

A stylized map of Europe in shades of blue, with several white stars scattered across the top right. The year '2001' is prominently displayed in the center.

2001

Relazione annuale sull'evoluzione del fenomeno della droga nell'Unione europea

Avvertenza

Questa pubblicazione è proprietà dell'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (OEDT) ed è protetta da copyright. L'OEDT declina ogni responsabilità, reale o presunta, per l'uso che venga fatto delle informazioni contenute nel presente documento. Salvo indicazione contraria, la presente pubblicazione, inclusa qualsiasi raccomandazione o espressione di pareri, non rappresenta la politica dell'OEDT, dei relativi partner, degli Stati membri dell'UE o di qualsiasi agenzia o istituzione dell'Unione europea o delle Comunità europee.

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

La presente relazione è disponibile in danese, olandese, inglese, finnico, francese, tedesco, greco, italiano, portoghese, spagnolo, svedese e norvegese. Tutte le traduzioni sono state effettuate dal Centro di traduzione degli organismi dell'Unione europea.

Una scheda bibliografica figura alla fine del volume.

Lussemburgo: Ufficio delle pubblicazioni ufficiali delle Comunità europee, 2001

ISBN 92-9168-116-4

© Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, 2001

Riproduzione autorizzata con citazione della fonte.

Printed in Belgium



Rua da Cruz de Santa Apolónia, 23-25

P-1149-045 Lisboa

Tel. (351) 218 11 30 00

Fax (351) 218 13 17 11

E-mail: info@emcdda.org

Sito web: <http://www.emcdda.org>

Indice

Prefazione	5
Ringraziamenti	6
CAPITOLO 1	7
Domanda ed offerta di stupefacenti	7
Consumo di stupefacenti	7
Consumo di stupefacenti tra la popolazione	7
Consumo problematico di stupefacenti	10
Conseguenze del consumo di stupefacenti sulla salute	14
Richieste di terapia	14
Malattie infettive correlate agli stupefacenti	16
Decessi e mortalità correlati agli stupefacenti	17
Indicatori dell'applicazione della legge	20
«Arresto» per reati contro la normativa sugli stupefacenti	21
I consumatori di stupefacenti nelle carceri	21
Indicatori del mercato degli stupefacenti: sequestri, prezzo, purezza	22
Eroina	22
Cocaina	23
Droghe sintetiche: anfetamine, ecstasy e LSD	23
Cannabis	24
CAPITOLO 2	25
Risposte al consumo di stupefacenti	25
Risposte politiche e strategiche	25
A livello di Unione europea	25
A livello nazionale — Strategie in materia di droga negli Stati membri dell'UE	25
Risposte specifiche	29
Riduzione della domanda	29
Riduzione dell'offerta	34

CAPITOLO 3	37
Questioni specifiche	37
Cocaina e cocaina base/crack	37
Prevalenza, modelli e problemi	37
Mercato	40
Progetti di intervento e nuovi approcci	40
Questioni politiche	41
Malattie infettive	42
Prevalenza e tendenze	42
Fattori determinanti e conseguenze	44
Risposte per la riduzione dei danni	46
Droghe sintetiche	48
Diffondersi del consumo	48
Comportamenti e modelli di consumo	48
Disponibilità delle sostanze	49
Dati sulle terapie	50
Rischi per la salute	50
Decessi correlati	50
Risposte	51
Riduzione dell'offerta	51
Nuove iniziative e sfide per i responsabili politici	52
CAPITOLO 4	53
Il problema della droga nei paesi dell'Europa centrale ed orientale	53
Situazione e tendenze	53
Prevalenza e modelli di consumo degli stupefacenti	53
Richieste di terapia	54
Disponibilità	54
Risposte politiche ed istituzionali	55
Legislazione	55
Coordinamento nazionale	56
Strategie nazionali e piani di intervento	56
Riciclaggio del denaro sporco	57
Punti focali Reitox	59

Prefazione

L'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (OEDT) è lieto di presentare la sua sesta *Relazione annuale sull'evoluzione del fenomeno della droga nell'Unione europea*, il cui scopo principale è di fornire un aiuto agli organi decisionali a livello europeo, nazionale e regionale.

La relazione contiene un quadro aggiornato della situazione della droga nell'UE evidenziando le nuove tendenze e i nuovi sviluppi e, oltre a presentare una visione generale, si sofferma più in dettaglio su alcuni problemi chiave: cocaina, malattie infettive e droghe sintetiche. Contiene inoltre una descrizione generale della situazione nei paesi dell'Europa centrale ed orientale.

Nel corso di quest'anno si è verificato un notevole miglioramento nella qualità e nella comparabilità dei dati forniti dagli Stati membri. Ciononostante è indispensabile che negli Stati membri vengano continuate le azioni intese non soltanto a migliorare la comparabilità dei dati a livello dell'UE in tutti i settori, ma anche ad assicurare che questi dati siano prodotti regolarmente.

Si giunge così al problema fondamentale dell'armonizzazione dei dati, che deve essere attuata al più presto al fine di assicurare che le informazioni sulle droghe a livello europeo diventino più affidabili e comparabili di quanto non lo siano oggi. Per agevolare tale processo l'OEDT ha pubblicato una serie di orientamenti per l'applicazione armonizzata nell'UE dei suoi cinque indicatori epidemiologici chiave. L'anno venturo gli Stati membri saranno impegnati in modo determinante nell'assicurare che tali indicatori armonizzati vengano applicati in modo esauriente a livello nazionale.

Va notato in particolare che la strategia dell'UE in materia di droga e il suo programma d'azione di follow-up (2000-

2004) pongono l'informazione e la valutazione tra le priorità chiave. Infatti la raccolta e l'analisi delle informazioni costituiscono una fase preliminare nella valutazione dell'impatto di qualsiasi azione. Il programma d'azione dell'UE sottolinea inoltre che è importante attingere alle diverse fonti di informazione disponibili nell'Unione europea, in particolare all'OEDT e all'Europol.

L'OEDT sta lavorando intensamente per assolvere il suo fondamentale compito informativo. Ha sintonizzato il suo programma di lavoro 2001-2003 sui sei obiettivi prioritari della strategia dell'UE in materia di droga. L'Osservatorio contribuisce inoltre al processo di valutazione dell'impatto del programma d'azione dell'UE ed ha collaborato con i propri punti focali nazionali e con l'Europol e le sue unità antidroga nazionali all'elaborazione di adeguati strumenti atti a produrre due istantanee composte da una serie di variabili adatte ai sei obiettivi prioritari della strategia dell'UE.

La prima istantanea mostrerà la situazione e le risposte in atto nel 1999 prima dell'adozione del programma d'azione dell'UE e fornirà un elemento di riferimento nei confronti del quale si potranno misurare i progressi raggiunti alla fine del programma nel 2004. La seconda istantanea mostrerà la situazione e le risposte in atto nel 2004 in base ad informazioni desunte dalla stessa serie di variabili.

Tutte queste azioni sono dirette in qualche modo a soddisfare la sfida principale dell'OEDT, che è quella di fornire ai responsabili delle decisioni politiche una solida base di conoscenze ai fini di una programmazione fondata su informazioni sicure in materia di droga.

Georges Estievenart
Direttore esecutivo

Ringraziamenti

L'OEDT desidera ringraziare per i contributi che hanno reso possibile questa relazione:

- i dirigenti ed il personale dei punti focali nazionali Reitox;
- i servizi che in ogni Stato membro si sono occupati della raccolta dei dati grezzi per la relazione;
- i membri del consiglio di amministrazione e del comitato scientifico dell'OEDT;
- il Parlamento europeo, il Consiglio dell'Unione europea — in particolare il gruppo di lavoro orizzontale «Droga» — e la Commissione europea;
- il gruppo Pompidou del Consiglio d'Europa, il Programma delle Nazioni Unite per il controllo internazionale delle droghe, l'Organizzazione mondiale della sanità, l'Europol, l'Interpol, l'Organizzazione mondiale delle dogane ed il Centro per il monitoraggio epidemiologico dell'AIDS;
- il Centro di traduzione degli organi dell'Unione europea e l'Ufficio delle pubblicazioni ufficiali delle Comunità europee;
- Andrew Haig & Associates, design ed impaginazione.



Una versione on line, interattiva, della relazione annuale 2001 è disponibile anche sul sito web www.emcdda.org. Questa versione fornisce il collegamento con altre fonti di dati, relazioni e documenti di riferimento utilizzati per la presente relazione.

Domanda ed offerta di stupefacenti

Questo capitolo fornisce una panoramica della situazione del consumo e dell'offerta di stupefacenti nell'UE e ne illustra i recenti sviluppi nonché le tendenze emergenti.

