfetamina si sono registrati in talune città della Repubblica ceca e della Slovacchia (Figura 2.4).

Cocaina: prevalenza in costante calo

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

La cocaina è lo stimolante illecito consumato più frequentemente in Europa, benché la maggior parte dei consumatori si trovi in un numero relativamente ridotto di paesi. Si stima che circa 2,2 milioni di giovani di età

compresa tra 15 e 34 anni (l'1,7 % di questa fascia d'età) abbiano consumato cocaina nel corso dell'ultimo anno.

Considerando le tendenze di più lungo periodo nel consumo di cocaina, in Danimarca, Spagna e Regno Unito, tutti paesi con tassi di prevalenza relativamente elevati, si sono osservati cali dopo il picco raggiunto nel 2008 (Figura 2.5). La maggior parte degli altri paesi evidenzia tendenze stabili o in calo.

Si osservano cali nel consumo di cocaina anche nei dati più recenti: dei 12 paesi che hanno effettuato indagini tra il 2011 e il 2013, 11 segnalano una diminuzione della prevalenza.

La cocaina è lo stimolante illecito consumato più frequentemente in Europa

Costante 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, che sono difficili da comparare poiché le definizioni utilizzate sono diverse. Nel 2012, nella popolazione adulta, la Germania ha stimato "problemi di dipendenza dalla cocaina" pari allo 0,20 %; l'Italia ha presentato una stima pari allo 0,26 % per coloro che "necessitano di trattamento per consumo di cocaina" e nel 2011 la Spagna ha stimato un "consumo di cocaina ad alto rischio" pari allo 0,4%. Per il periodo 2010-2011 il Regno Unito ha stimato un consumo di crack nella popolazione adulta in Inghilterra pari allo 0,49 %, benché la maggioranza degli interessati fosse costituita anche da consumatori 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 2012 (55 000) e dal 18 % di coloro che si sono sottoposti a trattamento per la prima volta (26 000). Si osservano 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) che nel loro insieme rappresentano poco più della metà della popolazione dell'UE. Negli ultimi anni, il numero dei pazienti che si sono sottoposti a trattamento per la prima volta nella vita per uso primario di cocaina è diminuito,

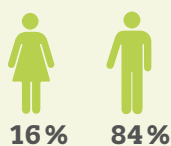
passando da un picco di 38 000 nel 2008 a 26 000 nel 2012. In gran parte questo calo si può riferire a un crollo dei numeri segnalati dall'Italia. Nel 2012, solo un numero limitato (2 300) di pazienti sottoposti a trattamento per la prima volta hanno dichiarato il crack come droga primaria, di cui circa i due terzi nel Regno Unito e la maggior parte dei rimanenti in Spagna e nei Paesi Bassi.

La cocaina è responsabile anche di ricoveri ospedalieri di emergenza e decessi. È probabile che la cocaina influisca anche su alcuni decessi attribuiti a problemi cardiovascolari. Benché i dati in questo campo siano limitati, 19 paesi hanno segnalato decessi correlati alla cocaina nel 2012, con oltre 500 casi identificati.

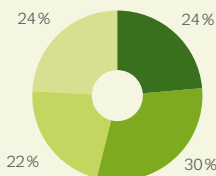
19 paesi hanno segnalato decessi correlati alla cocaina nel 2012, con oltre 500 casi identificati

CONSUMATORI DI COCAINA IN TRATTAMENTO

Caratteristiche

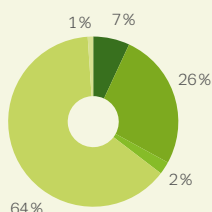


Età media al primo consumo 22
Età media all'inizio del trattamento 34



Frequenza di consumo nell'ultimo mese

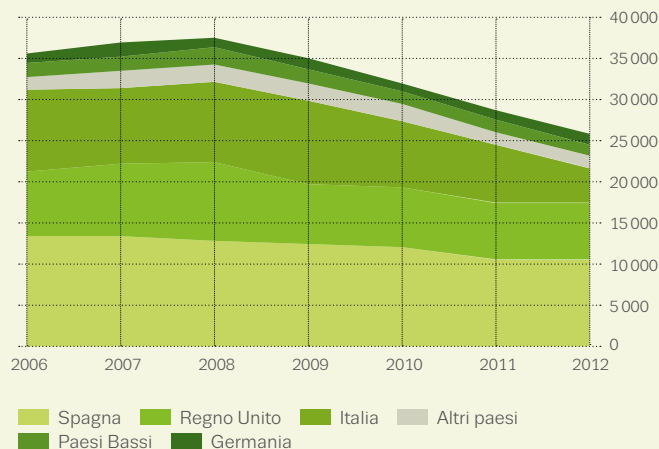
- Giornaliera
- Da due a sei volte alla settimana
- Una volta alla settimana o meno
- Nessun consumo nell'ultimo mese



Metodo di assunzione

- Per via parenterale
- Inalando il fumo
- Attraverso cibi/bevande
- Sniffando
- Altro

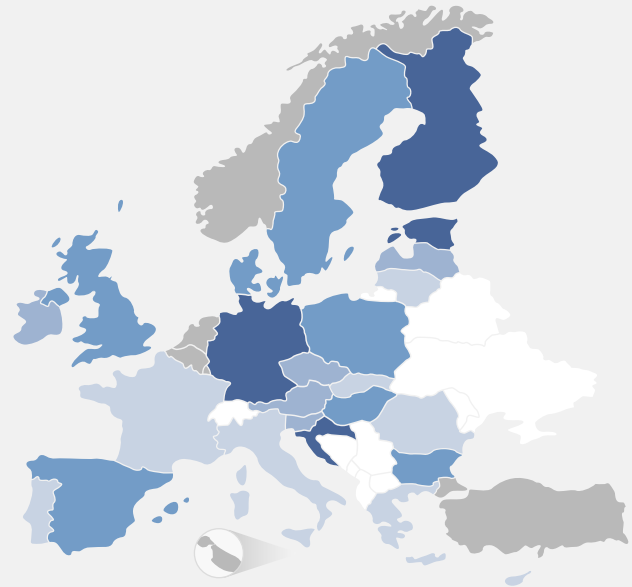
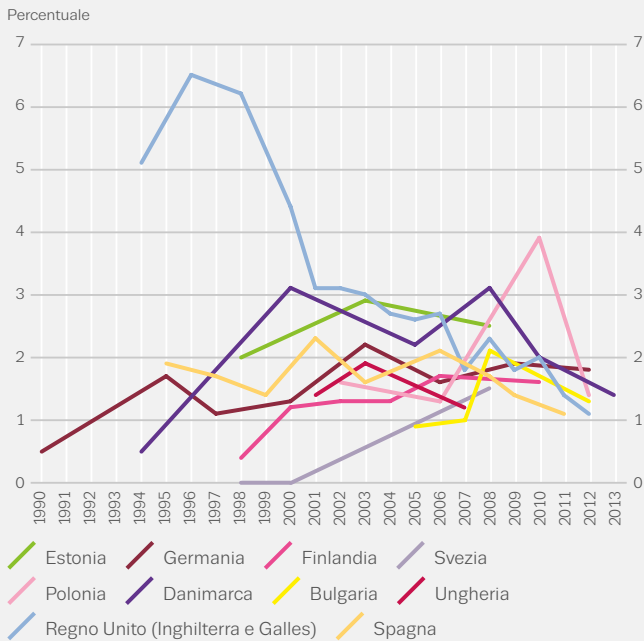
Tendenze relative ai pazienti che si sono sottoposti a trattamento per la prima volta



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

FIGURA 2.6

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



Percentuale <0,5 0,51-1,0 1,1-1,5 >1,5
Nessun dato disponibile

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

Amfetamine: il consumo è in calo ma persistono i rischi sanitari

L'amfetamina e la metamfetamina, due stimolanti strettamente correlati, sono entrambe utilizzate in Europa, benché l'amfetamina sia di gran lunga la più diffusa. Il consumo di metamfetamina è tradizionalmente limitato alla Repubblica ceca e, più di recente, alla Slovacchia, benché la situazione stia cambiando.

Entrambe queste droghe si possono assumere per via orale o inalazione, ma in alcuni paesi l'assunzione per via parenterale è relativamente comune tra consumatori problematici di stupefacenti. La metamfetamina si può anche fumare, ma questa modalità di assunzione è stata segnalata solo recentemente in Europa.

Gli effetti avversi per la salute correlati alle amfetamine comprendono problemi cardiovascolari, polmonari, neurologici e mentali, mentre come nel caso di altre droghe l'assunzione per via parenterale rappresenta un fattore di rischio per le malattie infettive. Come per altri stimolanti, i decessi correlati alle amfetamine possono essere difficili da individuare. Tuttavia, ogni anno ne viene segnalato un piccolo numero, soprattutto dai paesi ad alta prevalenza.

Si stima che nell'ultimo anno 1,2 milioni (0,9 %) di giovani adulti (15-34) abbiano consumato amfetamine. Tra il 2007 e il 2012, le stime annuali relative alla diffusione tra i giovani adulti si sono mantenute relativamente basse e stabili nella maggior parte dei paesi europei, con livelli di prevalenza del 2,5 % o inferiori in tutti i paesi dichiaranti. Dei 12 paesi che hanno svolto indagini dal 2011, 11 hanno segnalato un calo della prevalenza di amfetamina (Figura 2.6).

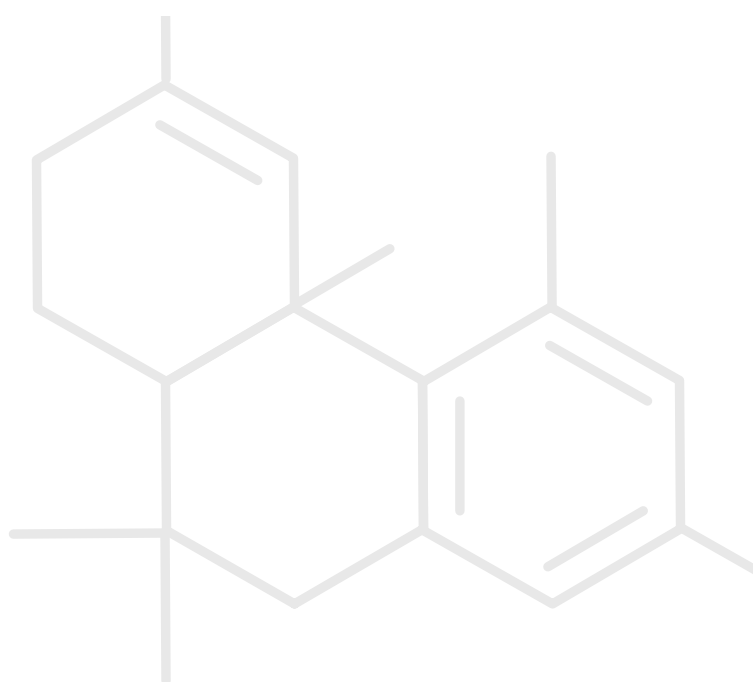


Consumo di amfetamine, un fenomeno sfaccettato

La Repubblica ceca e la Slovacchia segnalano modelli di consumo di metamfetamina radicati nel lungo periodo, con le stime più recenti relative al consumo problematico tra gli adulti (15-64 anni) pari allo 0,42 % circa per la Repubblica ceca (2012) e allo 0,21 % per la Slovacchia (2007). In alcune regioni della Germania e in Grecia, Cipro, Lettonia e Turchia vi sono indicazioni recenti di consumo problematico di metamfetamina anche tra consumatori di stupefacenti ad altro rischio, tra cui segnali preoccupanti dai paesi dell'Europa meridionale della diffusione del fumo dei cristalli di metamfetamina tra sottopopolazioni di consumatori di oppiacei per via parenterale. Inoltre, si sono individuate nuove tendenze nell'assunzione per via parenterale tra piccoli gruppi di uomini omosessuali in alcune grandi città europee.

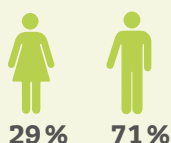
In Europa il 6 % circa dei pazienti che si sono sottoposti a un trattamento specialistico della tossicodipendenza nel 2012 segnalano le amfetamine come droga primaria (approssimativamente 25 000 pazienti, 10 000 dei quali entrati in trattamento per la prima volta nella vita). I consumatori primari di amfetamine costituiscono una percentuale significativa delle prime richieste di trattamento segnalate soltanto in Germania, Lettonia e Polonia, mentre la metamfetamina viene indicata come droga primaria da un'ampia percentuale dei pazienti

entrati in trattamento per la prima volta nella Repubblica ceca e in Slovacchia. Recenti incrementi del numero di pazienti entrati in trattamento per la prima volta per consumo di amfetamina sono segnalati innanzi tutto dalla Germania, mentre nella Repubblica ceca e in Slovacchia sono aumentati i pazienti che si sottopongono per la prima volta al trattamento per consumo di metamfetamina.

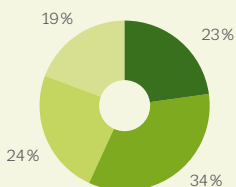


CONSUMATORI DI AMFETAMINE IN TRATTAMENTO

Caratteristiche

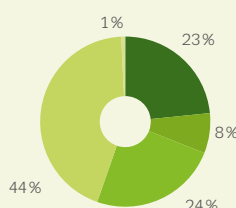


Età media al primo consumo 19
Età media all'inizio del trattamento 29



Frequenza di consumo nell'ultimo mese

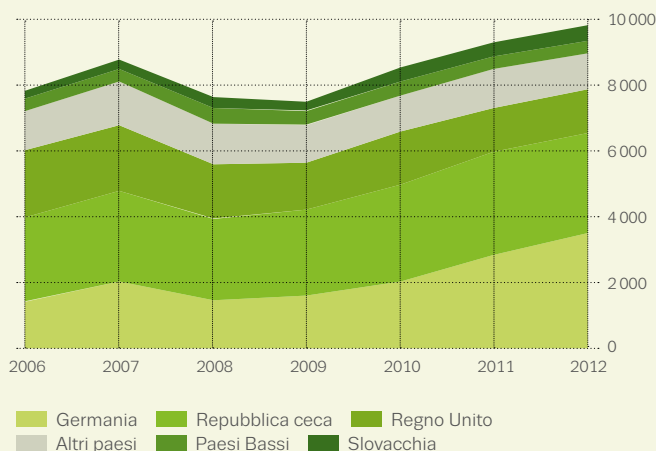
- Giornaliera
- Da due a sei volte alla settimana
- Una volta alla settimana o meno
- Nessun consumo nell'ultimo mese



Metodo di assunzione

- Per via parenterale
- Inalando il fumo
- Attraverso cibi/bevande
- Sniffando
- Altro

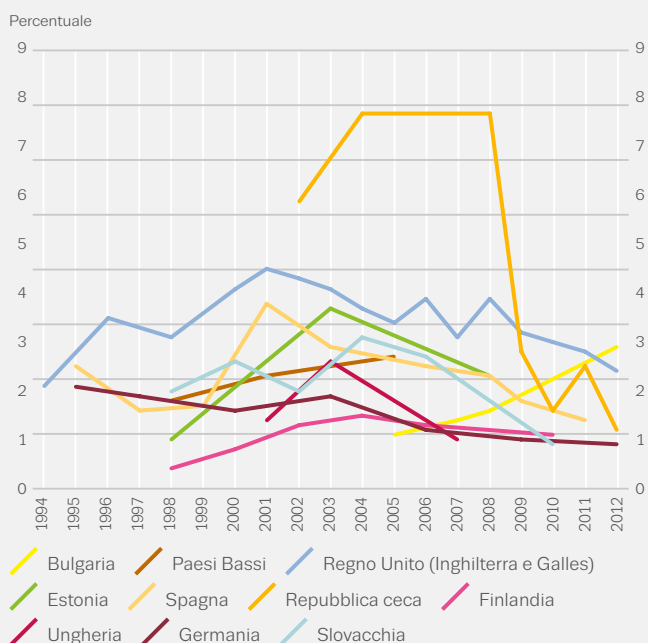
Tendenze relative ai pazienti che si sono sottoposti a trattamento per la prima volta



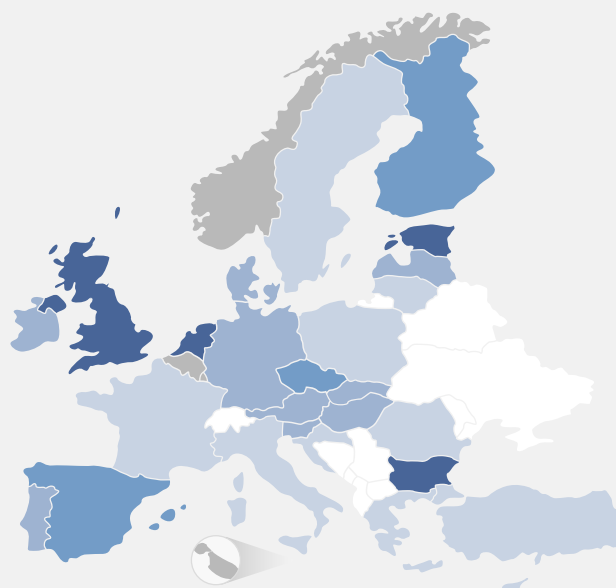
NB: le caratteristiche riguardano tutti i pazienti in trattamento per i quali l'amfetamina è la droga primaria. Le tendenze riguardano i pazienti che si sono sottoposti a trattamento per la prima volta per i quali l'amfetamina è la droga primaria. I paesi compresi nella statistica variano per indicatore.