Migliorare la comparabilità dei dati: gli indicatori principali utilizzati dall'OEDT

Migliorare la comparabilità dei dati tra i vari Stati membri è uno dei compiti centrali dell'OEDT. L'OEDT sviluppa e raccomanda metodi e strumenti per la raccolta e l'analisi di dati armonizzati, di buona qualità, a livello europeo. Il piano d'azione dell'UE sulle droghe (2000-2004) prevede che gli Stati membri forniscano informazioni affidabili e comparabili su cinque indicatori epidemiologici principali, sulla base degli strumenti tecnici e delle linee guida raccomandati dall'OEDT. Questi cinque indicatori principali sono:

- prevalenza e modelli di consumo degli stupefacenti tra la popolazione in generale (indagini sulla popolazione);
- prevalenza e modelli di consumo problematico di stupefacenti (stime statistiche della prevalenza/incidenza integrate da indagini tra i consumatori di stupefacenti);
- malattie infettive correlate agli stupefacenti (prevalenza ed incidenza del virus HIV, dell'epatite B e C tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale);
- decessi e mortalità correlati agli stupefacenti tra i consumatori di stupefacenti (statistiche desunte dai registri di mortalità della popolazione e dai registri speciali nonché da studi di coorte tra i consumatori di stupefacenti sulla mortalità e sulle cause del decesso);
- richieste di terapia di disintossicazione (statistiche desunte dai centri di terapia delle tossicodipendenze sui pazienti che entrano in terapia).

Consumo di stupefacenti

Consumo di stupefacenti tra la popolazione

Una stima della percentuale di popolazione che consuma stupefacenti, oppure che li ha sperimentati, è un'informazione fondamentale per valutare la situazione delle droghe, sviluppare delle politiche e procedere alla loro valutazione. È necessario sapere in quali gruppi si concentra il consumo di stupefacenti ed i relativi modelli di consumo.

Modelli di consumo degli stupefacenti

In tutti i paesi dell'UE, la cannabis è la sostanza illecita più comunemente usata, sia in termini di esperienza una tantum (un consumo qualsiasi nell'arco della vita di una persona) che in termini di consumo recente. Il consumo di altre sostanze illecite è meno diffuso.

L'esperienza della cannabis una tantum all'interno della popolazione adulta (dai 15 ai 64 anni secondo lo standard dell'OEDT, anche se con alcune differenze nazionali) varia dal 10 % circa in Finlandia al 20-25 % in Danimarca, Francia, Irlanda, Paesi Bassi, Spagna e Regno Unito ⁽¹⁾.

Le altre sostanze sono state sperimentate da un numero molto più esiguo di persone. Un'esperienza con le anfetamine viene segnalata dall'1 % al 4 % degli adulti, con una punta del 10 % nel Regno Unito. L'ecstasy è stata provata dallo 0,5 % al 4 % degli europei adulti e la cocaina dallo 0,5 % al 3 %. L'esperienza dell'eroina viene segnalata in genere da meno dell'1 % degli adulti, il che contrasta con la sua elevata presenza tra gli indicatori del consumo problematico di stupefacenti.

⁽¹⁾ Grafico 1: Esperienza una tantum di cannabis, anfetamine e cocaina, tra gli adulti di alcuni paesi dell'UE, misurata mediante indagini sulla popolazione a livello nazionale (versione on line).

Metodologia per la stima del consumo di stupefacenti tra la popolazione

Per stimare il consumo di stupefacenti vengono condotte delle indagini su tutta la popolazione. Dodici Stati membri hanno condotto negli ultimi anni delle indagini a livello nazionale sul consumo degli stupefacenti tra la popolazione (per quanto in Lussemburgo il campione fosse modesto) e gli altri tre (Italia, Portogallo ed Austria) le stanno conducendo adesso. Numerosi paesi hanno già effettuato indagini in serie ripetute a livello nazionale, utilizzando la medesima metodologia (per esempio Germania, Spagna, Svezia e Regno Unito) mentre queste sono appena iniziate in Grecia, Francia e Paesi Bassi. Alcuni paesi hanno svolto indagini ad hoc successive che sono parzialmente comparabili (per esempio Danimarca, Finlandia e Francia).

Ci sono differenze tra i vari paesi in merito ai metodi di raccolta dei dati, alla dimensione ed alle caratteristiche del campione, che potrebbero influenzare la precisione e la validità delle stime. Fintanto che questi problemi non verranno risolti, i confronti diretti tra i livelli di consumo nei vari Stati membri dovrebbero essere fatti con cautela, soprattutto quando le differenze sono minime.

L'OEDT ha elaborato degli orientamenti per migliorare la qualità e la comparabilità delle indagini sulla popolazione nell'UE. Questi orientamenti comprendono una serie di voci caratteristiche comuni che possono essere utilizzate per riportare i dati desunti da indagini già effettuate o che possono essere inserite in questionari più ampi, nonché degli orientamenti metodologici di base, che vengono gradualmente attuati nei vari Stati membri.

Il consumo illecito di stupefacenti si concentra in alcuni gruppi della popolazione, in particolare tra i giovani adulti, la popolazione maschile ed urbana. I giovani adulti (di età compresa tra i 15 ed i 34 anni secondo lo standard dell'OEDT, con alcune differenze nazionali) presentano, rispetto alla maggior parte degli stupefacenti, delle percentuali che sono il doppio, o più del doppio, di quelle riferite a tutta la popolazione adulta ⁽²⁾ ⁽³⁾.

Per esempio, la cannabis è stata provata da circa il 15 % dei giovani adulti in Finlandia e Svezia, fino a circa il 28-40 % in Danimarca, Francia, Irlanda, Paesi Bassi, Spagna e Regno Unito, mentre le anfetamine, l'ecstasy e la cocaina sono state provate dall'1 % circa al 6 % dei giovani adulti (per quanto le cifre del Regno Unito per le anfetamine e l'ecstasy siano circa del 16 % e dell'8 % rispettivamente). Percentuali più elevate di consumo degli stupefacenti sono evidenti tra la popolazione maschile, per quanto ci siano variazioni tra i vari paesi e le differenze tendano a diminuire con il passare del tempo ⁽⁴⁾.

Gli abitanti delle aree urbane registrano delle percentuali più elevate di consumo degli stupefacenti rispetto alle aree rurali e le differenze nei dati nazionali complessivi

potrebbero essere largamente influenzate dall'incidenza della popolazione urbana ⁽⁵⁾.

Benché ampiamente utilizzata, l'esperienza una tantum non basta per stimare il consumo recente di stupefacenti, in quanto include tutti coloro che hanno provato degli stupefacenti, magari una sola volta oppure molti anni fa. Il consumo recente viene solitamente stimato rispetto al consumo nell'arco dell'anno precedente (prevalenza negli ultimi 12 mesi).

Il consumo recente di cannabis (espresso in termini di consumo negli ultimi 12 mesi) è segnalato dall'1 % al 9 % degli europei adulti. Il consumo recente di altre sostanze illecite supera raramente l'1 % fra gli adulti. I giovani adulti segnalano dati più elevati, approssimativamente il doppio rispetto agli adulti. In Irlanda, Spagna (per la cocaina) e nel Regno Unito i valori tendono ad essere un po' più elevati rispetto ad altri paesi ⁽⁶⁾.

Tendenze

L'informazione sulle tendenze nel consumo di stupefacenti può essere più significativa di un'immagine statica. Comunque, finora soltanto la Germania, la Spagna, la Svezia ed il Regno Unito hanno effettuato indagini in

⁽²⁾ Grafico 2 OL: Prevalenza di ecstasy e cocaina per gruppi di età in Inghilterra e Galles negli ultimi 12 mesi, 1998 (versione on line).

⁽³⁾ Grafico 3 OL: Esperienza una tantum di cannabis tra tutti gli adulti e tra i giovani adulti di alcuni paesi dell'UE, misurata mediante indagini sulla popolazione a livello nazionale (versione on line).

⁽⁴⁾ Grafico 4 OL: Esperienza una tantum di cannabis tra gli adulti (maschi e femmine) in alcuni paesi dell'UE, misurata mediante indagini sulla popolazione a livello nazionale (versione on line).

⁽⁵⁾ Grafico 5 OL: Esperienza una tantum di cannabis tra gli adulti in Finlandia per livello di urbanizzazione, 1998 (versione on line).

⁽⁶⁾ Grafico 6 OL: Esperienza una tantum e prevalenza negli ultimi 12 mesi di cannabis tra gli adulti di alcuni paesi dell'UE, misurata mediante indagini sulla popolazione a livello nazionale (versione on line).

Il consumo di stupefacenti nell'ambito della popolazione scolastica

Per i giovani di età inferiore ai 18 anni l'OEDT trae le informazioni da un'indagine comparata a livello scolastico che comprende i dati di 30 paesi europei che vi hanno partecipato, nonché degli USA. Undici Stati membri dell'UE hanno partecipato al recentissimo (1999) progetto europeo di indagine scolastica (ESPAD) ⁽¹⁾ il quale descrive il consumo di tabacco, alcol ed altre droghe tra gli studenti di 15-16 anni. Nel 1998 o 1999 il Belgio, il Lussemburgo e la Spagna hanno anche condotto, indipendentemente dall'indagine ESPAD, delle indagini a livello scolastico, i cui risultati sono coerenti con quelli dell'ESPAD.

Situazione e modelli

Queste indagini dimostrano che la cannabis continua ad essere la sostanza illecita maggiormente diffusa tra la popolazione scolastica. L'esperienza una tantum tra gli studenti di 15-16 anni va dall'8 % in Svezia e Portogallo al 35 % in Francia e nel Regno Unito. In due Stati membri (Grecia e Svezia), il consumo una tantum di inalanti (sostanze volatili) è superiore, o pari, a quello della cannabis.

Le indagini a livello scolastico tra gli studenti di 15-16 anni segnalano il consumo una tantum di anfetamine in misura pari all'1-8 %, dell'ecstasy in misura pari all'1-5 %, mentre i dati relativi al consumo una tantum di cocaina variano dall'1 % al 4 %, con la Spagna ed i Paesi Bassi in testa per il consumo di cocaina.

Un modello diverso si presenta per il consumo illecito, una tantum, di tranquillanti e sedativi (senza prescrizione medica), laddove il Regno Unito e la Norvegia, con il 4 %, segnano il punto più basso di consumo illecito una tantum, mentre la Francia si trova sul lato opposto (12 %). Il consumo illecito una tantum di tranquillanti e sedativi è superiore tra le ragazze piuttosto che i ragazzi, in Francia, Portogallo, Italia, Finlandia e Svezia. Di converso, la prevalenza del consumo una tantum di droghe illecite è superiore tra i ragazzi, piuttosto che tra le ragazze, in tutti gli Stati membri.

Va rilevato che i dati comparabili degli USA mostrano che il consumo una tantum di alcune droghe illecite è superiore rispetto a qualsiasi altro Stato membro dell'UE: cannabis (41 %), anfetamine (16 %), ecstasy (6 %) e cocaina (8 %).

C'è un rapporto inversamente proporzionale tra il tasso di prevalenza del consumo di droghe illecite in un determinato paese ed il rischio che viene percepito rispetto a quella particolare droga. Le ragazze tendono in genere, più dei ragazzi, a considerare come un rischio il consumo di droghe illecite. La disapprovazione nei confronti del consumo di droghe illecite è diffusa in maniera omogenea fra i ragazzi e le ragazze di tutti gli Stati membri dell'UE, con una media dell'80 %, fatto

salvo per la disapprovazione nei confronti della cannabis che è inferiore, con una media del 70 %.

Tendenze

Tra il 1995 ed il 1999, in tutti gli Stati membri che hanno partecipato sia alle prime che alle più recenti indagini ESPAD, tranne due (Regno Unito ed Irlanda), la prevalenza del consumo una tantum di tutte le droghe illecite è aumentata.

Consumo una tantum di cannabis

Le cifre relative all'assunzione di droghe illecite, in genere da parte degli studenti di 15-16 anni, sono largamente determinate da quelle relative alla cannabis. Nella maggior parte dei paesi, la prevalenza del consumo una tantum di cannabis è aumentata.

In Finlandia e Norvegia, il consumo una tantum di cannabis è pressoché raddoppiato tra il 1995 ed il 1999. Incrementi sono intervenuti anche in Svezia, Portogallo, Danimarca ed Italia. Comunque, si è registrata una riduzione nei due Stati membri che avevano nel 1995 la massima prevalenza del consumo una tantum di cannabis: tra il 1995 ed il 1999, nel Regno Unito tale consumo è diminuito dal 41 % al 35 % ed in Irlanda dal 37 % al 32 %.

La percezione della disponibilità di cannabis è aumentata considerevolmente in Danimarca, Finlandia, Italia e Norvegia tra il 1995 ed il 1999. In Irlanda e nel Regno Unito è diminuita la percezione della disponibilità di cannabis, ma tale diminuzione è inferiore rispetto al decremento nella prevalenza del consumo una tantum.

Consumo una tantum di «altre droghe illecite» (anfetamine, LSD/allucinogeni, crack, cocaina, ecstasy ed eroina)

L'indagine ESPAD rivela anche un incremento nel consumo una tantum dell'insieme delle categorie di «altre droghe illecite», tranne che nel Regno Unito ed in Irlanda, dove si è registrato un netto calo, rispettivamente dal 22 al 12 % e dal 16 al 9 %. Gli incrementi che sono stati registrati nella maggioranza degli Stati membri ed il declino che si è avuto nel Regno Unito ed in Irlanda confermano la tendenza verso una convergenza dei modelli di consumo degli stupefacenti tra gli Stati membri. La considerevole riduzione che si è avuta in Irlanda e nel Regno Unito può stare a significare che nelle fasi avanzate di diffusione degli stupefacenti, la

⁽¹⁾ Relazione ESPAD 1999: Consumo di alcol e altre droghe tra gli studenti in 30 paesi europei. B. Hibell, B. Andersson, S. Ahlström, O. Balakireva, T. Bjarnason, A. Kokkevi, M. Morgan, consiglio svedese di informazione sul alcol e altre droghe (CAN), gruppo Pompidou del Consiglio d'Europa, dicembre 2000.

fascia dei ragazzi di 15-16 anni che sono disposti a sperimentare delle droghe illecite si satura.

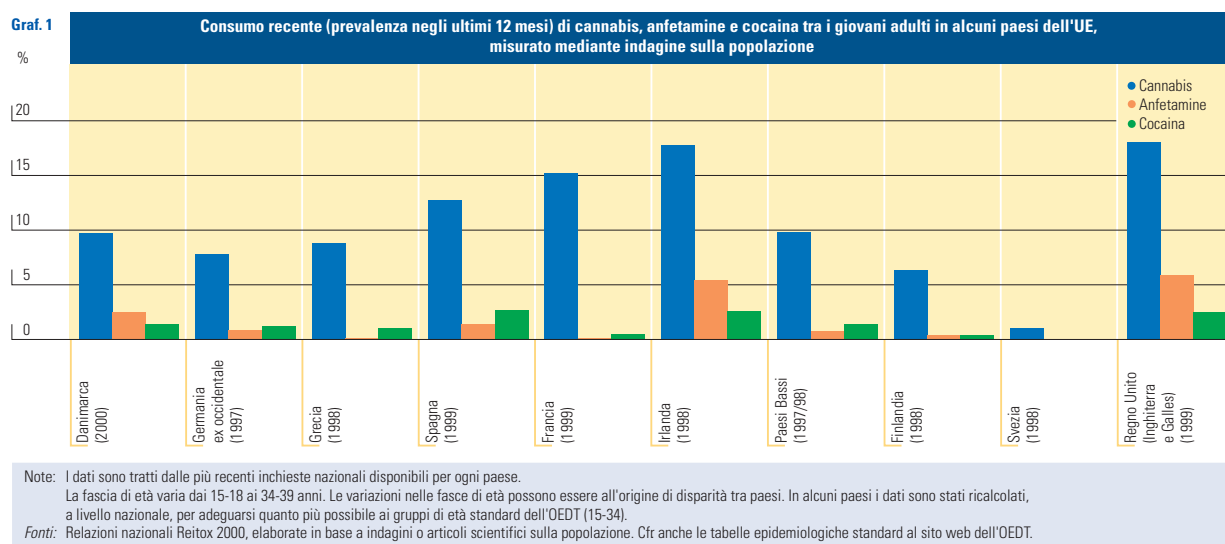
Consumo una tantum di tranquillanti o sedativi senza prescrizione medica

Tradizionalmente, il consumo di tranquillanti o sedativi senza prescrizione medica è considerevolmente superiore tra le ragazze piuttosto che tra i ragazzi. Tra il 1995 ed il 1999, le ragazze in Danimarca, Italia, Irlanda e Regno Unito hanno registrato una considerevole diminuzione, di circa la metà, della prevalenza del consumo

una tantum di tranquillanti e sedativi senza prescrizione medica. Per contro, le ragazze di Finlandia e Portogallo hanno registrato degli incrementi (3 % e 2 % rispettivamente), mentre i ragazzi, in entrambi i paesi, hanno registrato un decremento.

Consumo una tantum di inalanti

Nel consumo una tantum di inalanti non si sono verificati grandi cambiamenti, tranne che in Svezia e Regno Unito, dove tra il 1995 ed il 1999 si è registrato un decremento.



serie comparabili a livello nazionale. Altri paesi hanno condotto numerose indagini di carattere diverso, per cui le tendenze devono essere analizzate con cautela.

L'esperienza una tantum di cannabis è aumentata nel corso degli anni novanta, nella maggior parte dei paesi nei quali sono disponibili delle informazioni. Nelle indagini recenti, molti paesi segnalano cifre di prevalenza relativamente simili (approssimativamente del 20-25 %). Laddove la prevalenza, nei primi anni novanta, era bassa (per esempio, in Grecia, Finlandia e Svezia), sembra che gli incrementi siano stati proporzionalmente maggiori rispetto ai paesi in cui essa era inizialmente più elevata (per esempio, Danimarca, Germania e Regno Unito).