FIGURA 2.7

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



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



Percentuale <0,5 0,51-1,0 1,1-2,0 >2,0
 Nessun dato disponibile

Consumo di ecstasy: tendenze stabili e in calo nella popolazione generale

Con il termine ecstasy si fa solitamente riferimento alla sostanza sintetica nota come MDMA. Questa sostanza stupefacente viene consumata soprattutto in compresse, ma è disponibile anche in cristalli o in polvere; viene solitamente deglutita o assunta per inalazione.

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 si verificano ma sono rari.

Si stima che 1,3 milioni di giovani adulti (15-34) abbiano consumato ecstasy nell'ultimo anno (1,0 % di questa fascia di età), con stime nazionali che variano dallo 0,1 % al 3,1 %. In Europa, il consumo di questa droga ha raggiunto l'apice tra il 2000 e il 2005, prima di cominciare a calare (Figura 2.7). Tra il 2007 e il 2012 la maggior parte dei paesi ha segnalato tendenze stabili o in calo per quanto riguarda il consumo di ecstasy. Eccezione fatta per la Bulgaria, che registra una tendenza all'aumento della

prevalenza dal 2005, questo calo continua a evidenziarsi nei dati forniti dai 12 paesi che hanno condotto indagini dal 2011 in poi. Pochi consumatori sono entrati in trattamento per problemi correlati all'ecstasy nel 2012: l'ecstasy è stata citata come droga primaria da meno dell'1 % (circa 550 persone) dei pazienti sottoposti a trattamento per la prima volta segnalati in Europa.

**Tra il 2007 e il 2012,
 la maggior parte dei paesi
 ha segnalato tendenze
 stabili o in calo per quanto
 riguarda il consumo di ecstasy**

Catinoni sintetici: preoccupa l'assunzione per via parenterale

I catinoni sintetici, tra cui mefedrone e MPDV, si sono ormai conquistati uno spazio nel mercato degli stimolanti illeciti in alcuni paesi. Le limitate informazioni disponibili suggeriscono che i livelli di prevalenza restano bassi. Soltanto il Regno Unito (Inghilterra e Galles) ha costantemente effettuato indagini estese anche ai catinoni. Nell'ultima indagine (2012-2013), il consumo di mefedrone dello scorso anno tra gli adulti di età compresa tra 16 e 59 anni è stato stimato allo 0,5 %, in calo rispetto all'1,1 % del 2011-2012 e all'1,4% del 2010-2011. Anche dai risultati di un'indagine non rappresentativa tra frequentatori di locali notturni nel Regno Unito è emerso un calo nel consumo di mefedrone nell'ultimo anno (da 19,5 % nel 2011 a 13,8 % nel 2012).

L'assunzione per via parenterale di catinoni, come mefedrone, MDPV e pentedrone, resta una preoccupazione ed è stata segnalata tra diverse popolazioni, tra cui consumatori di oppiacei per via parenterale, pazienti in trattamento, carcerati e piccoli gruppi di uomini omosessuali. In Ungheria, in Romania e nel Regno Unito è stato segnalato un aumento delle richieste di trattamento per problemi associati al consumo di catinoni sintetici. In Romania i pazienti sottoposti a trattamento per la prima volta hanno dichiarato come droga primaria nuove sostanze psicoattive in percentuale più elevata (37 %) rispetto all'eroina (21 %). Nel periodo 2011-2012, nel Regno Unito si sono stimati 1 900 consumatori di mefedrone che sono entrati in trattamento, più della metà minori di 18 anni.

Scarso consumo di allucinogeni, GHB e chetamina

Alcune sostanze psicoattive con proprietà allucinogene, anestetiche e depressive sono disponibili in Europa sul mercato delle sostanze illecite: si possono consumare singolarmente, insieme o al posto di altre droghe più comuni. I livelli generali di prevalenza del consumo di funghi allucinogeni e LSD (dietilammide dell'acido lisergico) in Europa sono generalmente bassi e stabili ormai da qualche anno. Tra i giovani adulti (15-34), le stime di indagini nazionali relative alla prevalenza nell'ultimo anno variano dallo 0 % allo 0,8 % per il consumo di funghi allucinogeni e dallo 0 % allo 0,7 % per l'LSD.

Dalla metà degli anni '90, presso diversi sottogruppi di consumatori di droga in Europa è segnalato l'uso in ambienti ricreativi di chetamina e gamma-idrossibutirrato (GHB). Vi è una crescente consapevolezza dei problemi sanitari correlati a queste sostanze, ad esempio i danni

alla vescica associati a un consumo prolungato di chetamina. La perdita di conoscenza, la sindrome da astinenza e la dipendenza sono rischi legati al consumo di GHB, con alcune richieste di trattamento segnalate da Belgio e Paesi Bassi.

Laddove disponibili, le stime nazionali sulla prevalenza del consumo di GHB e chetamina negli adulti e nella popolazione scolastica rimangono basse. La Danimarca segnala una prevalenza del consumo di chetamina dello 0,3 % tra i giovani adulti (15-34) nell'ultimo anno, mentre nel Regno Unito lo 0,8 % dei giovani di età compresa tra 16 e 24 anni ha dichiarato di aver consumato chetamina nell'ultimo anno, in calo rispetto al picco del 2,1 % nel 2010. Indagini mirate ad ambienti di vita notturna segnalano solitamente livelli più alti di prevalenza. Tra gli intervistati del Regno Unito che avevano risposto a un'indagine di autoselezione del 2013 su Internet ed erano stati classificati come frequentatori abituali di locali notturni, il 31 % ha dichiarato di aver consumato chetamina e il 2 % di aver consumato GHB nell'ultimo anno.

Alcune sostanze psicoattive con proprietà allucinogene, anestetiche e depressive sono disponibili in Europa sul mercato delle sostanze illecite

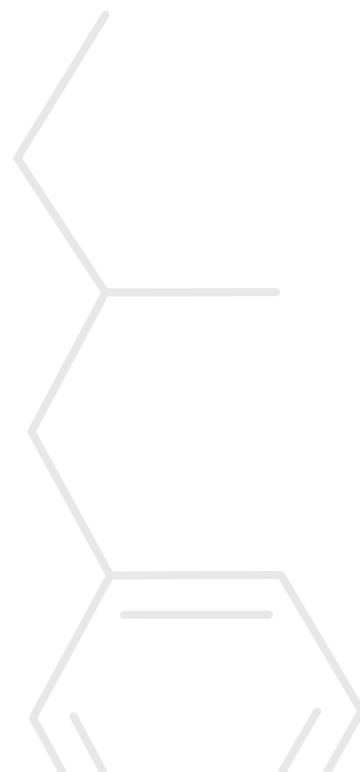


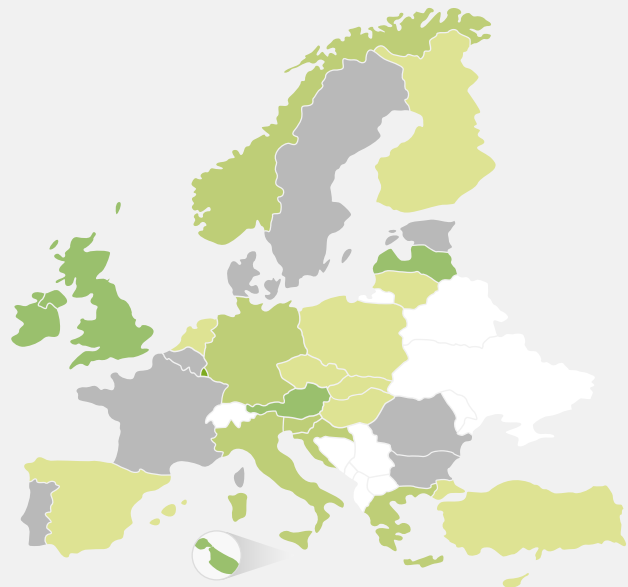
FIGURA 2.8

Stime nazionali relative alla prevalenza nell'ultimo anno del consumo problematico di oppiacei

Casi per 1 000 abitanti di età compresa tra 15 e 64 anni



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



Tasso per 1 000 abitanti <2,50 2,51-5,0 >5,0
Nessun dato disponibile

NB: I dati relativi alla Finlandia sono del 2005 e quelli relativi all'Irlanda sono del 2006.

Oppiacei: 1,3 milioni di consumatori problematici

Il consumo illecito 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 o 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. Il consumo di oppiacei tende ad essere più elevato fra i gruppi emarginati nelle aree urbane.

In Europa si sono registrate varie ondate di dipendenza da eroina: la prima ha investito molti paesi dell'Europa occidentale dalla metà degli anni '70, mentre la seconda interessa l'Europa centrale e orientale dalla metà alla fine degli anni '90. Benché le tendenze si siano diversificate negli ultimi dieci anni, nel complesso le nuove iniziazioni al consumo di eroina sembrano attualmente in calo.

La prevalenza media annuale del consumo problematico di oppiacei tra gli adulti (15-64 anni) nel 2012 è stimata all'incirca allo 0,4 %, l'equivalente di 1,3 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 tra 15 e 64 anni (Figura 2.8).

Eroina: costante calo delle richieste di trattamento

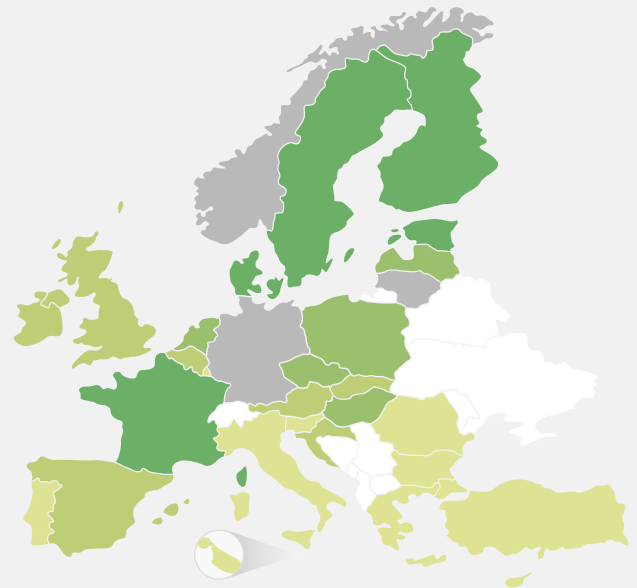
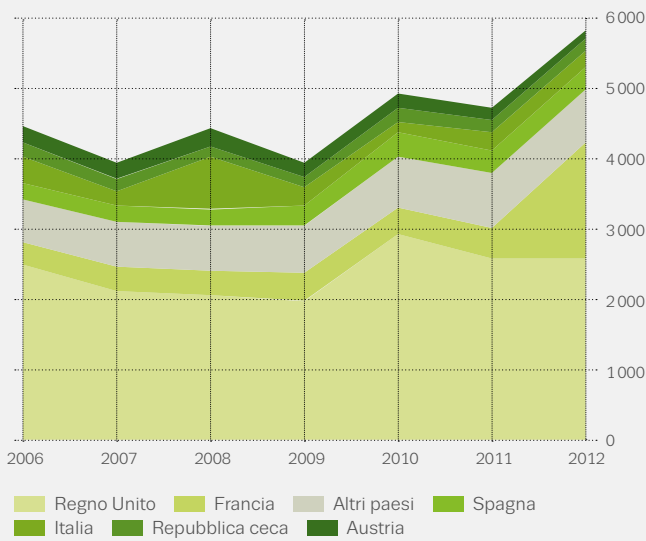
I consumatori di oppiacei (soprattutto di eroina) come droga primaria rappresentano il 46 % di tutti i consumatori di stupefacenti che nel 2012 si sono sottoposti a trattamento specialistico della tossicodipendenza in Europa (180 000 pazienti) e circa il 26 % di quelli che si sono sottoposti a trattamento per la prima volta. In Europa il numero complessivo dei nuovi pazienti eroinomani è in calo; dopo aver toccato l'apice nel 2007 (59 000), si è quasi dimezzato passando a 31 000 nel 2012. Nel complesso, sembra che le nuove iniziazioni al consumo di eroina siano diminuite e che questo cominci ora a influire sulla richiesta di trattamento.

Oppiacei diversi dall'eroina: una crescente preoccupazione

Nel 2012, nella maggioranza dei paesi europei (17) più del 10 % dei consumatori di oppiacei che si sono sottoposti a trattamento specialistico della tossicodipendenza per la prima volta consumavano oppiacei diversi dall'eroina (Figura 2.9) tra cui il metadone, la buprenorfina e il fentanil. 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 la maggior parte dei consumatori di oppiacei assume la buprenorfina come droga primaria.

FIGURA 2.9

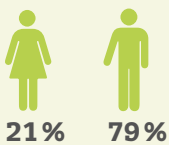
Pazienti che si sono sottoposti a trattamento per la prima volta per oppiacei diversi dall'eroina: tendenze in cifre (a sinistra) e come percentuale di tutti i pazienti che si sono sottoposti a trattamento per la prima volta per i quali gli oppiacei sono la droga primaria (a destra)



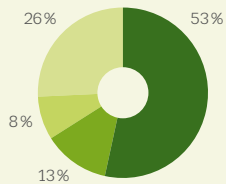
Percentuale
 <10 10-24 25-50 >50
 Nessun dato disponibile

CONSUMATORI DI EROINA IN TRATTAMENTO

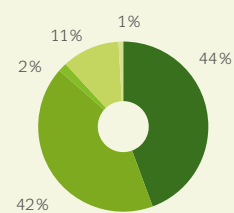
Caratteristiche



Età media al primo consumo **22**
 Età media all'inizio del trattamento **36**

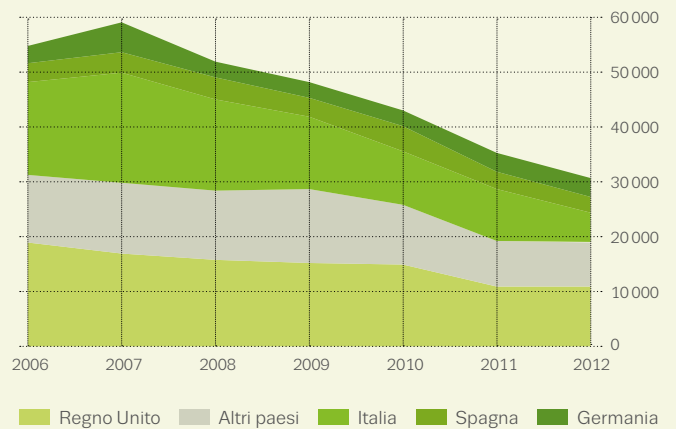


Frequenza di consumo nell'ultimo mese
 Giornaliera
 Da due a sei volte alla settimana
 Una volta alla settimana o meno
 Nessun consumo nell'ultimo mese



Metodo di assunzione
 Per via parenterale
 Inalando il fumo
 Attraverso cibi/bevande
 Sniffando
 Altro

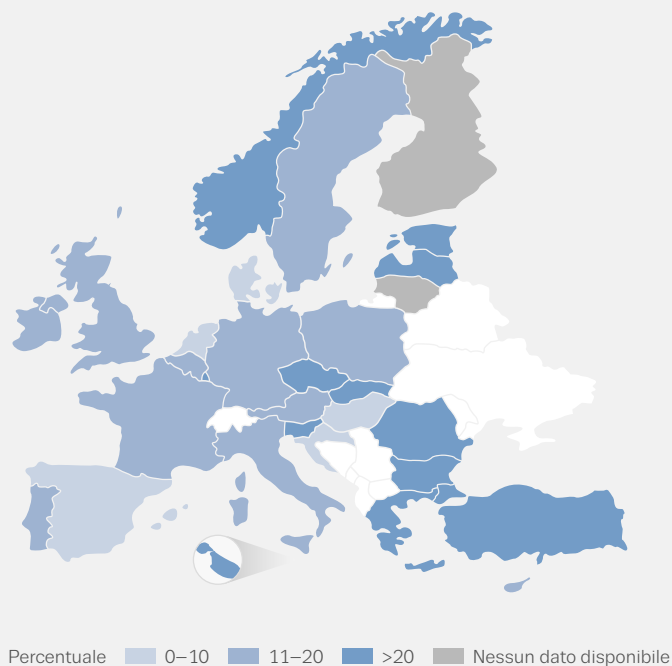
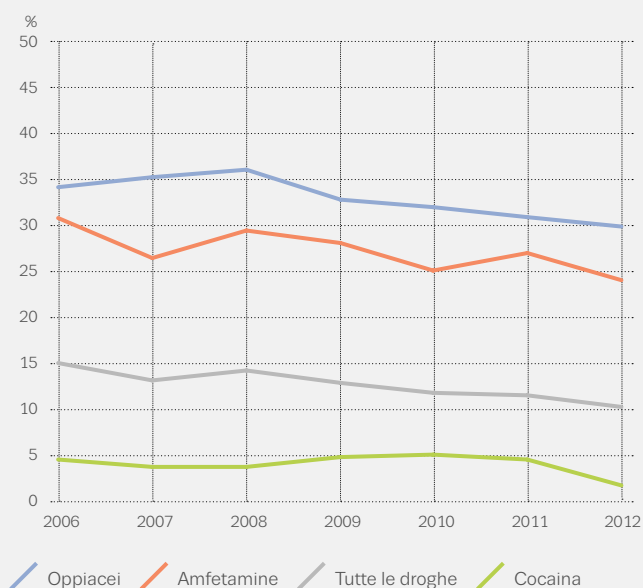
Tendenze relative ai pazienti che si sono sottoposti a trattamento per la prima volta



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

FIGURA 2.10

Prevalenza dell'assunzione per via parenterale nell'ultimo mese tra pazienti in trattamento: tendenze tra i pazienti che si sono sottoposti a trattamento per la prima volta (a sinistra), tassi nazionali tra tutti i pazienti in trattamento (a destra)



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

I consumatori di sostanze stupefacenti per via parenterale figurano fra i soggetti che corrono il rischio più elevato di andare incontro a problemi di salute, come infezioni trasmissibili per via ematica oppure overdose da stupefacenti. L'assunzione per via parenterale è comunemente associata al consumo di oppiacei, benché in alcuni paesi l'assunzione per via parenterale di amfetamine costituisca un grave problema. Dodici 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 15 e 64 anni. Tra coloro che si sottopongono a trattamento specialistico, il 38 % dei pazienti per consumo di oppiacei e il 23 % dei pazienti per consumo di amfetamine dichiarano di assumere droga per via parenterale. I livelli dell'assunzione per via parenterale tra i consumatori di oppiacei variano da meno del 6 % nei Paesi Bassi al 100 % in Lituania.