La maggiore esperienza una tantum di cannabis non implica necessariamente un aumento analogo nel consumo recente. La prevalenza negli ultimi 12 mesi è in genere aumentata di meno rispetto all'esperienza una tantum.

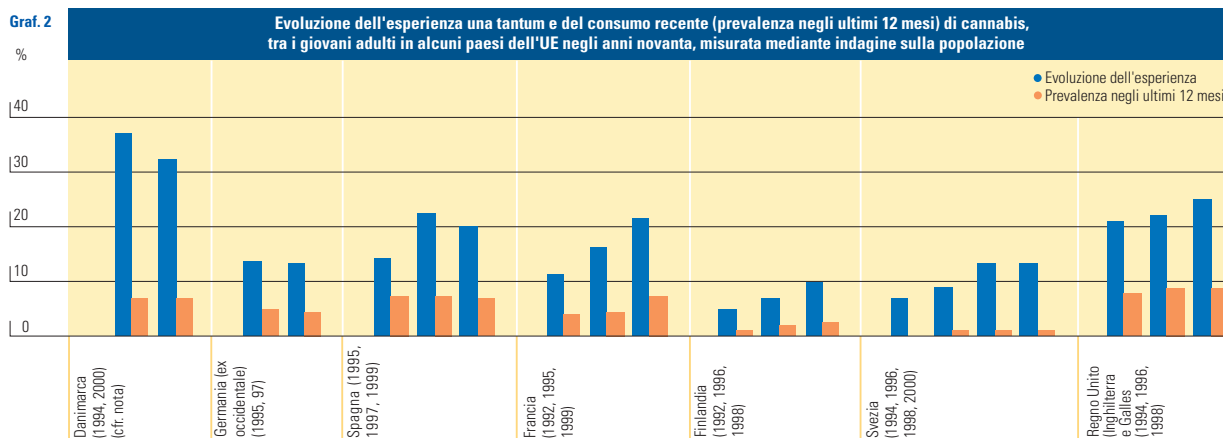
Le tendenze riguardanti il consumo delle altre sostanze sono di più difficile individuazione. Questi sviluppi

tendono a coinvolgere gruppi di popolazione relativamente limitati; tuttavia possono avere importanti implicazioni sulla sanità pubblica e sulle politiche in materia di stupefacenti. Per esempio, nella maggior parte dei paesi, il possibile aumento del consumo di cocaina, di cui tanto si discute, deve essere analizzato più accuratamente. Anche il recente aumento del consumo di ecstasy — ben documentato tra i gruppi di giovani — non emerge altrettanto chiaramente dalle indagini che coprono l'intera popolazione. I campioni devono essere alquanto ampi e l'analisi deve concentrarsi su determinati gruppi di età prendendo altresì in considerazione la sovracampionatura dei giovani.

Consumo problematico di stupefacenti

In generale, i tassi di prevalenza del consumo problematico di stupefacenti sembrano essere più elevati in Italia, Lussemburgo, Portogallo e Regno Unito, dove ci sono da cinque ad otto consumatori problematici di stupefacenti ogni 1 000 abitanti di età compresa fra i 15 ed i 64 anni (questo è il valore intermedio nell'intervallo di ciascun paese). I tassi più bassi sembrano essere quelli del Belgio (questi dati si riferiscono soltanto ai consumatori di stupefacenti per via parenterale e pertanto si tratta di un dato

Domanda ed offerta di stupefacenti



Note: La fascia di età varie tra i 15-18 anni e i 59-69 anni (in Finlandia era di 72 anni nel 1992 e nel 1996).

Le variazioni nelle fasce di età possono essere all'origine di disparità tra paesi.

In Danimarca la fascia di età è di 16-44 anni per consentire un raffronto tra gli anni, ma i dati non devono essere comparati a quelli di altri paesi.

In Germania, i risultati di un'indagine del 2000 (pubblicata nel maggio 2001) rivelano un aumento del consumo di cannabis.

Fonti: Relazioni nazionali Reitox 2000, elaborate in base a relazioni di sintesi o articoli scientifici. Cfr. anche le tabelle epidemiologiche standard al sito web dell'OEDT.

Definizioni e metodi utilizzati per stimare il consumo problematico di stupefacenti

Per «consumo problematico di stupefacenti» si intende in questo caso il «consumo di stupefacenti per via parenterale oppure il consumo da lunga data/regolare di oppiacei, cocaina e/o anfetamine». Questa definizione esclude i consumatori di ecstasy e cannabis e coloro i quali non usano mai — se non irregolarmente — oppiacei, cocaina o anfetamine. Gli oppiacei includono gli oppiacei su prescrizione, come il metadone. Le stime nazionali del consumo problematico di stupefacenti qui riportate per l'UE e la Norvegia (che ha partecipato anche al progetto dell'OEDT sulla stima della prevalenza) si riferiscono al periodo 1996-1998. L'Austria (1995) ed il Belgio (1995) non hanno potuto fornire stime relativamente al medesimo periodo, per mancanza di dati più recenti su cui basare i calcoli (cfr. grafico 3), mentre il Lussemburgo, il Portogallo e l'Italia hanno fornito dati più recenti (1999-2000).

I metodi utilizzati per produrre queste stime si basano principalmente su modelli statistici che incorporano gli indicatori relativi agli stupefacenti e comprendono:

- il metodo con indicatore a più variabili;
- cattura-rilascio;
- tre moltiplicatori basati sui dati delle forze di polizia, i dati delle terapie ed i tassi di mortalità;
- un metodo moltiplicatore che utilizza le cifre calcolate a ritroso dei consumatori di stupefacenti per via

endovenosa colpiti da HIV/AIDS in combinazione con le percentuali di casi di HIV/AIDS tra tali consumatori.

Gli intervalli di valori di cui al grafico 3 derivano spesso da una molteplicità di metodi; pertanto i dati ai due estremi possono essere stati ottenuti con metodi diversi, sia all'interno del singolo paese che tra i vari paesi. Questi metodi non hanno sempre lo stesso gruppo di riferimento: per esempio, i moltiplicatori che utilizzano il calcolo a ritroso dei casi di HIV/AIDS e della mortalità per overdose coprono i consumatori di stupefacenti per via parenterale, mentre i moltiplicatori basati sui dati delle terapie possono essere utilizzati soltanto per il gruppo più ampio dei consumatori problematici di oppiacei.

Parecchi paesi hanno applicato più di un metodo di stima: due (Spagna, Lussemburgo e Paesi Bassi), tre (Germania, Francia, Irlanda, Finlandia e Regno Unito) o persino quattro (Italia e Portogallo). Altri paesi (Belgio, Danimarca, Austria, Svezia e Norvegia) hanno potuto applicare soltanto un metodo, mentre la Grecia non è stata ancora in grado di fornire una stima. L'utilizzo di più stime indipendenti può servire a convalidare i singoli dati, dando luogo per ogni paese ad una più affidabile stima complessiva. Andrebbe pertanto idealmente applicata una molteplicità di metodi, se possibile su base annua.

sottostimato), della Germania e dei Paesi Bassi, con due-tre consumatori problematici di stupefacenti ogni 1 000 abitanti di età compresa fra i 15 ed i 64 anni. I tassi intermedi variano da tre a cinque consumatori problematici di stupefacenti ogni 1 000 abitanti di età compresa fra i 15

ed i 64 anni in Austria, Danimarca, Finlandia, Francia, Irlanda, Spagna e Norvegia. A causa del miglioramento dei dati e delle stime, alcuni paesi registrano dati leggermente diversi da quelli del 2000. La Danimarca e specialmente la Finlandia, comunque, avendo soppresso stime

meno affidabili (e, in entrambi i casi, inferiori) presentano dati molto più elevati.

Oltre alle stime sulla prevalenza, i dati relativi alle modalità di consumo di stupefacenti sono importanti. Tuttavia, ci sono pochi dati sui modelli di consumo degli stupefacenti tra i consumatori problematici di stupefacenti che non sono in terapia, nonostante questa sia un'informazione importante per orientare le decisioni politiche sulle future richieste di terapie. Nei paesi nordici, particolarmente in Finlandia ed in Svezia, i consumatori primari di anfetamine rappresentano la maggioranza dei consumatori problematici di stupefacenti (stimati essere un 70-80 % in Finlandia nel 1997). Avviene il contrario in altri paesi, dove i consumatori problematici di stupefacenti sono essenzialmente dei consumatori primari di oppiacei (ma sono spesso consumatori di più di una droga).

Tendenze

Per quanto sia importante per una valutazione politica, non è tuttora possibile calcolare le tendenze della prevalenza del consumo problematico di stupefacenti con i metodi, la qualità dei dati ed i dati attualmente disponibili. L'incidenza del consumo problematico di stupefacenti può essere una modalità ulteriore ed importante di misurazione delle tendenze. L'incidenza è il numero dei nuovi casi che si presentano in un anno, mentre la prevalenza è il numero complessivo di tutti i casi, nuovi e preesistenti. Pertanto le tendenze dell'incidenza risentono molto di più delle variazioni epidemiologiche e degli interventi che impediscono il verificarsi di nuovi casi.