Da un'analisi delle tendenze tra i pazienti sottoposti a trattamento per la prima volta in Europa emerge un calo del consumo per via parenterale come metodo principale di assunzione a partire dal 2006 (Figura 2.10). Nello stesso

periodo è diminuita anche la percentuale di nuovi pazienti che hanno dichiarato di aver assunto per via parenterale amfetamine, cocaina e oppiacei nell'ultimo mese.

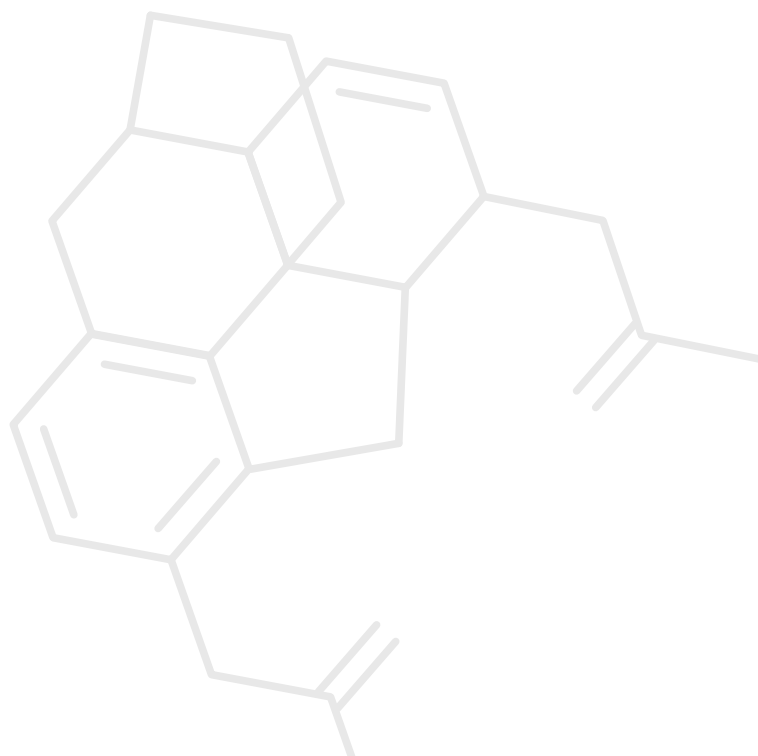
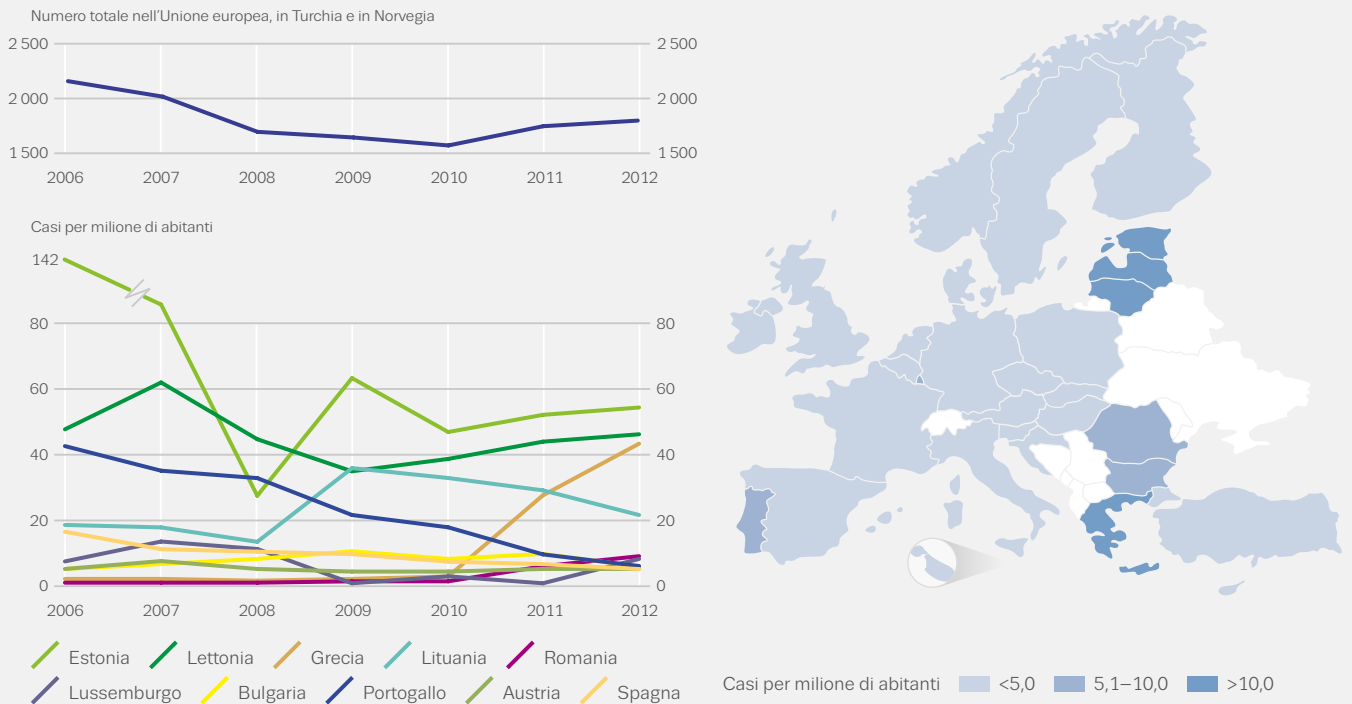


FIGURA 2.11

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



NB: nuove infezioni da HIV diagnosticate tra consumatori di stupefacenti per via parenterale nei 10 paesi che hanno segnalato i tassi più alti nel 2012 (fonte: ECDC).

HIV: impatto delle epidemie sulla tendenza nell'UE

L'assunzione di stupefacenti per via parenterale continua a svolgere un ruolo rilevante nella trasmissione per via ematica delle malattie infettive, tra cui l'epatite C e in alcuni paesi l'HIV/AIDS. Secondo i dati più recenti, il calo di lungo periodo 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 (Figura 2.11). Nel 2012 il tasso medio delle nuove diagnosi di HIV segnalate e attribuite all'assunzione di stupefacenti per via parenterale è stato pari a 3,09 per milione di abitanti. Benché le cifre siano soggette a revisione, nel 2012 sono stati segnalati 1 788 nuovi casi, in leggero aumento rispetto al 2011 (1 732), secondo la tendenza all'aumento già osservata a partire dal 2010.

Mentre nel 2010 Grecia e Romania hanno contribuito per poco più del 2% al numero totale di nuove diagnosi, nel 2012 la cifra è salita al 37%. In altri paesi, come Spagna e Portogallo, che in passato hanno sperimentato periodi con tassi d'infezione elevati, le tendenze nei tassi di nuove diagnosi segnalate sono in costante calo. Tuttavia, la situazione è meno positiva in Estonia, dove la percentuale di nuove diagnosi si mantiene elevata, e in Lettonia, dove i tassi annuali sono in aumento dal 2009.

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 per via parenterale anche le malattie epatiche, dovute principalmente a infezione da HCV e spesso aggravate dal forte consumo di alcol.

La mortalità correlata all'HIV è la causa di morte indiretta più documentata fra i consumatori di stupefacenti

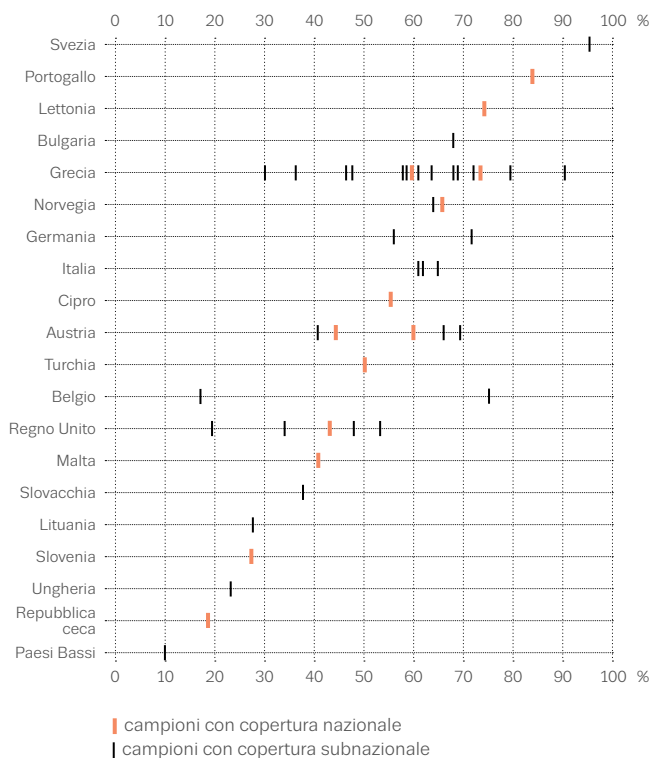
Epatite e altre infezioni: importanti questioni sanitarie

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 2011–2012 variano dal 19 % all'84 %; sette degli undici paesi che dispongono di dati nazionali segnalano un tasso di prevalenza superiore al 50 % (Figura 2.12). Tra i paesi che dispongono di dati sulle tendenze nazionali per il periodo 2007–2012, un calo della prevalenza dell'HCV nei consumatori di droga per via parenterale è stato segnalato in Norvegia, mentre in altri sette si è osservato un incremento.

Calcolato come media nei 18 paesi per i quali sono disponibili dati per il periodo 2011–2012, il consumo di droga per via parenterale è la causa del 64 % di tutte le diagnosi di HCV e del 50 % 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 9 % di tutte le diagnosi e il 21 % delle diagnosi acute notificate. Il consumo di droga può rappresentare un fattore di rischio per altre malattie

FIGURA 2.12

Prevalenza degli anticorpi anti-HCV tra i consumatori di sostanze stupefacenti per via parenterale (2011-2012)



Tipicamente, le vittime di overdose hanno almeno 35 anni e la loro età media è in aumento

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. Ad esempio, tra giugno 2012 e marzo 2013 sono stati segnalati 15 casi di antrace correlati a sostanze stupefacenti, sette dei quali mortali.

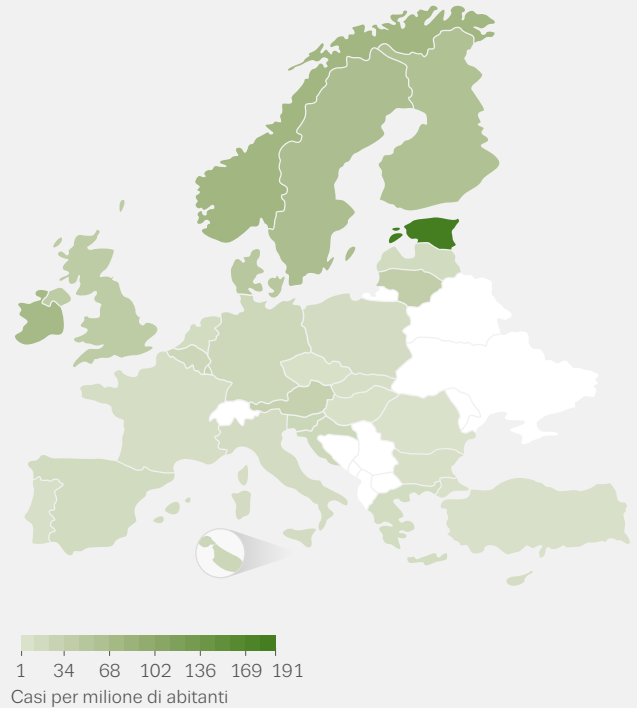
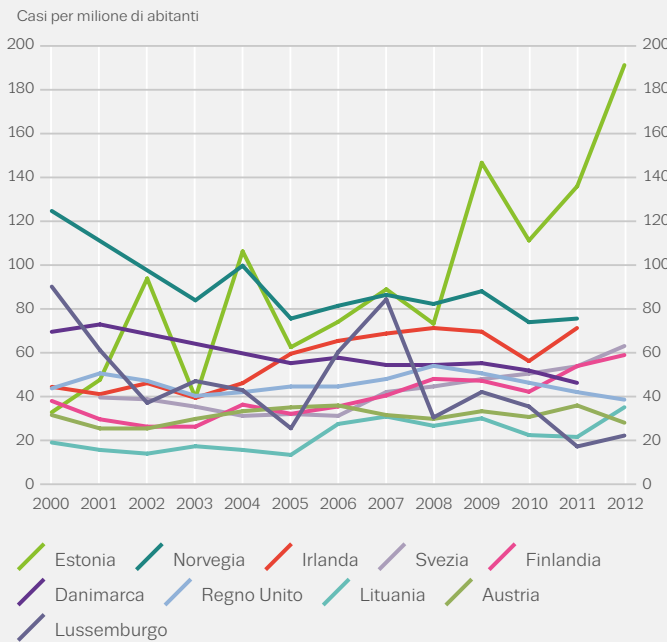
Decessi per overdose: calo generale, ma incrementi in alcuni paesi

Il consumo di sostanze stupefacenti è una delle principali cause di mortalità tra i giovani europei, sia direttamente in seguito a overdose (decessi indotti da stupefacenti) sia indirettamente in seguito a malattie, incidenti, violenze e suicidi connessi al consumo di stupefacenti. La maggior parte degli studi di coorte sui consumatori problematici di stupefacenti evidenzia tassi di mortalità che oscillano tra l'1 e il 2 % l'anno, e si è stimato che ogni anno in Europa muoiono circa 10 000-20 000 consumatori di oppiacei. In generale, i consumatori di oppiacei hanno una probabilità 10 volte superiore di morire rispetto ai propri coetanei dello stesso sesso. Per le consumatrici di oppiacei, in alcuni paesi il rischio di morte può superare di ben 30 volte quello delle loro omologhe.

L'overdose continua ad essere la principale causa di morte tra i consumatori problematici di stupefacenti. L'eroina o i suoi metaboliti sono presenti in gran parte dei casi segnalati di overdose, spesso in associazione con altre sostanze come l'alcol o le benzodiazepine. Oltre all'eroina, nelle relazioni tossicologiche di solito sono presenti altri oppiacei, fra cui il metadone, la buprenorfina, il fentanil e il tramadol; alcuni paesi segnalano che tali sostanze sono responsabili di una quota consistente dei decessi per overdose. In due paesi, il numero di casi di overdose dovuti al metadone supera quelli dovuti all'eroina. Nella maggioranza dei casi in cui si identifica il metadone, al momento del decesso la vittima non è in terapia sostitutiva, ma ha consumato metadone illegale in un contesto di poliassunzione.

FIGURA 2.13

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



NB: tendenze per i dieci paesi che hanno segnalato i tassi più alti nel 2011 e 2012.

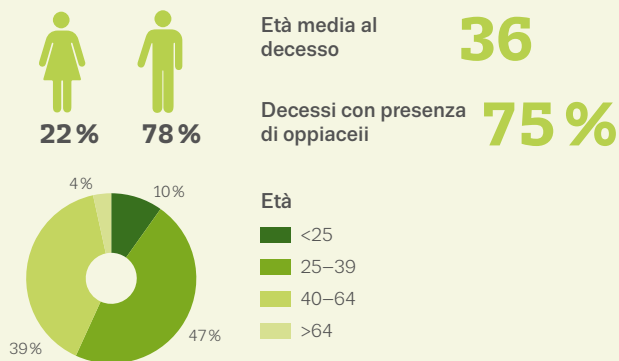
I decessi correlati al consumo di stupefacenti tra gli individui molto giovani sono motivo di forte preoccupazione, ma solo il 10 % dei decessi per overdose segnalati in Europa riguarda soggetti di età inferiore ai 25 anni. Tipicamente, le vittime di overdose hanno almeno 35 anni e la loro età media è in aumento; questo fa pensare che l'età della coorte dei consumatori problematici di

oppiacei si stia alzando. La maggior parte dei decessi per overdose (78 %) si registra fra persone di sesso maschile.

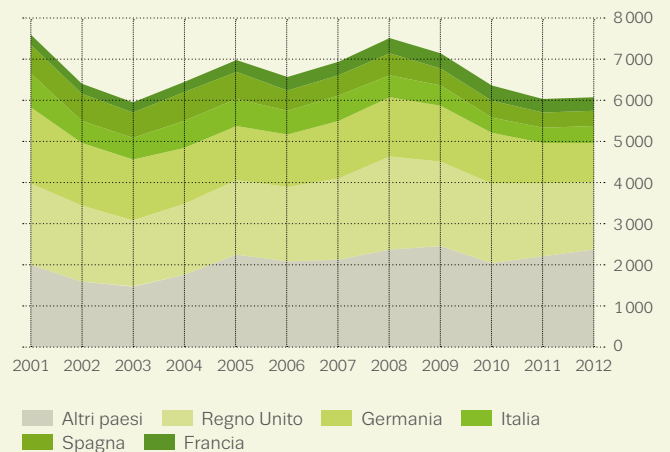
Per il 2012, in Europa il tasso medio di mortalità per overdose è stimato in 17 decessi per milione di abitanti di età compresa fra 15 e 64 anni. I tassi di mortalità nazionali variano notevolmente e sono influenzati da fattori quali i

DECESSI INDOTTI DAGLI STUPEFACENTI

Caratteristiche



Tendenza dei decessi per overdose



modelli di consumo di stupefacenti, in particolare l'assunzione per via parenterale, le caratteristiche della popolazione dei consumatori di droghe e le prassi di segnalazione. Sono stati segnalati tassi superiori a 40 decessi per milione di abitanti in sei paesi, con i tassi più alti dichiarati in Norvegia (76 per milione) e in Estonia (191 per milione) (Figura 2.13). I decessi per overdose in Estonia hanno registrato un forte incremento, a dimostrazione dell'impatto che possono avere sulle cifre nazionali i diversi modelli di consumo degli stupefacenti; in Estonia infatti i decessi per overdose sono dovuti prevalentemente all'uso di fentanil, un oppiaceo sintetico altamente potente.

La maggior parte dei paesi ha segnalato un tendenziale aumento dei decessi per overdose dal 2003 al 2008-2009, quando i livelli generali si sono dapprima stabilizzati per poi cominciare a scendere. Complessivamente, nel 2012 sono stati segnalati circa 6 100 decessi per overdose, un dato simile al numero di casi segnalati nel 2011 e in calo rispetto ai 7 100 casi del 2009. Tuttavia, la situazione varia nei singoli paesi, alcuni dei quali riportano ancora degli incrementi.

MAGGIORI INFORMAZIONI

Pubblicazioni EMCDDA

2014

Injection of cathinones, Prospettive sulle droghe.

2013

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

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

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

2012

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

Fentanyl in Europe, 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, Monographs.

Pubblicazioni congiunte EMCDDA ed ESPAD

2012

Sintesi. Relazione ESPAD 2011.

Pubblicazioni congiunte EMCDDA ed ECDC

2012

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

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

3

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

Risposta sociale e sanitaria ai problemi della droga

Il presente capitolo prende in esame gli interventi intesi alla prevenzione, al trattamento e alla riduzione dei danni correlati al consumo di stupefacenti e valuta se i paesi hanno adottato approcci comuni, in che misura le loro informazioni si basano su dati probanti e se i servizi disponibili corrispondono alle necessità stimate.

Il monitoraggio della risposta sociale e sanitaria

Il presente capitolo attinge alle valutazioni nazionali annuali fornite dai punti focali dell'EMCDDA, integrate da dati sulla richiesta di trattamento, sull'offerta di terapia sostitutiva per la dipendenza da oppiacei, nonché sulla fornitura di aghi e siringhe. I giudizi degli esperti forniscono informazioni aggiuntive sulla disponibilità di servizi laddove non siano disponibili serie di dati più formalizzate. Inoltre, il capitolo contiene informazioni derivanti dall'analisi dei dati scientifici disponibili in merito all'efficacia degli interventi di sanità pubblica.

Altre informazioni sono reperibili sul sito dell'EMCDDA alla pagina Health and social responses profiles (Profili della risposta sociale e sanitaria), nel documento European Drug Report: Data and statistics (Relazione europea sulla droga: dati e statistiche) e sul Best practice portal (Portale delle migliori prassi).

Prevenzione della tossicodipendenza per gruppi vulnerabili di giovani

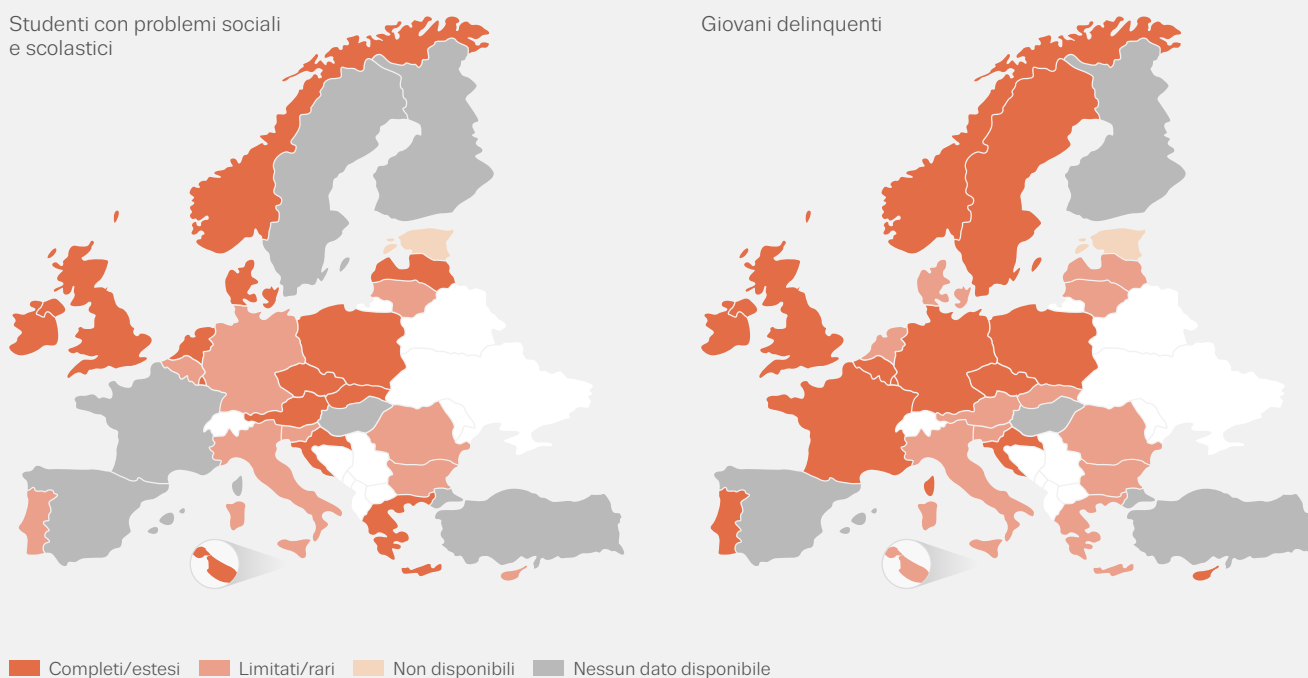
Per far fronte al consumo di stupefacenti e ai problemi a questo correlati si adottano varie strategie di prevenzione. Gli approcci ambientali e universali sono diretti all'intera popolazione, la prevenzione selettiva si concentra sui gruppi vulnerabili, più esposti al rischio di problemi di tossicodipendenza, mentre la prevenzione "mirata" è rivolta agli individui a rischio. Nella relazione di quest'anno, l'attenzione si concentra sulla prevenzione selettiva, un approccio che si sta dimostrando sempre più efficace con

FIGURA 3.1

Disponibilità di interventi specifici di prevenzione del consumo di stupefacenti per gruppi vulnerabili selezionati (giudizi degli esperti, 2012)

Studenti con problemi sociali e scolastici

Giovani delinquenti



programmi incentrati su aspetti quali la definizione di norme, la ristrutturazione ambientale, la motivazione, le competenze e i processi decisionali. Tuttavia, molti programmi continuano a basarsi su interventi di informazione, sensibilizzazione e consulenza, tutti approcci la cui efficacia si è dimostrata piuttosto scarsa.

Due importanti gruppi destinatari d'interventi di prevenzione selettiva sono gli studenti con problemi scolastici e sociali e i giovani delinquenti (Figura 3.1). I giudizi degli esperti indicano un aumento dell'offerta generale di servizi per questi due gruppi tra il 2007 e il 2010, benché nel 2013 non si siano osservati ulteriori cambiamenti.

Per quanto riguarda gli interventi rivolti agli studenti, è dimostrato che le strategie intese a migliorare l'ambiente scolastico possono favorire la riduzione del consumo di sostanze. Gli approcci adottati in questo campo comprendono la formazione degli insegnanti e misure intese a migliorare la partecipazione degli studenti e a promuovere un ethos scolastico positivo. Altre misure di prevenzione rivolte agli studenti mirano a promuovere l'autocontrollo e a costruire competenze sociali, mentre gli approcci incentrati sulla famiglia sono intesi a migliorare le competenze genitoriali.

Nel caso dei giovani delinquenti, la maggioranza dei paesi segnala ora l'introduzione di misure alternative alle sanzioni penali. Un programma degno di nota in questo campo è FreD, che prevede una serie di interventi basati su un manuale ed è già attuato in 15 Stati membri dell'UE. Le valutazioni del programma indicano un calo dei tassi di recidiva.

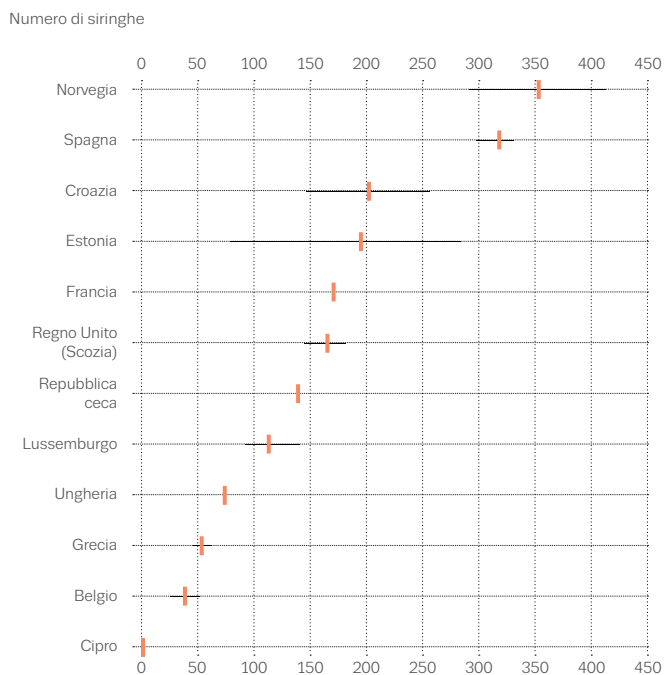
Riduzione del danno negli ambienti della vita notturna: necessità di un approccio integrato

L'associazione tra gli ambienti della vita notturna e alcuni modelli di consumo di droga e alcol ad alto rischio è ben nota. Ciononostante, solo un numero limitato di paesi europei riferisce di attuare strategie di prevenzione in questo campo (Figura 3.2), mentre i giudizi degli esperti indicano un calo generalizzato delle attività tra il 2010 e il 2013.

A livello europeo, le norme elaborate da Club Health e Safer Nightlife offrono una guida per l'attuazione di programmi di prevenzione in ambienti ricreativi. Per quanto concerne la riduzione del danno, si sono ottenuti risultati positivi con strategie integrate di prevenzione ambientale, che comprendono aspetti quali la promozione della vendita responsabile di alcol, la formazione dei baristi e del personale di sicurezza e la collaborazione con gli organismi preposti all'applicazione della legge.

FIGURA 3.4

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.

programmi specializzati nel 2012 andava da zero a Cipro a più di 300 in Spagna e Norvegia (Figura 3.4).

Come rilevato nel capitolo 2, recentemente in Grecia e Romania sono state segnalate nuove epidemie di infezioni da HIV tra consumatori di stupefacenti per via parenterale. In seguito a questi episodi è stata effettuata una valutazione dei rischi per verificare se altri paesi potrebbero essere esposti a nuove epidemie da HIV. La Figura 3.5 presenta una panoramica di alcuni indicatori di alto livello dei potenziali rischi. Sulla base di questa semplice analisi, si può ritenere che in circa un terzo dei paesi siano presenti dei fattori di rischio, con la conseguente necessità di una vigilanza costante e di considerazioni in merito a una maggiore diffusione delle misure di prevenzione dell'HIV.

Per l'epatite C, si applicano misure di prevenzione simili a quelle previste per la trasmissione dell'HIV. A livello politico, un numero crescente di paesi ha adottato o sta preparando strategie specifiche per l'epatite C. Tuttavia, le iniziative volte a fornire test e consulenze sull'epatite C a consumatori di stupefacenti per via parenterale sono

FIGURA 3.5

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

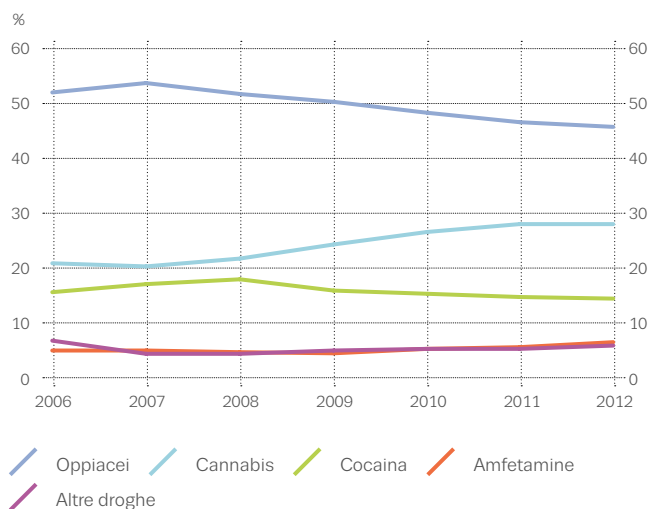
	Belgio	Bulgaria	Repubblica ceca	Danimarca	Germania	Estonia	Irlanda	Grecia	Spagna	Francia	Croazia	Italia	Cipro	Lettonia	Lituania	Lussemburgo	Ungheria	Malta	Paesi Bassi	Austria	Polonia	Portogallo	Romania	Slovenia	Slovacchia	Svezia	Finlandia	Regno Unito	Turchia	Norvegia
Prevalenza e tendenze dell'HIV	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange
Prevalenza e tendenze del consumo di droga per via parenterale (rischio di trasmissione)	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange
Copertura della terapia sostitutiva – meno del 30 %	Grey	Grey	Grey	Grey	Grey	Grey	Grey	Grey	Grey	Grey	Grey	Grey	Grey	Grey	Grey	Grey	Grey	Grey	Grey	Grey	Grey	Grey	Grey	Grey	Grey	Grey	Grey	Grey	Grey	Grey
Copertura di aghi e siringhe – meno di 100 per ciascun consumatore di droga per via parenterale	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange

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

Adattato da *Eurosurveillance* 2013;18(48):pii=20648.

FIGURA 3.6

Percentuale di pazienti che si sottopongono al trattamento specializzato della tossicodipendenza, per droga primaria



ancora limitate. Nonostante le crescenti prove che dimostrano l'efficacia del trattamento antivirale per l'epatite C presso i consumatori di stupefacenti per via parenterale, i livelli di offerta restano bassi.