Un progetto dell'OEDT ha prodotto nuove stime dell'incidenza del consumo di eroina per il Belgio, Lisbona, Budapest, Londra e Amsterdam, le quali suggeriscono che i tempi in cui si sono manifestate in queste regioni delle epidemie di eroina sono stati molto diversi (cfr. grafico 4; non compaiono Londra e Amsterdam).

Il grafico 5 mostra come, anche all'interno di un singolo paese, l'Italia in questo caso, le epidemie di eroina possano manifestarsi in momenti diversi nelle diverse regioni. I risultati suggeriscono anche che può esserci un periodo iniziale (epidemia) di rapida diffusione, seguito dagli effetti della saturazione (le persone più vulnerabili sono diventate consumatori di eroina) e da un'ulteriore, più lenta ma costante diffusione (situazione endemica): un meccanismo che è simile a quello della diffusione delle malattie infettive. Questo può avere importanti implicazioni per i responsabili decisionali, per quanto riguarda un equilibrio ottimale tra le misure politiche da adottare, come la prevenzione primaria, che deve essere

tempestiva per impedire un'elevata prevalenza e la prevenzione secondaria (terapia contro gli stupefacenti e misure di riduzione dei danni), che diventa più importante una volta che si sia insediata una prevalenza elevata.

Nel grafico 5, è evidente che l'epidemia di eroina sembra sia partita in Puglia prima che in Sicilia ed in Campania. La Puglia, il «tacco» d'Italia, si trova lungo un'importante rotta del traffico di eroina che dai Balcani va in Europa, il che può aver portato ad una diffusione del consumo di eroina in tempi più veloci. Questo conferma i precedenti risultati, che si basano sull'analisi geografica dei dati relativi alle terapie (Relazione annuale 2000 dell'OEDT).

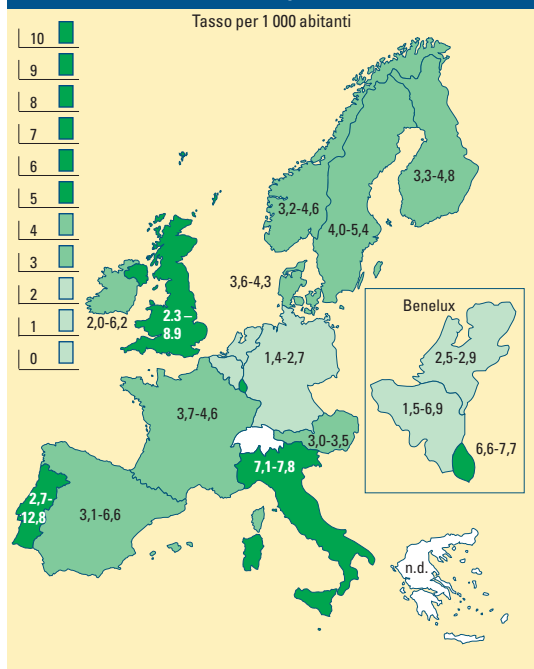
In ogni paese le differenze nella prevalenza del consumo di stupefacenti sono influenzate da una varietà di fattori. Visto che i paesi che hanno adottato delle politiche più liberali in materia di droghe (come i Paesi Bassi) ed i paesi che hanno adottato un approccio più restrittivo (come la Svezia) presentano tassi di prevalenza non molto diversi, l'impatto delle politiche nazionali in materia di droga (approccio più liberale piuttosto che restrittivo) rispetto alla prevalenza del consumo di stupefacenti, e particolarmente del consumo problematico di stupefacenti, rimane poco chiaro. Comunque, politiche nazionali ad ampio raggio in materia di droga sono di grande importanza per ridurre le conseguenze negative del consumo problematico di stupefacenti, come le infezioni da HIV, l'epatite di tipo B e C ed i decessi per overdose. Altri fattori che possono incidere sulla prevalenza del consumo problematico degli stupefacenti sono la disponibilità ed il prezzo degli stupefacenti, la disoccupazione, la povertà o gli altri problemi sociali (guerra), la struttura demografica del paese ed il rapporto fra aree urbane e rurali. Inoltre, il consumo degli stupefacenti sembra procedere in maniera epidemica (cfr., ad esempio, i grafici 4 e 5). Può dunque seguire dei cicli epidemici a lungo termine che in gran parte dipendono dall'afflusso demografico di nuove generazioni di giovani «propensi» che non hanno mai sperimentato i problemi associati a modelli più pesanti di consumo. Al momento attuale, pertanto, non si può dare un'interpretazione causale definitiva del perché variano i tassi di prevalenza che si registrano negli Stati membri dell'UE.

Per alcuni paesi o alcune città, sono disponibili ulteriori informazioni a carattere locale, o di tipo qualitativo, sulle tendenze relative al consumo problematico di stupefacenti.

In Austria la prevalenza del consumo problematico di stupefacenti sembra essere attualmente stabile nella maggior parte delle regioni, anche se a Vienna gli opera-

Domanda ed offerta di stupefacenti

Graf. 3 Stime nazionali di prevalenza del consumo problematico di stupefacenti nell'UE e in Norvegia, 1996-1998



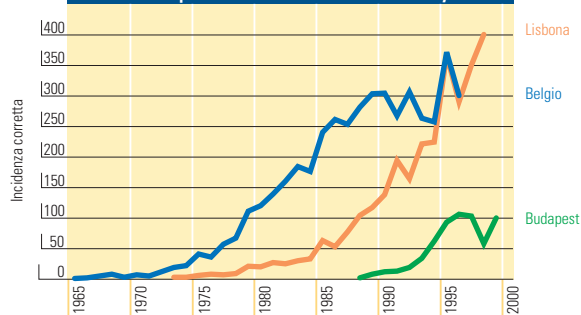
Note: n.d.: dati non disponibili. Le differenze tra i paesi devono essere interpretate con precauzione a causa dei diversi metodi adottati e dei gruppi bersaglio scelti. Per ulteriori dettagli cfr. le tabelle on line 10L 2 OL su www.emcdda.org. I dati relativi all'Austria e al Belgio risalgono al 1995, quelli dell'Italia al 1999 e quelli del Portogallo al 1999-2000. La stima originaria svedese è stata ridotta dell'8% per escludere i tossicodipendenti che assumono cannabis, conformemente alla definizione del problema dell'abuso di droga vigente presso l'OEDT. Il colore relativo ad un paese indica il valore centrale della gamma delle stime, tranne per il Belgio (stima puntuale -3,0 - e 95% di intervallo di confidenza). La stima belga si riferisce agli assuntori di droga per via parenterale e pertanto sotto-stima il consumo problematico di stupefacenti.

Fonti: Punti focali Reitox, 2000. Per la Svezia: B. Olsson, C.A. Wahren, S. Byqvist, *Det tunga narkotikamisbrukets omfattning i Sverige 1998*, CAN, Stockholm, 2001.

tori di strada hanno registrato una diminuzione nell'ingresso di giovani adepti sulla scena. In Francia, il consumo di eroina è in genere in calo, benché non sia chiaro che cosa ciò significhi in termini di numero di consumatori di eroina e vi siano alcune indicazioni di nuovi, locali incrementi. In Finlandia, le stime della prevalenza nell'area metropolitana di Helsinki negli anni 1995-1997 suggeriscono che il consumo delle droghe pesanti è aumentato in quest'area di almeno il 40% in due anni. Questo incremento è più pronunciato tra gli uomini di età superiore a 26 anni e tra i consumatori di anfetamine.

In Germania, il consumo di eroina si ritrova essenzialmente nelle aree metropolitane, mentre nelle aree rurali i tassi di prevalenza ed i sequestri sono molto inferiori. Nei nuovi Länder, il consumo di eroina è tuttora scarso. Le indagini suggeriscono che dal 1992 il consumo di eroina è soltanto in lieve aumento o stagnante; tuttavia, la cocaina registra una crescita stabile ed uniforme. In Grecia, i dati derivanti dagli indicatori indiretti (terapie, decessi, servizi a bassa soglia) mostrano che il consumo problematico di stupefacenti è in aumento. In Irlanda,

Graf. 4 Incidenza relativa (numero di nuovi casi all'anno) dei consumatori problematici di oppiacei che si sono poi presentati per una terapia o per servizi sociali, per il Belgio, Lisbona e Budapest — Stima con il metodo Brookmeyer e Liao



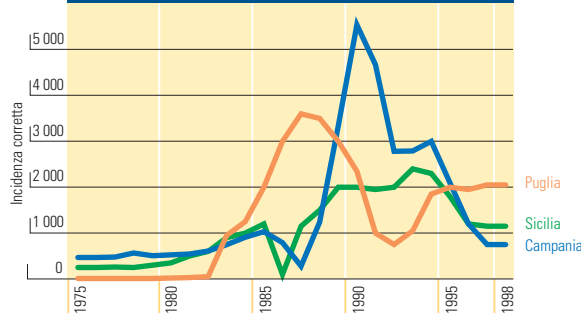
Note: L'incidenza relativa è l'incidenza (numero di nuovi consumatori all'anno) di assuntori di oppiacei che si presenteranno ai servizi. Lisbona: area estremamente problematica di Lisbona, consumatori che si presentano ai servizi sociali. Belgio: campione degli assuntori che si presentano per una terapia di disintossicazione nella comunità francofona.