Prevenzione delle overdose e dei decessi correlati alla droga

La necessità di ridurre il numero delle overdose mortali e di altri decessi correlati alla droga rimane una sfida importante per la politica sanitaria pubblica in Europa. Le risposte mirate in questo campo si concentrano sulla prevenzione del rischio di overdose o sul miglioramento delle probabilità di sopravvivere in simili casi. Il trattamento della tossicodipendenza, soprattutto la terapia sostitutiva per la dipendenza da oppiacei, previene le overdose e riduce il rischio di mortalità dei consumatori di stupefacenti. Una formazione specifica per rispondere alle overdose con la somministrazione di naloxone, un antagonista oppiaceo, può salvare delle vite in queste situazioni. Un tipo di intervento mirato a ridurre i casi di overdose e ad aumentare le probabilità di sopravvivenza sono le strutture controllate per il consumo di sostanze stupefacenti. Attualmente, tali strutture, 73 in totale, sono presenti in sei Stati membri dell'UE e in Norvegia. Negli ultimi tre anni, una serie di strutture sono state chiuse nei Paesi Bassi, a causa del calo della domanda, mentre ne sono state aperte di nuove in Danimarca (4) e in Grecia (1).

Tossicodipendenza: oltre un milione di europei in trattamento

Si stima che nel 2012 in Europa almeno 1,3 milioni di persone si siano sottoposte a trattamento per consumo di sostanze illecite. I consumatori di oppiacei rappresentano il gruppo più consistente di interessati, mentre i dati relativi alle richieste di trattamento (Figura 3.6) 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.

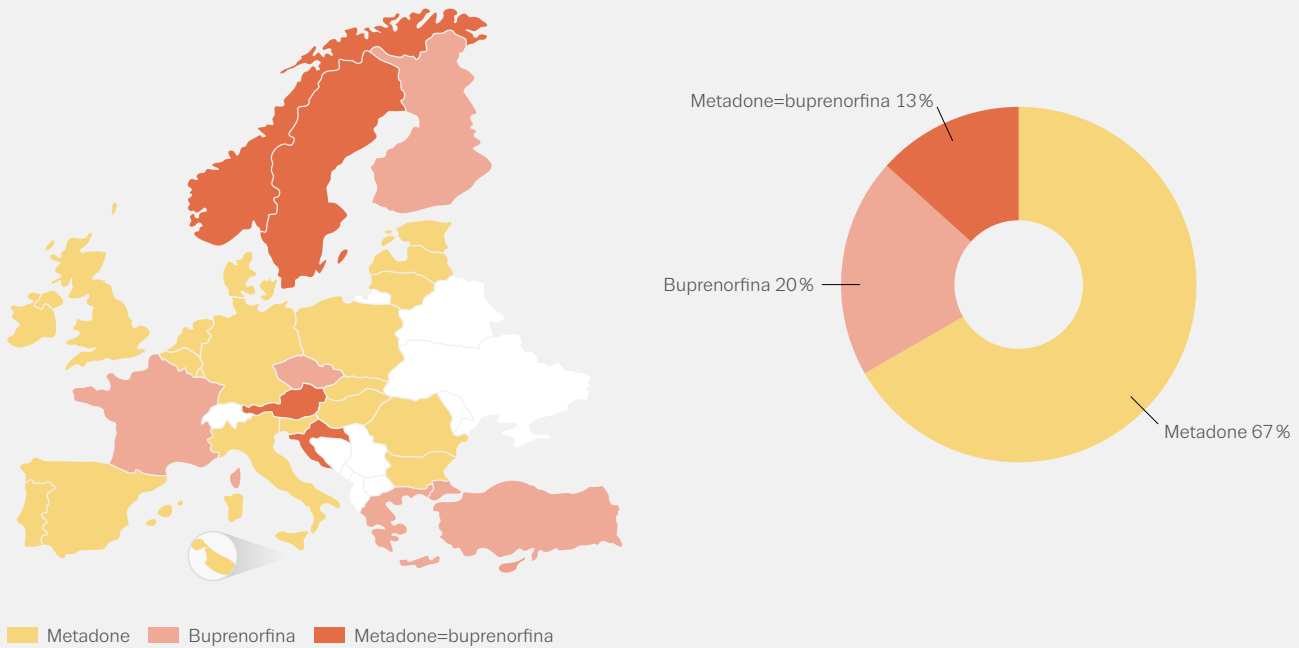
Il trattamento viene erogato per lo più in centri ambulatoriali, come unità di trattamento specialistico, centri sanitari generici, tra cui studi di medici generici, e servizi a bassa soglia di accesso. Una quota significativa del trattamento della tossicodipendenza viene erogata anche in regime di ricovero, ad esempio in centri specializzati di trattamento residenziale, comunità terapeutiche e strutture ospedaliere residenziali (ad esempio cliniche psichiatriche). Un approccio innovativo al trattamento è l'erogazione di servizi tramite Internet, che consente a chi ha bisogno di assistenza per un problema di tossicodipendenza di accedere da casa ai programmi di trattamento.

In Europa il trattamento più frequente in caso di dipendenza da oppiacei è la terapia sostitutiva, di solito associata ad interventi di assistenza psicosociale. I dati disponibili corroborano questo approccio combinato per mantenere i pazienti in trattamento, nonché per la riduzione del consumo illecito di oppiacei, dei danni e della mortalità correlati agli stupefacenti. Gli interventi psicosociali rappresentano la principale modalità di trattamento utilizzata per i consumatori di sostanze

La necessità di ridurre il numero delle overdose mortali e di altri decessi correlati alla droga rimane una sfida importante per la politica sanitaria pubblica in Europa

FIGURA 3.7

Principale farmaco sostitutivo degli oppiacei a livello nazionale (a sinistra) e in percentuale dei pazienti in terapia sostitutiva in Europa (a destra)



stimolanti e alcuni studi indicano risultati positivi associati a terapie cognitivo-comportamentali e interventi di gestione delle emergenze. Un numero crescente di paesi offre trattamenti specifici per la cannabis; i dati disponibili corroborano l'uso di una combinazione di terapie cognitivo-comportamentali, colloqui motivazionali e approcci di gestione delle emergenze. In alcuni casi si evidenzia l'opportunità della terapia familiare multidimensionale per i giovani consumatori di cannabis.

Terapia sostitutiva: la principale modalità di trattamento ambulatoriale

Il metadone è il farmaco sostitutivo prescritto più comunemente, assunto da due terzi dei pazienti in trattamento, mentre la buprenorfina viene prescritta alla maggior parte dei rimanenti consumatori (circa 20%) e rappresenta il principale farmaco sostitutivo in sei paesi (Figura 3.7). Circa il 6% di tutte le terapie sostitutive in Europa si basa sulla prescrizione di altre sostanze, come morfina a rilascio lento o diacetilmorfina (eroina).

Secondo le stime, nel 2012 il numero complessivo di consumatori di oppiacei sottoposti a terapia sostitutiva in Europa era pari a 734 000. Il dato è relativamente stabile rispetto al 2011 (726 000) ma in aumento rispetto ai 630 000 stimati per il 2007 (Figura 3.8). Nel 2012 cinque

FIGURA 3.8

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

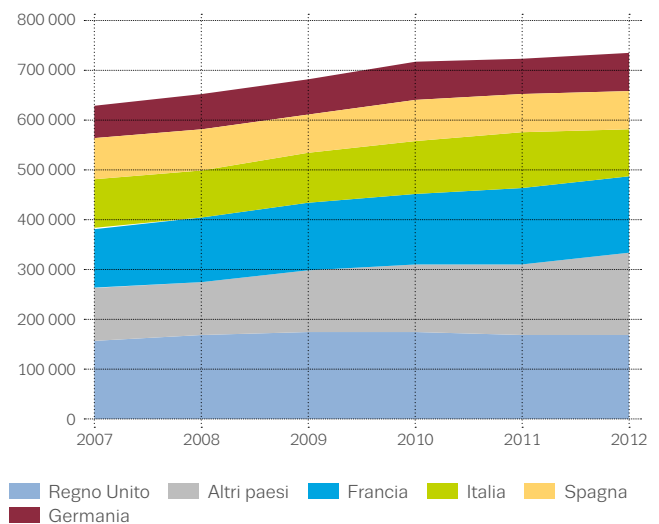
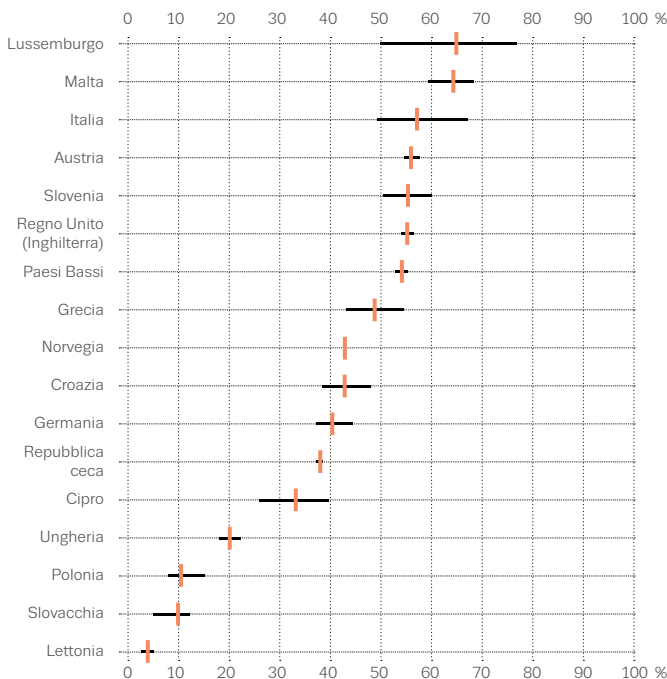


FIGURA 3.9

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



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

paesi hanno segnalato aumenti del numero di pazienti superiori al 25 % rispetto alla stima dell'anno precedente. L'aumento percentuale più rilevante si è registrato in Turchia (250 %) e quindi in Grecia (45 %) e Lettonia (28 %). Gli incrementi percentuali in questi tre paesi, tuttavia, sono calcolati a fronte di cifre di partenza relativamente basse. Per contro, nello stesso periodo la Romania ha segnalato la maggiore diminuzione percentuale del numero stimato di pazienti (-30 %).

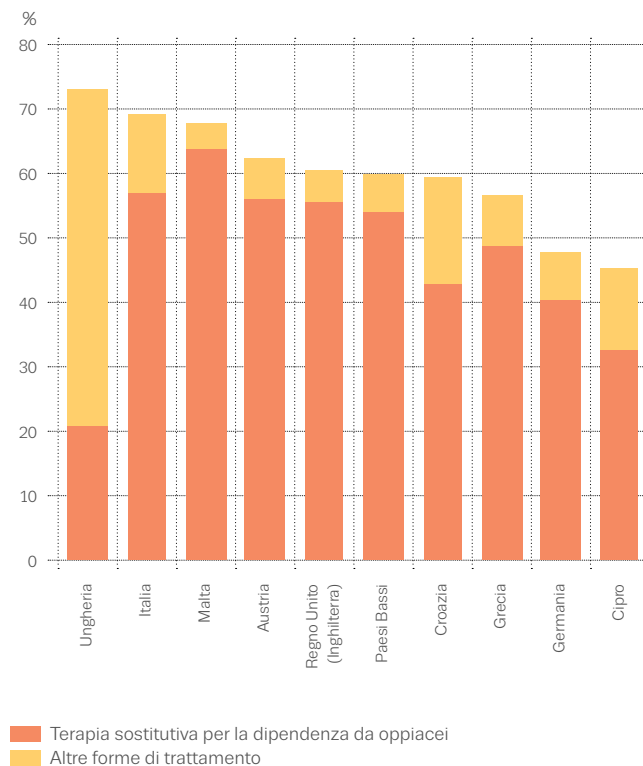
Copertura: più della metà dei consumatori di oppiacei sono in terapia sostitutiva

Si stima che il tasso di copertura della terapia sostitutiva degli oppiacei, ossia la percentuale di coloro che necessitano del trattamento, sia superiore al 50 % dei consumatori problematici di oppiacei in Europa. Questa stima va presa con cautela per motivi metodologici, ma in molti paesi la maggioranza dei consumatori di oppiacei è in contatto con servizi di trattamento, o lo è stata. A livello nazionale tuttavia persistono notevoli differenze nei tassi di copertura, con i tassi stimati minimi (circa 10 % o meno) segnalati in Lettonia, Slovacchia e Polonia (Figura 3.9).

In tutti i paesi europei è previsto un trattamento senza farmaco sostitutivo per i consumatori di oppiacei. Nei dieci paesi che hanno fornito dati sufficienti, il tasso di

FIGURA 3.10

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

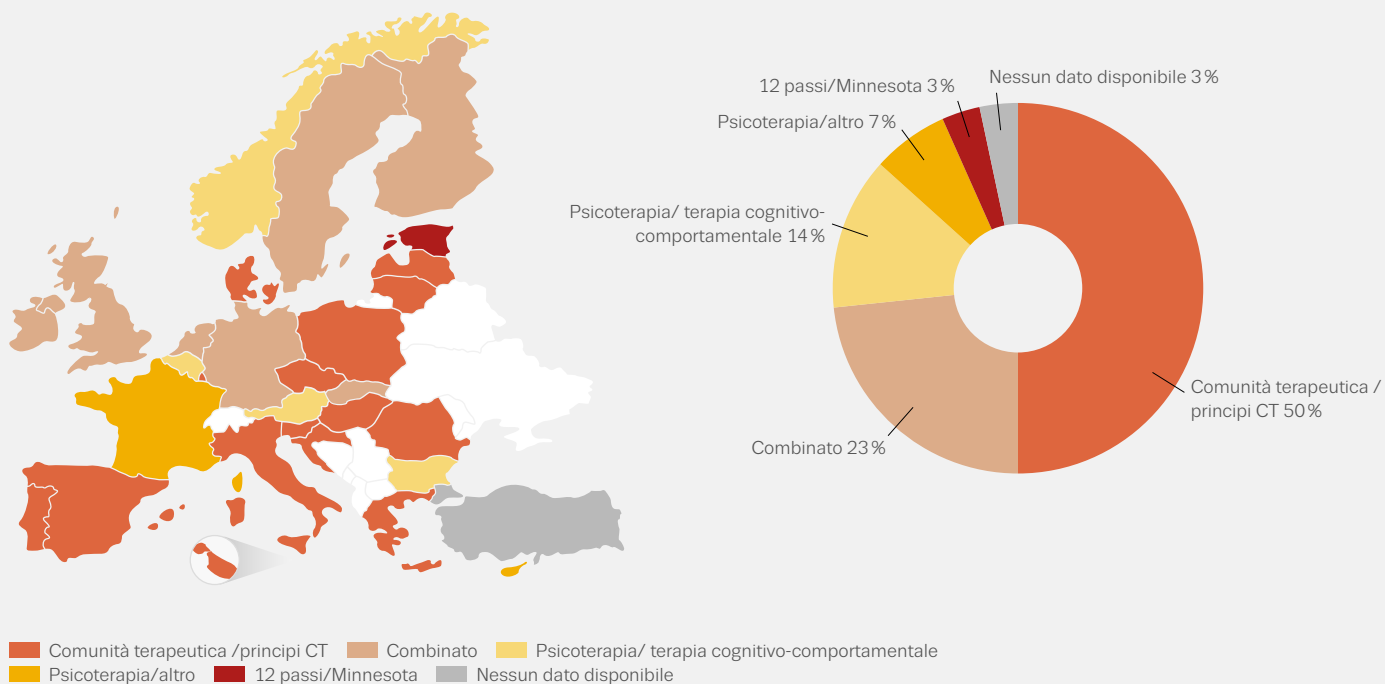


erogazione dei trattamenti senza farmaco sostitutivo in generale varia dal 3 % al 17 % di tutti i consumatori problematici di oppiacei, fino a più del 50 % in Ungheria (Figura 3.10).



FIGURA 3.11

Cifre complessive riguardanti l'approccio terapeutico predominante nei programmi residenziali a livello nazionale (a sinistra) ed europeo (a destra) (2011)



Trattamento residenziale: predominano gli approcci delle comunità terapeutiche

Nella maggior parte dei paesi europei, i programmi di trattamento residenziale costituiscono una componente importante delle opzioni di trattamento e riabilitazione per i tossicodipendenti. Un recente studio dell'EMCDDA ha individuato 2 500 centri di trattamento residenziale in Europa, con più di due terzi delle strutture concentrate in sei paesi: Germania, Spagna, Irlanda, Italia, Svezia e Regno Unito. Le comunità terapeutiche costituiscono il gruppo più consistente (2 330), con 17 paesi che hanno segnalato che le loro strutture residenziali rientrano tutte in questa categoria. Inoltre, in tutta Europa sono stati individuati 170 programmi di trattamento residenziale in strutture ospedaliere.

Molti programmi residenziali sono incentrati sulla salute, sulla funzionalità personale e sociale e sul miglioramento della qualità della vita. I programmi residenziali si possono caratterizzare in base a quattro approcci terapeutici principali: il modello in 12 passi (o del Minnesota), l'approccio della comunità terapeutica, la psicoterapia con metodi cognitivo-comportamentali e la psicoterapia con altri modelli di cura. Tra tutti, l'approccio predominante in 15 paesi è il "modello della comunità terapeutica" (Figura 3.11).