Fonti: Progetto dell'OEDT CT99.EP.05, Studio sull'incidenza del consumo problematico di stupefacenti e tempo di latenza legato alla terapia di disintossicazione nell'Unione europea, Lisbona, 2001 (coordinato dall'Università «Tor Vergata» di Roma).

come riflesso della generale situazione demografica, i consumatori di stupefacenti sono giovani. Fino al 1996 circa, la tendenza del consumo di eroina andava verso un aumento delle droghe da fumare, anche se più di recente sono di nuovo in aumento le droghe da iniettare. In Italia, i livelli del consumo di stupefacenti sembrano più elevati nelle regioni settentrionali, ma il consumo problematico di stupefacenti può essere distribuito più o meno equamente tra le regioni settentrionali, centrali e meridionali anche se la popolazione «a rischio» varia a seconda delle aree geografiche. (L'intera popolazione tra i 15 e i 54 anni è pari a 32 milioni, 44% nelle regioni settentrionali, 19% nelle regioni centrali e 37% in quelle meridionali). Inoltre, le regioni settentrionali possono registrare un consumo relativamente maggiore di droghe «ad uso ricreativo».

In Lussemburgo, dal sistema nazionale di rilevazione è emerso un marcato aumento delle nuove segnalazioni tra il 1998 ed il 1999 (+ 42%), anche se questo è dovuto

Graf. 5 Incidenza relativa (numero di nuovi casi all'anno) dei consumatori di oppiacei che si sono poi presentati per una terapia, nelle tre maggiori regioni meridionali italiane — Stima mediante calcolo a ritroso



Note: L'incidenza relativa è l'incidenza (numero di nuovi consumatori all'anno) di assuntori di oppiacei che si presenteranno ai servizi.

Fonti: Progetto dell'OEDT CT99.EP.05, Studio sull'incidenza del consumo problematico di stupefacenti e tempo di latenza legato alla terapia di disintossicazione nell'Unione europea, Lisbona, 2001 (coordinato dall'Università «Tor Vergata» di Roma).

principalmente ad infrazioni alla legge sugli stupefacenti e può essere il riflesso di una maggiore attività di polizia. Tra i consumatori problematici c'è una larga fetta di individui che non sono nativi del Lussemburgo (48 %). La prevalenza stimata mostra una tendenza in aumento mentre il consumo di stupefacenti per via parenterale è sceso da oltre il 90 % a circa il 66 %. Ad Amsterdam, Paesi Bassi, il numero dei consumatori di eroina è moderatamente sceso nell'arco degli anni, mentre la percentuale di chi li assume per via parenterale si è ridotta decisamente. In Portogallo, i problemi legati al consumo di stupefacenti sono più significativi nei distretti di Lisbona, Porto, Setubal e Faro. In Spagna, tra i problemi legati agli stupefacenti, sta diventando meno rilevante il consumo di eroina, specialmente se assunta per via parenterale, mentre stanno assumendo maggiore importanza i problemi legati alla cocaina. In Svezia, c'è stato un aumento nel numero dei grandi consumatori di stupefacenti nel corso degli anni novanta ed il consumo dell'eroina si sta diffondendo tra i gruppi più giovani di consumatori problematici. Nel Regno Unito, una relazione pubblicata nel 1998 rivela un aumento dei nuovi consumatori di eroina tra i giovani nella maggior parte delle regioni dell'Inghilterra sin dal 1996, mentre uno studio recente a Londra segnala un aumento raddoppiato dell'incidenza del consumo di eroina non per via parenterale tra il 1991 e il 1997.

rispetto ai consumi (come il rapporto tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale ed i consumatori di oppiacei) sono potenziali indicatori di tendenze di più vasta portata nel consumo problematico di stupefacenti. Possono tuttavia insorgere degli scostamenti a causa dei diversi metodi di raccolta delle informazioni e della diversa offerta di servizi terapeutici tra i vari paesi.

Sostanze

Nonostante esistano differenze nelle politiche terapeutiche e nelle prassi di registrazione, è possibile identificare in Europa sia delle tendenze comuni che particolari.

Nella maggior parte dei paesi, gli oppiacei sono la droga principale per i nuovi pazienti che entrano in terapia (specialmente l'eroina). La variazione tra i vari paesi è abbastanza elevata: dal 22,4 % in Finlandia all'88,6 % in Grecia, ma le percentuali più frequenti si situano fra il 50 % ed il 70 %. Eroina a parte, le altre principali sostanze per le quali viene chiesta una terapia sono la cannabis (oltre il 15 % in Belgio, Danimarca, Finlandia ed Irlanda) e la cocaina (specialmente nei Paesi Bassi, 15,4 %, ed in Spagna, 17 %). L'ecstasy è la droga principale soltanto in pochi casi, con il valore più elevato in Irlanda (8,9 %). In materia di anfetamine, esistono forti differenze, con le percentuali più elevate registrate in Finlandia (39 %), Svezia (17 %) e Belgio (15 %).

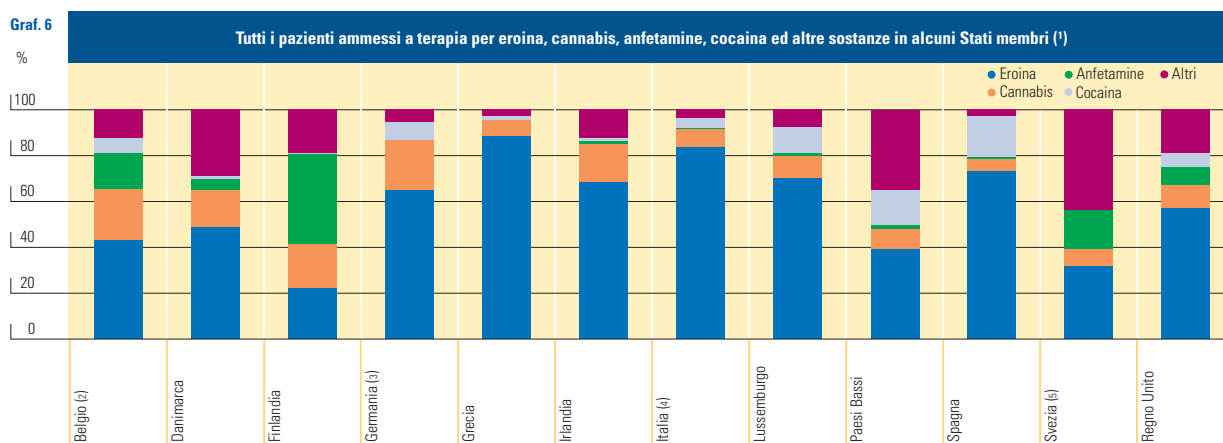
Conseguenze del consumo di stupefacenti sulla salute

Richieste di terapia

Le caratteristiche dei pazienti che entrano in terapia (come le caratteristiche sociali) ed i comportamenti

Tendenze

Tendenze comuni sono state identificate nel numero di nuovi pazienti che chiedono una terapia — i nuovi pazienti che chiedono la terapia per l'eroina sono in diminuzione, mentre sono in aumento quelli che la chiedono per la cannabis e specialmente per la cocaina. Il maggior aumento in termini di pazienti per la cannabis



(*) L'Austria, il Portogallo e la Francia non sono compresi in quanto non hanno sistemi di segnalazione comparabili.

(k) Belgio (dati 1998): l'eroina comprende tutti gli oppiacei, le anfetamine e tutti gli stimolanti.

(l) Germania: l'eroina comprende tutti gli oppiacei.

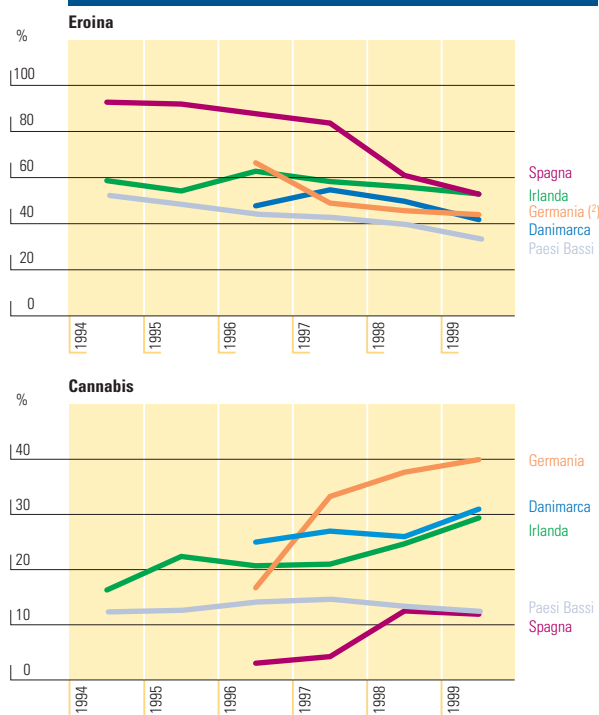
(j) Italia: comprende anche i pazienti in terapia dall'anno precedente.