Non esistono prove conclusive sull'efficacia delle comunità terapeutiche in regime di astinenza, in parte a causa delle difficoltà metodologiche di una ricerca sugli esiti del trattamento in questo campo. La maggior parte delle ricerche sull'argomento in Europa si limita a studi osservazionali e pertanto le conclusioni sono necessariamente provvisorie. In generale, comunque, questi studi indicano risultati positivi in termini di trattamento, associati a un periodo più lungo di mantenimento in trattamento e al suo completamento. Quasi tutti gli studi osservazionali indicano che i residenti in comunità terapeutiche evidenziano riduzioni o interruzioni del consumo di stupefacenti e un miglioramento nelle misure per la qualità della vita.

Benché i programmi di trattamento residenziale siano sempre stati esclusivamente in regime di astinenza, i dati attuali indicano che è in aumento l'erogazione di un farmaco sostitutivo nell'ambito dei programmi di tale trattamento per i consumatori di oppiacei. Su 25 paesi, 18 hanno segnalato un certo grado di integrazione della terapia sostitutiva per la dipendenza da oppiacei nel trattamento residenziale della tossicodipendenza (Figura 3.12).

FIGURA 3.12

Disponibilità della terapia sostitutiva per la dipendenza da oppiacei nei programmi residenziali (2011)

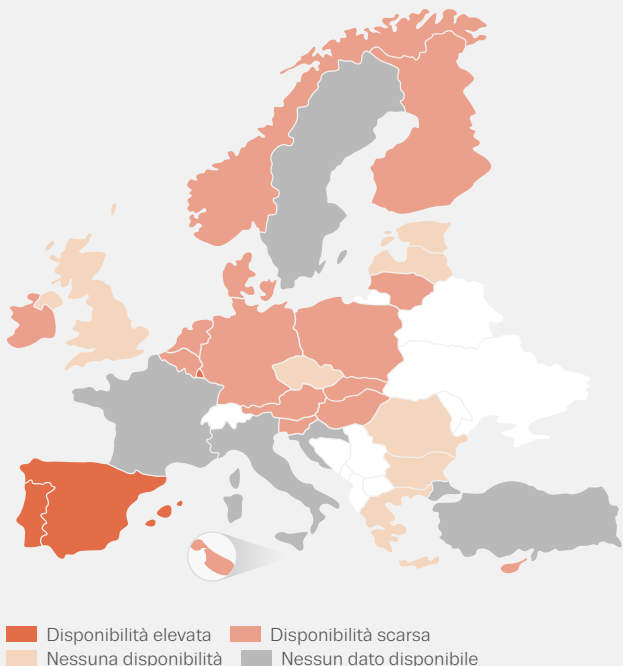
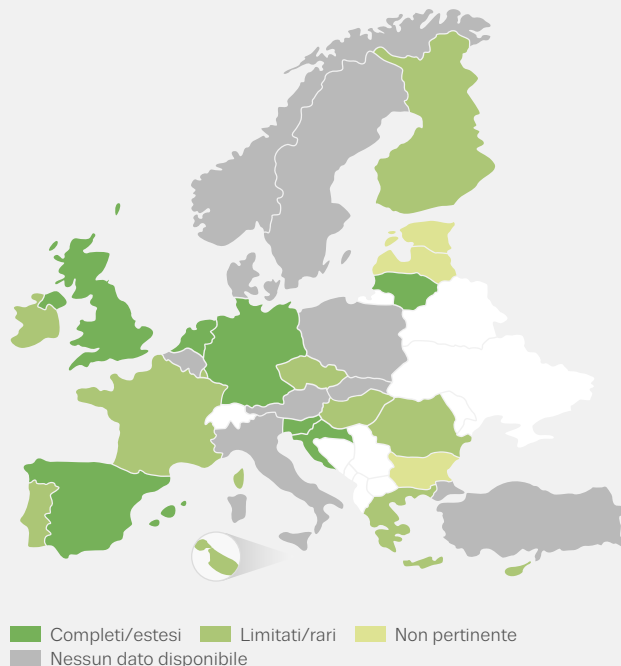


FIGURA 3.13

Disponibilità d'interventi sul mercato del lavoro intermedio per i pazienti sottoposti a trattamento della tossicodipendenza (giudizi degli esperti, 2011)



Reinserimento sociale: l'occupabilità come obiettivo principale

I servizi di reinserimento sociale sostengono il trattamento e prevengono le ricadute affrontando aspetti fondamentali dell'esclusione sociale dei consumatori di stupefacenti. Nel 2012 circa la metà dei pazienti che si sono sottoposti a trattamento specialistico della tossicodipendenza in Europa era disoccupata (47 %) e circa uno su dieci non aveva una fissa dimora (9 %). In questo gruppo è frequente anche un basso livello d'istruzione. Benché il reinserimento sociale dei consumatori di stupefacenti sia citato tra gli obiettivi fondamentali delle strategie nazionali in materia di droga, la disponibilità di interventi adeguati varia notevolmente tra i paesi.

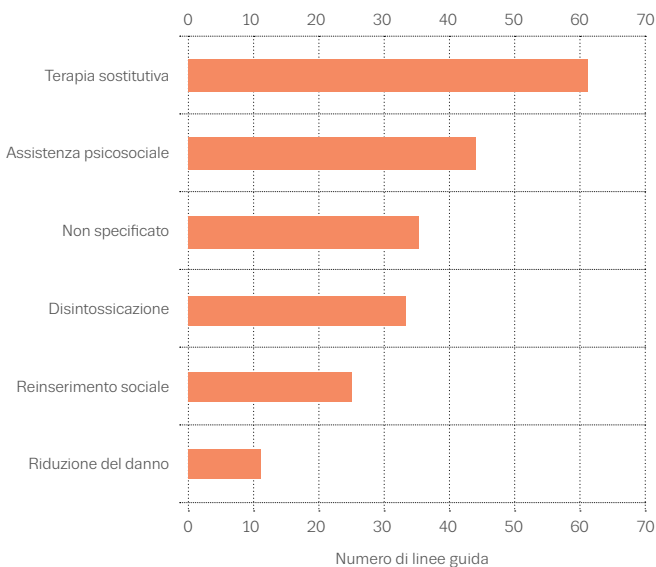
Il miglioramento dell'occupabilità dei pazienti sottoposti a trattamento della tossicodipendenza può aiutarli a reinserirsi nella società. Per i singoli individui, l'occupabilità dipende dalle loro conoscenze, competenze e attitudini, dal modo in cui usano tali risorse e dal contesto nel quale cercano lavoro. Uno strumento utile a questo proposito è un meccanismo di sostegno rivolto alle persone svantaggiate e inteso a colmare il divario tra la disoccupazione di lungo periodo e il mercato del lavoro, spesso definito "mercato del lavoro intermedio". Ai pazienti in trattamento si possono offrire contratti di lavoro temporanei, unitamente a corsi di formazione, esperienze lavorative, attività di sviluppo personale e ricerca di lavoro.

I progetti di imprese sociali sono un tipo di iniziativa che rientra comunemente in quest'ambito. Queste imprese producono beni o servizi socialmente utili e occupano gruppi svantaggiati sul mercato del lavoro. Benché questi interventi siano disponibili nella maggior parte degli Stati membri (cfr. Figura 3.13) l'accesso per le persone in trattamento appare limitato e può essere ulteriormente complicato dagli alti tassi di disoccupazione della popolazione generale.

I servizi di reinserimento sociale sostengono il trattamento e prevengono le ricadute affrontando aspetti fondamentali dell'esclusione sociale dei consumatori di stupefacenti

FIGURA 3.16

Linee guida nazionali per gli interventi sanitari e sociali in materia di tossicodipendenza segnalate in Europa fino al 2013



Le risposte dell'Europa in campo sociale e sanitario ai problemi della droga sono sempre più sostenute da linee guida e norme di qualità

Le linee guida sono affermazioni che comprendono raccomandazioni intese a ottimizzare l'assistenza dei pazienti e di solito si basano su un'analisi sistematica di dati e sulla valutazione dei lati positivi e negativi delle varie alternative di cura. Scopo delle linee guida è assistere pazienti, operatori assistenziali e fornitori di servizi nell'assunzione di decisioni sulla scelta di interventi adeguati. Negli ultimi vent'anni sono state pubblicate più di 150 serie di linee guida in materia di tossicodipendenza, disponibili in tutti gli Stati membri dal 2011. Le linee guida coprono l'intera gamma di interventi sanitari e sociali in materia di tossicodipendenza, benché quelle sugli interventi sanitari quali la terapia sostitutiva e la disintossicazione siano più numerose di quelle in materia di riduzione del danno e reinserimento sociale (Figura 3.16).

Le norme di qualità sono dei principi e delle serie di regole basate su dati e utilizzate per agevolare l'attuazione degli interventi raccomandati nelle linee guida. Si possono riferire a contenuti, processi o aspetti strutturali dell'assicurazione di qualità, come l'ambiente operativo e la composizione dell'organico. Nel campo della prevenzione della tossicodipendenza è disponibile una serie di norme di qualità a livello europeo per sostenere lo sviluppo di programmi. Queste norme mettono in evidenza fattori quali la garanzia della pertinenza delle attività per i gruppi di riferimento, l'adesione a principi etici accettati e l'integrazione e promozione della base di dati scientifici.

MAGGIORI INFORMAZIONI

Pubblicazioni EMCDDA

2014

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

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

Internet-based drug treatment, Prospettive sulle droghe.

2013

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

Drug prevention interventions targeting minority ethnic populations, Thematic papers.

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

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

Preventing overdose deaths in Europe, Prospettive sulle droghe.

2012

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

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

New heroin-assisted treatment, Insights.

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

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

2011

European drug prevention quality standards, Manuals.

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

2010

Harm reduction: evidence, impacts and challenges, Monographs.

Treatment and care for older drug users, Selected issues.

2009

Internet-based drug treatment interventions, Insights.

Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents, Thematic papers.

2008

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

Drugs and vulnerable groups of young people, Selected issues.

Pubblicazioni congiunte EMCDDA ed ECDC

2011

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

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

4

**Il quadro internazionale per
il controllo della produzione,
del commercio e della detenzione
di oltre 240 sostanze psicoattive
è definito in tre convenzioni
delle Nazioni Unite**

Politiche in materia di droga

A livello europeo la legislazione in materia di droga, le strategie pluriennali e i piani d'azione elaborati dall'Unione europea forniscono il quadro per il coordinamento degli interventi. A livello nazionale spetta a governi e parlamenti adottare il quadro giuridico, strategico, organizzativo e di bilancio necessario per affrontare i problemi relativi alla droga

Il monitoraggio delle politiche in materia di droga

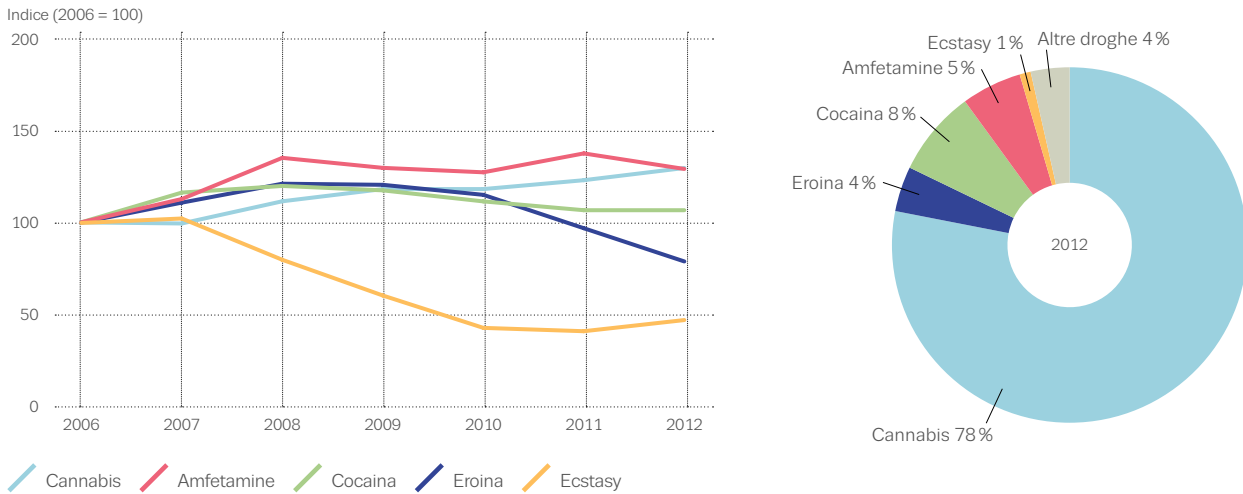
Fra le principali dimensioni politiche che è possibile monitorare a livello europeo rientrano i seguenti aspetti: leggi sulle sostanze stupefacenti e reati contro le stesse, strategie e piani d'azione nazionali in materia di droga, coordinamento delle politiche e meccanismi di valutazione, nonché bilanci e spesa pubblica relativi alla droga. I dati sono raccolti tramite le due reti EMCDDA: i punti focali nazionali e i corrispondenti legali e politici. Dati e note metodologiche sui reati contro la legge sulle sostanze stupefacenti sono reperibili nel documento online European Drug Report: Data and statistics (Relazione europea sulla droga: dati e statistiche); sono disponibili online anche informazioni esaustive su European drug policy and law (Leggi e politiche europee in materia di droga).

Leggi sulle sostanze stupefacenti: un quadro comune

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

FIGURA 4.1

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



Detenzione di droghe per consumo personale: abbandono delle pene detentive

Nella maggior 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. In molti paesi europei, tuttavia, la reclusione è rara, e 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 eliminato completamente la possibilità di pene detentive e altri addirittura prevedono unicamente sanzioni non penali, di solito ammende, per la detenzione per uso personale.

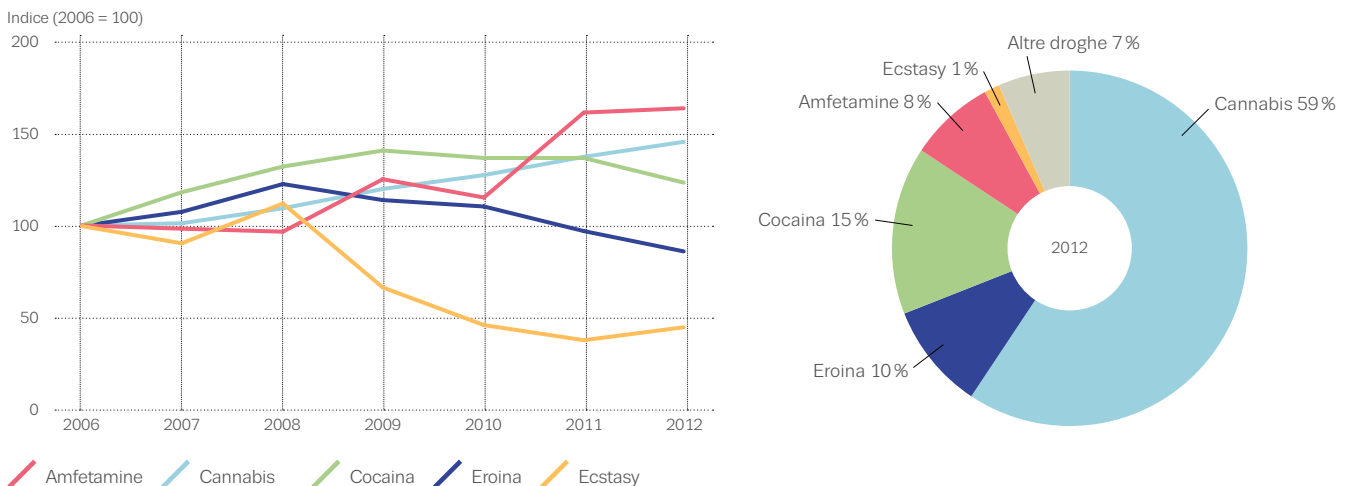
Nella maggior parte dei paesi europei la maggioranza delle segnalazioni di reati contro la legge sulle sostanze stupefacenti riguarda il consumo di droghe oppure la detenzione a scopo di consumo; si stima che in tutta Europa questi reati abbiano superato il milione di casi nel 2012, con un incremento del 17% rispetto al 2006. Più di tre quarti dei reati contro la legge segnalati si riferiscono alla cannabis (Figura 4.1).

Offerta di droghe: grandi differenze tra le pene previste

In Europa l'offerta illegale di droghe costituisce sempre un reato, ma le sanzioni possibili variano considerevolmente da un paese all'altro. In alcuni paesi un reato relativo all'offerta

FIGURA 4.2

Reati segnalati relativi all'offerta di stupefacenti in Europa, tendenze e disaggregazione per droga



può essere punito con un ampio ventaglio di pene (fino all'ergastolo). Altri paesi distinguono tra reati lievi e gravi, in base a fattori quali la quantità o il tipo di droga scoperta, variando di conseguenza le pene massime e minime.

Nel complesso, le segnalazioni di reati relativi all'offerta di stupefacenti sono aumentate del 28 % dal 2006, superando i 230 000 casi nel 2012. Come per i reati relativi alla detenzione, anche in questo caso la maggioranza si riferisce alla cannabis. A cocaina, eroina e amfetamine è stata però riconducibile una percentuale maggiore di reati relativi all'offerta rispetto ai reati relativi alla detenzione per consumo personale. È proseguita la tendenza al calo dei reati relativi all'offerta di cocaina ed eroina (Figura 4.2).

Nuove sostanze psicoattive: evoluzione dei sistemi di controllo

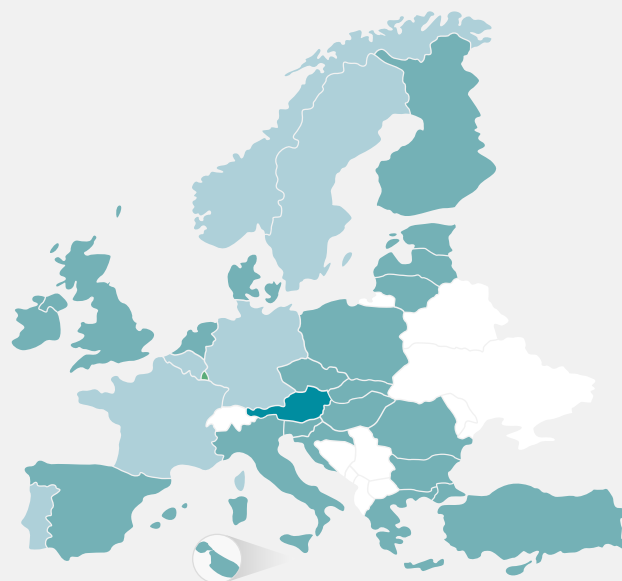
La rapidità con cui alcune sostanze controllate di recente sono state sostituite da nuove sostanze e la varietà dei prodotti disponibili hanno messo a dura prova i legislatori europei.

A livello nazionale queste sfide hanno determinato una serie di risposte giuridiche innovative nei paesi europei. In generale si possono individuare tre tipologie di risposta. Innanzi tutto, i paesi possono utilizzare leggi esistenti relative a questioni non correlate alle droghe controllate, come la legislazione in materia di sicurezza dei consumatori o sul controllo dei farmaci: in Polonia, nel 2010 più di 1 000 punti vendita al dettaglio sono stati chiusi nell'arco di un fine settimana in virtù di poteri vigenti in materia di protezione della salute. In secondo luogo, i paesi possono ampliare o adattare leggi o procedure esistenti in materia di droghe: nel Regno Unito, nel 2011 sono state introdotte *Temporary Class Drug Orders* (ordinanze sulle droghe di classe provvisoria) per controllare l'offerta durante l'esame dei rischi per la salute. In terzo luogo, i paesi possono formulare una nuova legislazione: nel 2013 Portogallo e Slovacchia hanno introdotto leggi intese specificamente a bloccare la vendita non autorizzata di determinate sostanze nuove.

Quest'ambito del diritto in rapido mutamento continua ad evolversi. Secondo gli sviluppi più recenti, Polonia e Romania hanno rafforzato la legislazione esistente, introducendo nuove leggi studiate appositamente che ora vengono applicate in parallelo con le vecchie norme. Nel 2012 Cipro ha riformulato le definizioni generiche per comprendere sostanze che non rientravano nelle definizioni correnti, mentre nello stesso anno i Paesi Bassi hanno respinto delle definizioni generiche poiché non erano sufficientemente mirate.

FIGURA 4.3

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



■ 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.

Tra queste diverse risposte esistono ampie differenze per quanto riguarda i criteri necessari all'avvio di una procedura legislativa e le pene previste in caso di violazione. In ogni caso, nei vari paesi pare che si evidenzii una tendenza a punire l'offerta piuttosto che la detenzione di queste sostanze.

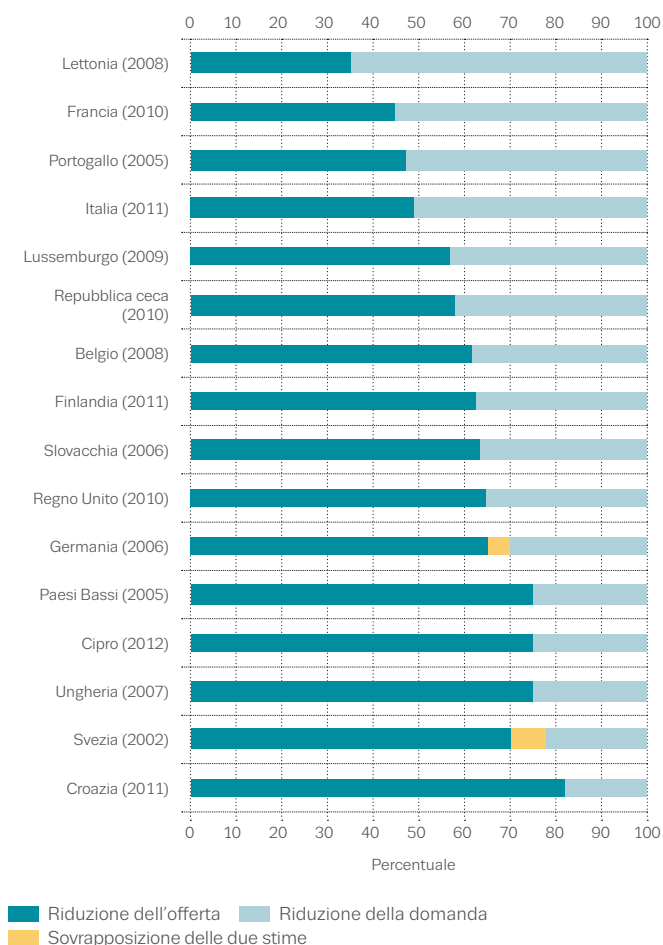
Strategie nazionali sulla droga

L'adozione di strategie e piani d'azione sulla droga rappresenta ormai una prassi consolidata per i governi nazionali europei. Questi documenti, di limitata validità temporale, contengono una serie di principi, obiettivi e priorità generali, specificando poi le azioni e le parti

L'adozione di strategie e piani d'azione sulla droga rappresenta ormai una prassi consolidata per i governi nazionali europei

FIGURA 4.4

Ripartizione della spesa pubblica relativa alla droga tra riduzione della domanda e riduzione dell'offerta



Valutazione economica: i fondi per gli interventi risentono delle misure di austerità

Molti paesi europei continuano ad affrontare le conseguenze della recente crisi economica. La portata del consolidamento fiscale o le misure di austerità e il loro impatto differiscono tra un paese e l'altro. Tra i 18 paesi che hanno presentato dati sufficienti per un confronto, si segnalano riduzioni nella spesa sanitaria e per l'ordine pubblico e la sicurezza, le aree dove ha origine la maggior parte della spesa pubblica relativa alla droga. Nel complesso, tra il 2009 e il 2011 le maggiori riduzioni nella spesa pubblica si sono osservate nel settore sanitario.

I paesi europei hanno segnalato anche tagli ai fondi disponibili per programmi e servizi relativi alla droga, in particolare gli interventi nel campo della prevenzione e l'attività di ricerca. Numerosi paesi riferiscono inoltre che i tentativi di separare il finanziamento del trattamento della tossicodipendenza non sempre hanno avuto successo.

responsabili della loro attuazione. Attualmente, tutti i paesi dispongono di una strategia o un piano d'azione nazionale sulla droga. L'unica eccezione è l'Austria, che si è dotata di piani provinciali. Sette paesi hanno adottato strategie e piani d'azione nazionali estesi sia alle droghe lecite sia a quelle illecite (Figura 4.3). Molti paesi procedono ora a una valutazione sistematica di strategie e piani d'azione sulla droga, di solito nell'intento di valutare il livello di attuazione conseguito e i cambiamenti nella situazione generale della droga.

Varie organizzazioni di sostegno alle politiche in materia di droga

Negli ultimi anni si è assistito a un crescente coinvolgimento delle organizzazioni della società civile, compresi gruppi di sostegno alle politiche in materia di droga, nella definizione di strategie antidroga. Un recente studio dell'EMCDDA ha individuato oltre 200 organizzazioni che sostengono le politiche in materia di droga in Europa, per il 70 % operanti a livello nazionale e per il resto divise equamente tra attività di sostegno a livello locale o europeo. Quasi i due terzi di queste organizzazioni perseguono obiettivi incentrati sullo sviluppo di prassi, nel 39 % dei casi a sostegno di misure di riduzione del danno e nel 26 % dei casi a sostegno di misure di prevenzione e riduzione del consumo di stupefacenti. Le restanti organizzazioni si concentrano sulle modifiche legislative, nel 23 % dei casi a favore della riduzione dei controlli sulle droghe e nel 12 % a favore del loro rafforzamento.

La maggior parte delle organizzazioni di sostegno è impegnata in attività specifiche, mirate a influenzare atteggiamenti e opinioni del pubblico e dei politici in fatto di erogazione di servizi relativi alle droghe e di controlli sulle droghe, con attività di sensibilizzazione, come la partecipazione a dibattiti pubblici, o gestendo siti nei social media per influenzare le politiche sulla droga. Le organizzazioni che promuovono la riduzione dei controlli o la riduzione del danno rappresentano per lo più i consumatori di stupefacenti, mentre le organizzazioni che sostengono la riduzione del consumo di droghe e il rafforzamento dei controlli rappresentano prevalentemente la società in generale e in particolare i giovani e le famiglie.

L'analisi economica può costituire un importante strumento di valutazione politica, anche se la limitata disponibilità di informazioni in merito alla spesa pubblica relativa alla droga in Europa rappresenta un ostacolo rilevante e rende estremamente arduo il confronto tra paesi. Nei 16 paesi che hanno presentato delle stime a partire dal 2002, la spesa pubblica relativa alla droga oscilla fra lo 0,01 % e lo 0,5 % del prodotto interno lordo (PIL). Dalle informazioni disponibili emerge che le attività mirate alla riduzione dell'offerta di stupefacenti assorbono la quota più rilevante della spesa pubblica relativa alla droga (Figura 4.4).

La spesa pubblica per la riduzione dell'offerta comprende tra l'altro il costo della detenzione di chi commette reati contro la legge sulle sostanze stupefacenti. L'EMCDDA ha realizzato una serie di stime, laddove la stima bassa considera solo i detenuti condannati per un reato contro la legge sulle sostanze stupefacenti e quella alta comprende anche i detenuti in carcerazione preventiva che potrebbero essere condannati per un siffatto reato. Applicando questi criteri, si calcola che nel 2010 i paesi europei abbiano speso lo 0,03 % del PIL, ovvero 3,7 miliardi di EUR, per la detenzione di autori di reati contro la legge sulle sostanze stupefacenti. Includendo i detenuti in carcerazione preventiva, la stima sale allo 0,05 % del PIL, cioè a 5,9 miliardi di EUR.

MAGGIORI INFORMAZIONI

Publicazioni EMCDDA

2014

Drug policy profiles — Austria, EMCDDA Papers.

Drug policy profiles — Poland, EMCDDA Papers.

2013

Drug policy advocacy organisations, EMCDDA Papers.

Drug policy profiles: Ireland.

Drug supply reduction and internal security, EMCDDA Papers.

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

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

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

2012

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

2011

Drug policy profiles: Portugal.

2009

Drug offences: sentencing and other outcomes, Selected issues.

2008

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

Publicazioni congiunte EMCDDA e 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

Allegato

I dati nazionali presentati in questa sede provengono dal documento online European Drug Report: Data and statistics (Relazione europea sulla droga: dati e statistiche), dove 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	–	34,5 (2 335)	17,1 (290)	21,7 (480)	12,4 (35)	17 351
Bulgaria	–	82,5 (1 631)	84,3 (253)	78,5 (963)	80,3 (196)	3 445
Repubblica ceca	1,5–1,5	18,2 (1 615)	9,7 (417)	85,8 (1 370)	84,5 (348)	4 000
Danimarca	–	17,5 (663)	7,1 (102)	33,9 (193)	23 (20)	7 600
Germania	3,2–3,8	40,4 (30 841)	15,9 (3 343)	–	–	75 400
Estonia	–	93,4 (510)	85,6 (107)	80,7 (406)	79,4 (85)	1 157
Irlanda	–	51,6 (3 971)	32,4 (1 058)	42,5 (1 633)	34,4 (353)	8 923
Grecia	2,6–3,2	77,5 (4 399)	68,9 (1 652)	39,7 (1 744)	36,3 (600)	9 878
Spagna	0,9–1,0	29,7 (14 925)	13,2 (3 289)	18,1 (2 537)	12,1 (384)	76 263
Francia	–	43,1 (15 641)	27,1 (2 690)	14,2 (1 836)	6,8 (172)	152 000
Croazia	3,2–4,0	80,9 (6 357)	27,9 (313)	74,5 (4 678)	42,3 (126)	4 565
Italia	3,8–5,2	55,5 (16 751)	39 (5 451)	55,7 (8 507)	46,4 (2 185)	98 460
Cipro	1,0–1,5	27,9 (278)	8,4 (41)	57,2 (159)	57,5 (23)	239
Lettonia	5,4–10,7	49,9 (1 071)	26,3 (104)	91,3 (935)	80,9 (76)	355
Lituania	2,3–2,4	–	66 (140)	–	100 (140)	687
Lussemburgo	5,0–7,6	58,8 (163)	–	44,1 (71)	–	1 226
Ungheria	0,4–0,5	5,9 (230)	1,8 (47)	70,9 (156)	56,8 (25)	637
Malta	5,8–6,6	75,4 (1 410)	35,2 (93)	61 (840)	53,9 (48)	1 094
Paesi Bassi	0,8–1,0	12,1 (1 302)	5,7 (352)	5,8 (45)	9 (19)	9 556
Austria	5,2–5,5	58 (2 110)	35,5 (488)	46,5 (727)	33,6 (127)	16 892
Polonia	0,4–0,7	28,7 (808)	9 (104)	62,7 (449)	39,4 (39)	1 583
Portogallo	–	70,1 (2 637)	54,4 (980)	15,4 (147)	13,1 (80)	24 027
Romania	–	37,4 (745)	25 (251)	89,3 (609)	86,5 (199)	531
Slovenia	4,0–4,8	81,1 (519)	64 (189)	50,6 (212)	39,7 (48)	3 345
Slovacchia	1,0–2,5	26,3 (528)	13,1 (126)	74 (382)	69,6 (87)	465
Finlandia	–	61,9 (920)	38,1 (101)	81 (728)	74 (74)	2 439
Svezia	–	20,1 (248)	–	60,9 (148)	–	5 200
Regno Unito	7,9–8,3	56,4 (61 737)	33,4 (13 586)	34,5 (20 804)	30,6 (4 085)	171 082
Turchia	0,2–0,5	75,4 (3 557)	67,3 (1 695)	48,7 (1 734)	43,1 (730)	28 656
Norvegia	2,1–3,9	32,6 (2 902)	–	77,1 (145)	–	7 038
Unione europea	–	45,5 (174 345)	25,0 (35 567)	38,2 (50 759)	31,8 (9 574)	698 441
UE, Turchia e Norvegia	–	45,5 (181 804)	25,7 (37 262)	38,5 (52 638)	32,4 (10 304)	734 135

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	–	2,0	4	15,3 (1 031)	16,3 (277)	7,4 (72)	2,2 (6)
Bulgaria	0,9	0,3	3	0,5 (9)	1 (3)	0 (0)	0 (0)
Repubblica ceca	2,3	0,5	1	0,2 (19)	0,2 (10)	0 (0)	0 (0)
Danimarca	5,2	2,4	2	5,1 (193)	5,8 (84)	10,1 (17)	0 (0)
Germania	3,4	1,6	3	6,1 (4 620)	6 (1 267)	–	–
Estonia	–	1,3	2	–	–	–	–
Irlanda	6,8	2,8	3	8,5 (654)	9,1 (297)	1,5 (9)	0 (0)
Grecia	0,7	0,2	1	4,1 (235)	4,2 (101)	19,4 (45)	8,9 (9)
Spagna	8,8	3,6	3	40,4 (20 335)	42,5 (10 637)	1,9 (371)	0,9 (97)
Francia	3,7	1,9	4	6,4 (2 311)	4,1 (411)	9,9 (192)	4,1 (16)
Croazia	2,3	0,9	2	1,9 (147)	4,3 (48)	3,5 (5)	2,2 (1)
Italia	4,2	1,3	1	24,2 (7 299)	30 (4 187)	4,1 (282)	3,4 (134)
Cipro	1,3	0,6	4	12,1 (121)	6,2 (30)	2,5 (3)	0 (0)
Lettonia	1,5	0,3	–	0,3 (6)	0,5 (2)	0 (0)	0 (0)
Lituania	0,9	0,3	2	–	–	–	–
Lussemburgo	–	–	–	12,6 (35)	–	39,4 (13)	–
Ungheria	0,9	0,4	2	1,6 (62)	1,6 (41)	11,5 (7)	7,5 (3)
Malta	0,4	–	4	13,4 (251)	28 (74)	30,7 (75)	14,5 (10)
Paesi Bassi	5,2	2,4	2	26,5 (2 867)	21,7 (1 328)	0,1 (2)	0,1 (1)
Austria	2,2	1,2	–	8,3 (301)	10,2 (140)	6,5 (19)	1,5 (2)
Polonia	0,9	0,3	3	2,4 (69)	2,7 (31)	6,1 (4)	3,2 (1)
Portogallo	1,2	0,4	4	10,5 (397)	14,4 (259)	3,6 (8)	1 (2)
Romania	0,3	0,2	2	1,2 (23)	1,9 (19)	0 (0)	0 (0)
Slovenia	2,1	1,2	3	4,8 (25)	4,2 (8)	40 (10)	12,5 (1)
Slovacchia	0,6	0,4	2	0,5 (11)	0,9 (9)	0 (0)	0 (0)
Finlandia	1,7	0,6	1	–	–	–	–
Svezia	3,3	1,2	1	1,8 (16)	–	0 (0)	–
Regno Unito	9,0	3,3	4	12,6 (13 787)	16,9 (6 887)	2,1 (279)	0,9 (58)
Turchia	–	–	–	1,7 (82)	2 (50)	0 (0)	0 (0)
Norvegia	–	–	1	0,8 (67)	–	0 (0)	–
Unione europea	4,2	1,7	–	14,3 (54 824)	18,4 (26 150)	3 (1 413)	1,5 (341)
UE, Turchia e Norvegia	–	–	–	13,9 (54 973)	18,1 (26 200)	3 (1 413)	1,5 (341)