(i) Svezia: l'eroina comprende tutti gli oppiacei.

Fonti: Relazioni nazionali Reitox.

Domanda ed offerta di stupefacenti

Graf. 7 Evoluzione dei nuovi pazienti ammessi a terapia per eroina e cannabis in alcuni Stati membri (1)



(1) Alcuni paesi non sono stati inclusi per mancanza di dati comparabili per gli anni presi in considerazione.

(2) Dati relativi a tutti gli oppiacei.

Fonti: Relazioni nazionali Reitox 2000.

riguarda la Germania (dal 16,7 % nel 1996 al 40 % nel 1999, anche se è importante rilevare che questi dati si riferiscono soltanto ai centri ambulatoriali), l'Irlanda (dal 20,7 % nel 1996 al 29,4 % nel 1999) e la Danimarca (dal 25 % nel 1996 al 31 % nel 1999), mentre il maggior incremento di consumatori di cocaina viene registrato dalla Spagna (dal 21,6 % nel 1998 al 30,9 % nel 1999) e dai Paesi Bassi (dal 14,7,3 % nel 1994 al 23,2 % nel 1999).

Queste tendenze sono confermate dai dati ammessi a terapia nell'arco degli anni, mentre l'incremento dei consumatori di cocaina è chiaro, così come il confronto tra i nuovi e tutti i pazienti ammessi a terapia in alcuni Stati membri. Emerge inoltre un aumento nel consumo di cocaina come droga secondaria di pazienti che utilizzano gli oppiacei come sostanza principale (7) (8). In generale, i pazienti che chiedono di entrare in terapia consumano più di una droga; le differenze tra i vari gruppi di utenti vengono identificate.

In molti paesi viene segnalato un aumento della domanda di terapie sostitutive, soprattutto da parte di donne in gravidanza; ciò è probabilmente dovuto al fatto che questi servizi sono diventati di più ampia diffusione.

Il consumo di stupefacenti per via parenterale ed altre modalità di somministrazione

Il rapporto tra chi si inietta e chi non si inietta eroina tra i pazienti che sono in terapia per l'eroina varia sensibilmente, dal 12,5 % nei Paesi Bassi al 72,7 % in Grecia. Nella maggior parte dei paesi è abbastanza comune una generale diminuzione nel consumo di eroina per via parenterale, anche se in misura variabile (l'Irlanda segnala al contrario una tendenza all'aumento del consumo di stupefacenti per via parenterale). Il confronto tra tutti i pazienti e quelli nuovi che chiedono una terapia per l'eroina sembra confermare una diminuzione del consumo di eroina per via parenterale (in media circa il 10 % in meno) (9).

Molti fattori potrebbero influenzare le modalità di somministrazione e questi, a tutt'oggi, non sono del tutto chiari o suffragati da studi scientifici, ma potrebbero includere fattori di mercato, tradizioni culturali ed interventi di vario tipo.

A livello di mercato, tre fattori principali potrebbero influenzare le modalità di somministrazione: la relativa disponibilità di eroina da fumare (forma base) oppure di eroina da iniettare (cloridrato), il prezzo dell'eroina (un prezzo più elevato porta maggiormente ad un uso per via parenterale), la purezza dell'eroina (quanto più bassa è la purezza tanto maggiore è l'uso per via parenterale).

Dal punto di vista culturale, ci sono alcune tradizioni, legate particolarmente alle minoranze etniche; nell'ambito del sottogruppo del Suriname, l'avversione per l'assunzione per via parenterale sembra aver influenzato la via di somministrazione (inalazione o fumo) dei consumatori di eroina. Non si è ritrovata la stessa influenza in altri sottogruppi, come i consumatori nordafricani in Francia o nelle Antille i quali, anch'essi, tradizionalmente fumano o inalano eroina.

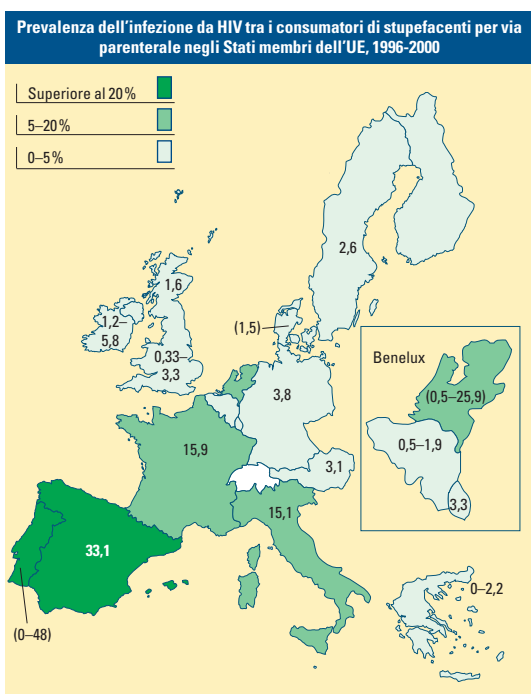
Vari studi di valutazione mettono in luce anche, come fattore che può influenzare il comportamento, il rapporto tra le attività di prevenzione (strutture, informazioni sui rischi legati alle iniezioni) ed il passaggio dal consumo per via parenterale a quello per inalazione o fumo.

(7) Grafico 7 OL: Evoluzione di tutti i pazienti ammessi a terapia per eroina, cannabis e cocaina (versione on line).

(8) Grafico 8 OL: Tutti ed i nuovi pazienti ammessi a terapia per cannabis e cocaina, dati 1999 (versione on line).

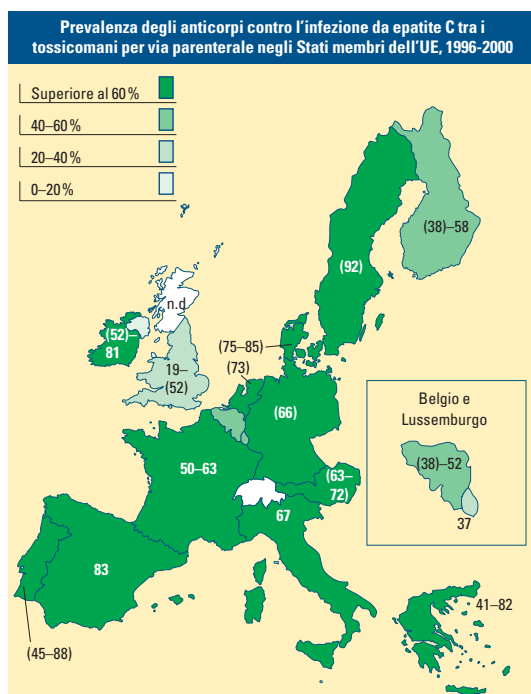
(9) Grafico 9 OL: Percentuale di consumatori di stupefacenti per via parenterale rispetto ai pazienti ammessi a terapia per il consumo di eroina in alcuni Stati membri, dati 1999 (versione on line).

Graf. 8



Note: I dati tra parentesi sono dati locali. Le differenze tra paesi devono essere interpretate con cautela a causa delle fonti e, in alcuni casi, dei dati locali diversi. Il colore relativo ad un paese indica il valore centrale della gamma di prevalenze rivelate dalle varie fonti di dati. I dati relativi alla Spagna, l'Italia, la Francia e la Germania sono limitati alla prevalenza di HIV tra assuntori di droga per via parenterale in terapia di disintossicazione e possono perciò non essere rappresentativi della prevalenza di HIV tra tale tipo di assuntori che non sono in terapia. Per ulteriori informazioni e fonti consultare le tabelle statistiche complementari al sito www.emcdda.org

Graf. 9



Note: n.d. – dati non disponibili. I dati tra parentesi sono dati locali. Le differenze tra paesi devono essere interpretate con cautela a causa delle fonti e, in alcuni casi, dei dati locali diversi. Il colore relativo ad un paese indica il valore centrale della gamma di prevalenze rivelate dalle varie fonti di dati. I dati relativi alla Spagna, l'Italia e la Germania sono limitati alla prevalenza di HIV tra assuntori di droga per via parenterale in terapia di disintossicazione e possono perciò non essere rappresentativi della prevalenza di HIV tra tale tipo di assuntori che non sono in terapia. I dati del Lussemburgo sono limitati agli assuntori per via parenterale in carcere. I dati relativi al Regno Unito e al Lussemburgo e quelli elevati riguardanti l'Irlanda e la Finlandia sono basati sui test della saliva. I dati concernenti la Francia e quelli elevati relativi al Belgio si basano su risultati di test forniti spontaneamente, che possono essere inattendibili. I dati della Germania risalgono al 1995 e quelli della Svezia al 1994. Per ulteriori informazioni e fonti consultare le tabelle statistiche al sito www.emcdda.org.