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	9,4 (639)	7,4 (125)	15,4 (86)	9,8 (12)
Bulgaria	1,2	1,3	6	2,2 (43)	8 (24)	0 (0)	0 (0)
Repubblica ceca	2,5	0,8	2	67,4 (5 999)	71 (3 040)	80,1 (4 761)	75,2 (2 255)
Danimarca	6,6	1,4	2	9,5 (358)	10,3 (149)	3,1 (9)	0 (0)
Germania	3,1	1,8	4	13,1 (9 959)	16,7 (3 498)	–	–
Estonia	–	2,5	3	2,4 (13)	2,4 (3)	75 (9)	66,7 (2)
Irlanda	4,5	0,8	2	0,6 (45)	0,8 (25)	0 (0)	0 (0)
Grecia	0,1	0,1	2	0,1 (7)	0,1 (2)	0 (0)	0 (0)
Spagna	3,3	1,1	2	1,2 (595)	1,5 (363)	0,3 (2)	0 (0)
Francia	1,7	0,5	4	0,3 (98)	0,2 (22)	22,5 (18)	15,8 (3)
Croazia	2,6	1,6	2	1,1 (85)	2 (22)	1,2 (1)	0 (0)
Italia	1,8	0,1	1	0,1 (33)	0,2 (22)	0 (0)	0 (0)
Cipro	0,7	0,4	4	–	–	–	–
Lettonia	2,2	0,6	–	19,8 (426)	27,1 (107)	60,4 (223)	56,3 (54)
Lituania	1,2	0,5	3	–	5,7 (12)	–	75 (9)
Lussemburgo	–	–	–	0,7 (2)	–	0 (0)	–
Ungheria	1,8	1,2	6	12,3 (476)	11,1 (285)	20 (94)	16 (45)
Malta	0,4	–	3	0,3 (5)	0,4 (1)	20 (1)	0 (0)
Paesi Bassi	3,1	–	3	5,9 (633)	6,1 (372)	1,8 (6)	0,5 (1)
Austria	2,5	0,9	–	3,2 (117)	4,3 (59)	0 (0)	0 (0)
Polonia	2,9	1,4	4	21,7 (611)	22,4 (260)	10,1 (60)	3,5 (9)
Portogallo	0,5	0,1	3	0,03 (1)	0,1 (1)	–	–
Romania	0,1	0,0	2	0,5 (9)	0,4 (4)	0 (0)	0 (0)
Slovenia	0,9	0,8	2	1 (5)	2,1 (4)	0 (0)	0 (0)
Slovacchia	0,5	0,3	2	44,7 (895)	49,3 (474)	27,8 (244)	19,2 (90)
Finlandia	2,3	1,6	1	12,2 (181)	9,8 (26)	80,4 (135)	68 (17)
Svezia	5,0	1,5	1	14,9 (130)	–	76,5 (176)	–
Regno Unito	10,6	1,1	2	2,8 (3 084)	3,3 (1 329)	26,1 (744)	19,4 (241)
Turchia	0,3	–	–	–	–	–	–
Norvegia	–	–	1	11,9 (1 057)	–	70,2 (203)	–
Unione europea	3,4	0,9	–	6,5 (24 553)	7,2 (10 229)	48 (6 569)	43 (2 738)
UE, Turchia e Norvegia	–	–	–	6,5 (25 610)	7,1 (10 229)	48,5 (6 772)	43 (2 738)

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	0,5 (36)	1,1 (19)
Bulgaria	2,0	2,9	4	–	–
Repubblica ceca	3,6	1,2	3	0,1 (6)	0,1 (3)
Danimarca	2,3	0,7	1	0,3 (13)	0,5 (7)
Germania	2,7	0,9	2	–	–
Estonia	–	2,3	3	–	–
Irlanda	6,9	0,9	2	0,6 (46)	1 (32)
Grecia	0,4	0,4	2	0,2 (10)	0,2 (4)
Spagna	3,6	1,4	2	0,2 (103)	0,3 (78)
Francia	2,4	0,4	3	0,5 (186)	0,2 (22)
Croazia	2,5	0,5	2	0,4 (31)	0,4 (4)
Italia	1,8	0,1	1	0,2 (61)	0,2 (32)
Cipro	0,9	0,3	3	0,2 (2)	0,2 (1)
Lettonia	2,7	0,8	3	0,2 (4)	0,5 (2)
Lituania	1,3	0,3	2	–	–
Lussemburgo	–	–	–	–	–
Ungheria	2,4	1,0	4	1,5 (57)	1,3 (34)
Malta	0,7	–	3	1,1 (20)	2,7 (7)
Paesi Bassi	6,2	3,1	3	0,6 (66)	0,9 (58)
Austria	2,3	1,0	–	0,7 (24)	0,9 (13)
Polonia	1,1	0,3	2	0,2 (7)	0,2 (2)
Portogallo	1,3	0,6	3	0,1 (4)	0,2 (4)
Romania	0,7	0,4	2	0,2 (3)	0,2 (2)
Slovenia	2,1	0,8	2	0,4 (2)	1,1 (2)
Slovacchia	1,9	0,9	4	–	–
Finlandia	1,8	1,1	1	0,1 (2)	0,4 (1)
Svezia	2,1	0,2	1	–	–
Regno Unito	8,3	2,4	4	0,2 (270)	0,4 (166)
Turchia	0,1	0,1	–	1,1 (53)	1,6 (41)
Norvegia	–	–	1	–	–
Unione europea	3,1	1,0	–	0,2 (953)	0,3 (493)
UE, Turchia e Norvegia	–	–	–	0,3 (1 006)	0,4 (534)

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	31,2 (2 112)	49,4 (839)
Bulgaria	7,5	8,3	21	3,4 (67)	5,7 (17)
Repubblica ceca	27,9	18,5	42	12,5 (1 111)	17,5 (747)
Danimarca	35,6	17,6	18	63,4 (2 397)	72,6 (1 048)
Germania	23,1	11,1	19	34,4 (26 208)	54,5 (11 431)
Estonia	–	13,6	24	2,9 (16)	8 (10)
Irlanda	25,3	10,3	18	28,8 (2 216)	45,8 (1 498)
Grecia	8,9	3,2	8	15,7 (889)	24,6 (589)
Spagna	27,4	17,0	28	25,6 (12 873)	38,9 (9 736)
Francia	32,1	17,5	39	44,1 (16 020)	62,5 (6 206)
Croazia	15,6	10,5	18	12,7 (1 001)	56,3 (630)
Italia	21,7	8,0	14	17,1 (5 176)	26 (3 629)
Cipro	9,9	4,2	7	53,3 (532)	81,9 (399)
Lettonia	12,5	7,3	25	14,6 (314)	26,8 (106)
Lituania	10,5	5,1	20	–	3,3 (7)
Lussemburgo	–	–	–	26 (72)	–
Ungheria	8,5	5,7	19	65,9 (2 560)	74,9 (1 927)
Malta	3,5	1,9	10	8,4 (157)	29,2 (77)
Paesi Bassi	25,7	13,7	26	47,6 (5 143)	57,8 (3 542)
Austria	14,2	6,6	–	25,3 (919)	45,4 (623)
Polonia	12,2	12,1	23	35,6 (1 003)	53,6 (623)
Portogallo	9,4	5,1	14	13,9 (525)	25,4 (457)
Romania	1,6	0,6	7	11,1 (222)	18,1 (182)
Slovenia	15,8	10,3	23	10,4 (54)	26,5 (50)
Slovacchia	10,5	7,3	27	21,6 (432)	32 (308)
Finlandia	18,3	11,2	11	18 (267)	42,6 (113)
Svezia	14,9	6,9	7	16 (197)	–
Regno Unito	30,0	10,5	24	22,4 (24 498)	37,1 (15 107)
Turchia	0,7	0,4	–	15,8 (744)	22 (555)
Norvegia	19,2	7,9	5	19,2 (1 711)	–
Unione europea	21,7	11,2	–	27,9 (106 981)	42,2 (59 901)
UE, Turchia e Norvegia	–	–	–	27,6 (109 436)	41,8 (60 456)

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 onsumo 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	17,4 (127)	0,4 (4)	2,5–4,8	937 924
Bulgaria	4,8 (24)	5,5 (40)	–	466 603
Repubblica ceca	3,9 (28)	0,6 (6)	5,32–5,38	5 362 334
Danimarca	46,3 (168)	2 (11)	–	–
Germania	16,8 (908)	1 (81)	–	–
Estonia	190,8 (170)	53,7 (72)	4,3–10,8	2 228 082
Irlanda	70,5 (215)	2,8 (13)	–	274 475
Grecia	–	42,9 (484)	0,93–1,25	406 898
Spagna	11,4 (360)	4,4 (166)	0,19–0,21	1 990 136
Francia	6,7 (283)	1,2 (76)	–	13 800 000
Croazia	16,1 (46)	0,2 (1)	0,3–0,6	256 544
Italia	10,1 (390)	3,4 (208)	–	–
Cipro	12 (7)	0 (0)	0,2–0,4	0
Lettonia	12,4 (17)	46 (94)	–	311 188
Lituania	34,7 (70)	20,6 (62)	–	196 446
Lussemburgo	22,1 (8)	7,6 (4)	4,5–6,85	212 822
Ungheria	3,5 (24)	0 (0)	0,8	420 812
Malta	16,2 (4)	0 (0)	–	376 104
Paesi Bassi	10,2 (113)	0,4 (7)	0,21–0,22	237 400
Austria	28,1 (160)	4,5 (38)	–	4 625 121
Polonia	9,9 (271)	1,1 (42)	–	98 000
Portogallo	4,2 (29)	5,3 (56)	–	1 341 710
Romania	2 (28)	8 (170)	–	1 074 394
Slovenia	18,4 (26)	0,5 (1)	–	553 426
Slovacchia	6,2 (24)	0,2 (1)	–	11 691
Finlandia	58 (205)	1,3 (7)	–	3 539 009
Svezia	62,6 (383)	1,7 (16)	–	73 125
Regno Unito	38,3 (1 598)	1,8 (111)	2,9–3,2	9 349 940
Turchia	3,1 (154)	0,1 (6)	–	–
Norvegia	75,9 (250)	2,2 (11)	2,2–3,1	3 011 000
Unione europea	17,1 (5 686)	3,5 (1 771)	–	–
UE, Turchia e Norvegia	–	3,1 (1 788)	–	–

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 (kg)	valore numerico
Belgio	112	1 953	19 178	3 349	58	2 641	26 874 (-)	1 015
Bulgaria	285	44	115	30	84	68	6 164 (30)	3
Repubblica ceca	8	41	8	44	32	357	1 782 (0,01)	12
Danimarca	41	430	42	2 056	303	1 817	72 654 (-)	523
Germania	242	3 381	1 258	3 618	1 196	11 919	313 179 (-)	1 786
Estonia	0,0004	1	3	49	41	319	9 210 (0,01)	56
Irlanda	60	766	459	391	23	143	148 195 (6)	311
Grecia	331	2 045	201	432	0,3	22	3 253 (0,4)	7
Spagna	229	5 822	20 754	37 880	251	2 511	175 381 (-)	2 128
Francia	701	-	5 602	-	307	-	156 337 (-)	-
Croazia	30	192	6	132	3	268	- (1,1)	105
Italia	951	2 983	5 319	6 633	12	63	19 051 (20)	138
Cipro	1	34	7	88	0,5	50	102 (0,1)	9
Lettonia	1	427	1	28	30	820	847 (-)	24
Lituania	0,5	112	120	10	80	119	54 (-)	8
Lussemburgo	3	190	2	122	1	13	137 (-)	10
Ungheria	3	26	13	118	30	492	12 437 (0,8)	91
Malta	1	44	143	80	0,2	3	1 080 (-)	27
Paesi Bassi	750	-	10 000	-	681	-	2 442 200 (61)	-
Austria	222	393	65	912	35	607	8 998 (-)	113
Polonia	36	-	213	-	618	-	31 092 (0,01)	-
Portogallo	66	971	4 020	1 238	0,2	44	867 (7)	101
Romania	45	215	55	85	4	16	12 861 (0,02)	112
Slovenia	20	439	27	251	9	203	960 (-)	16
Slovacchia	0,3	82	2	19	11	607	529 (-)	16
Finlandia	0,07	47	26	147	139	2 616	23 623 (-)	513
Svezia	7	363	34	1 010	361	3 609	38 630 (3)	441
Regno Unito	831	10 624	3 324	18 569	1 491	6 515	473 000 (-)	3 716
Turchia	13 301	4 155	476	1 434	619	108	2 961 553 (357)	4 445
Norvegia	45	1 277	67	860	317	6 801	6 579 (2)	274
Unione europea	4 977	31 625	70 997	77 291	5 802	35 842	3 979 497 (130)	11 281
UE, Turchia e Norvegia	18 323	37 057	71 540	79 585	6 737	42 751	6 947 629 (489)	16 000

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	1 338	4 500	5 635	19 672	330 675	1 111
Bulgaria	15 967	4	1 319	127	13 072 (2 517)	26
Repubblica ceca	21	24	563	558	90 091 (-)	259
Danimarca	1 334	9 239	223	1 287	- (1 401)	675
Germania	2 386	6 490	4 942	28 744	97 829 (-)	2 204
Estonia	5	48	25	466	- (7)	12
Irlanda	1 185	527	1 020	1 843	11 601 (-)	542
Grecia	44	145	22 383	6 262	34 040 (-)	831
Spagna	325 563	179 993	10 457	150 206	- (39 932)	1 677
Francia	51 118	-	3 270	-	131 307 (-)	-
Croazia	23	343	1 070	4 098	6 703 (-)	211
Italia	21 893	6 184	21 496	4 660	4 122 617 (-)	1 216
Cipro	0,1	20	100	863	385 (-)	39
Lettonia	117	64	74	414	- (335)	4
Lituania	424	23	96	242	- (-)	-
Lussemburgo	1	83	30	774	39 (-)	9
Ungheria	3	103	1 777	2 092	7 382 (-)	193
Malta	16	96	3	50	46 (-)	5
Paesi Bassi	2 200	-	12 600	-	1 400 000 (-)	-
Austria	174	1 192	812	5 732	- (173)	210
Polonia	39	-	1 489	-	61 585 (-)	-
Portogallo	18 304	3 298	49	554	7 788 (-)	397
Romania	27	1 492	335	262	3 125 (300)	30
Slovenia	3	66	706	3 350	11 166 (-)	174
Slovacchia	1	17	177	1 242	2 927 (-)	38
Finlandia	714	1 870	-	5 036	18 150 (66)	3 339
Svezia	1 091	6 761	641	7 611	-	-
Regno Unito	13 432	17 360	13 243	148 746	555 625	15 846
Turchia	27 413	6 881	124 673	57 744	-	3 646
Norvegia	1 605	10 985	314	4 402	- (133)	364
Unione europea	457 424	239 942	104 535	394 891	6 906 153 (44 730)	29 048
UE, Turchia e Norvegia	486 442	257 808	229 522	457 037	6 906 153 (44 863)	33 058

Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze

Relazione europea sulla droga 2014:

tendenze e sviluppi

Lussemburgo: Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea
2014 — 80 pagg. — 21 × 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-701-5

doi:10.2810/34118

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)

Informazioni sulla relazione

La relazione *Tendenze e sviluppi* offre una panoramica approfondita sul fenomeno della droga in Europa, esaminando temi quali offerta e uso di droga, problemi di salute pubblica nonché politiche e risposte in materia di droga. Insieme ai documenti online *Data and statistics* (Dati e statistiche), *Panoramiche per paese* e *Prospettive sulle droghe*, la relazione costituisce il pacchetto della Relazione europea sulla droga 2014.

Informazioni sull'EMCDDA

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

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