Caratteristiche sociali

I pazienti che entrano in terapia tendono ad essere di sesso maschile, ultraventenni o ultratrentenni. L'età media è di 29 anni per tutti i pazienti e di 27 anni per i nuovi pazienti. Di solito le donne sono più giovani degli uomini e chiedono la terapia circa un anno prima degli uomini. I pazienti meno giovani si trovano in Svezia e nei Paesi Bassi, mentre i più giovani si trovano in Irlanda ed in Finlandia, per quanto, nel caso dell'Irlanda, questo rifletta anche la situazione demografica del paese.

La distribuzione tra i sessi varia con una certa similitudine tra i paesi meridionali, dove gli uomini sono in stragrande maggioranza (86/14 in Italia, 85/15 in Spagna, 84/16 in Portogallo, 84/16 in Grecia) ed i paesi nordici, dove è più elevata la presenza delle donne in terapia (70/30 in Irlanda, 72/28 in Svezia).

Le condizioni sociali dei pazienti che chiedono di entrare in terapia sembrano in peggioramento, sia in termini di livello di istruzione che di occupazione. La maggioranza dei pazienti si concentra nelle aree urbane, ma questo potrebbe anche essere dovuto al diverso livello dell'offerta di servizi nelle aree rurali.

Malattie infettive correlate agli stupefacenti

Un'esposizione più dettagliata di questo problema figura nel capitolo 3, Questioni specifiche — Malattie infettive correlate agli stupefacenti.

Prevalenza e tendenze

Poiché i dati a disposizione provengono da fonti diverse (a volte locali), si può avere soltanto una generica impressione di prevalenza dell'HIV tra chi assume stupefacenti per via parenterale. Tuttavia, sono evidenti grandi differenze tra i vari paesi, nonché all'interno degli stessi. I dati a disposizione indicano dei livelli di infezione tra i diversi sottogruppi dei consumatori di stupefacenti per via parenterale che grosso modo variano dall'1 % circa nel Regno Unito al 32 % in Spagna. Negli ultimi anni, questo quadro complessivo non è cambiato. Comunque, ci sono indicazioni di un nuovo aumento della trasmissione del virus HIV in (sottogruppi) di consumatori di stupefacenti per via parenterale in alcuni paesi (cfr. il riquadro pag. 17).

Un possibile aumento della trasmissione del virus HIV tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale in alcuni paesi dell'UE

I dati preliminari fanno pensare che, in alcuni paesi dell'UE, possa esserci stato un aumento delle infezioni da HIV tra alcuni sottogruppi dei consumatori di stupefacenti per via parenterale. Occorre tener conto dei limiti insiti nell'uso di dati di routine per l'individuazione di variazioni nella trasmissione (cfr. capitolo 3, pag. 42). Ad esempio, l'aumento registrato in Irlanda può essere parzialmente dovuto all'aumento dei test tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale. È comunque importante monitorare con attenzione questo possibile incremento e adottare, se necessario, le iniziative più appropriate. Un aumento della trasmissione del virus HIV può essere avvenuto in Austria, Lussemburgo, Irlanda, Paesi Bassi, Portogallo e Finlandia.

In Austria, la prevalenza dell'HIV tra i casi di overdose da oppiacei è salita dall'1 % al 5 % nel 1999 (dal 3 % nel 1996, 2 % nel 1997 e l'1 % nel 1998).

In Lussemburgo, le infezioni da HIV che sono state rilevate tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale sono passate da 2-3 all'anno nel periodo 1995-1997 a 6-7 all'anno nel periodo 1998-1999.

In Irlanda, il numero di test positivi al virus HIV correlato al consumo di stupefacenti per via parenterale è triplicato, attestandosi a 69 nel 1999 (da 20-26 all'anno nel periodo 1994-1998).

In Portogallo i dati provengono da fonti locali. A Coimbra, fra il 1999 ed il 2000, la prevalenza tra i consu-

matori di stupefacenti per via parenterale in terapia è salita dal 9 % al 13 %, essenzialmente tra la popolazione femminile e dal 9,5 % al 18 % nella fascia di età 25-34. Da uno studio condotto sulla strada, nel periodo 1998/99, tra 250 consumatori di eroina senza fissa dimora, in un'area molto problematica di Lisbona, è emersa una prevalenza del 48 %.

In Finlandia, si è avuto un notevole incremento delle segnalazioni di HIV correlato al consumo di stupefacenti per via parenterale, da 0-5 casi all'anno nel periodo 1990-1997, a 20 casi nel 1998 e 84 casi nel 1999. La prevalenza tra coloro i quali si scambiano gli aghi ed hanno chiesto un test HIV è altresì salita dallo 0 % nel 1997 al 3 % nel 1998 ed all'8 % nel 1999, per poi ridiscendere al 3 % nel 2000.

Nei Paesi Bassi, tra il 1994 e il 1998/99, l'infezione da HIV è salita dall'11 al 22 % tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale nella città di Heerlan, al sud dei Paesi Bassi.

Note: Dimensioni dei campioni: Austria 1996-184, 1997-131, 1998-108, 1999-126; Heerlen (Paesi Bassi) 1994-161, 1998/99-116; Coimbra (Portogallo) 1999-227, 2000-106, Lisbona 1998/99-252; Finlandia 1997-131, 1998-135, 1999-63, 2000-356.

Fonti: Punti focali nazionali. Per i dati relativi a Lisbona: Valle, H. Rodrigues, L. Coutinho, R., e a., «Infezioni da HIV, HCV e HBV in un gruppo di tossicodipendenti di Lisbona», settima conferenza europea sugli aspetti clinici dell'infezione da HIV, 23-27 ottobre 1999, Lisbona, Portogallo (compendio 866).

I dati sulla prevalenza dell'infezione da HCV (il virus dell'epatite C) sono meno disponibili e, laddove sono disponibili, sono soggetti ai medesimi limiti dei dati riguardanti l'HIV. Comunque, il quadro complessivo è chiaro: la prevalenza dell'HCV è estremamente elevata nei dati provenienti da tutti i paesi dell'UE, con tassi di infezione compresi tra il 40 % ed il 90 % nei vari sottogruppi dei consumatori di stupefacenti per via parenterale (grafico 9). Nella misura in cui sono disponibili, i dati sulla prevalenza tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale di età inferiore a 25 anni, indicano dei livelli di infezione da HCV che vanno dal 20 % (Belgio, terapia, 1998) ad oltre il 74 % (Portogallo, terapia, Coimbra, 2000) (cfr. grafico 27, nel capitolo 3, Questioni specifiche — Malattie infettive correlate agli stupefacenti). Ciò suggerisce il fatto che la trasmissione dell'HCV continui a livelli elevati in numerosi paesi, per quanto alcuni studi

indichino che l'introduzione di misure di prevenzione potrebbe aver ridotto la trasmissione del virus (Regno Unito).

Decessi e mortalità correlati agli stupefacenti

Il numero dei decessi improvvisi correlati agli stupefacenti («overdose») viene talvolta utilizzato in maniera semplicistica per valutare la situazione di un paese in materia di droga e per fare dei confronti. I morti per droga sono una fonte di preoccupazione sociale e politica, specialmente i decessi improvvisi tra i giovani.

Caratteristiche dei decessi improvvisi correlati agli stupefacenti

Negli ultimi cinque anni (dal 1994 al 1999), sulla base delle informazioni disponibili, il numero complessivo dei casi segnalati dai paesi dell'UE è oscillato tra 7 000 e

Metodologia e definizioni per i decessi correlati agli stupefacenti

In questa relazione ci si riferisce essenzialmente ai decessi improvvisi correlati agli stupefacenti (overdose), salvo diversa indicazione.

I confronti diretti tra i vari paesi possono essere fuorvianti, in quanto il numero dei decessi correlati agli stupefacenti non dipende soltanto dalla prevalenza del consumo problematico di stupefacenti o dai modelli a rischio (come l'iniezione), ma anche dalle definizioni nazionali e dai metodi nazionali di registrazione. Per esempio, il Portogallo utilizza una definizione abbastanza ampia, mentre la Svezia è recentemente passata da una definizione ampia ad una più restrittiva ⁽¹⁾.

I decessi e la mortalità correlati agli stupefacenti tra i consumatori di droghe sono uno degli indicatori epidemiologici principali dell'OEDT. È stato elaborato un protocollo europeo standard per riportare i casi dai registri generali della mortalità e dai registri speciali, giudiziari o di polizia. Questo protocollo standard è stato testato in tutti gli Stati membri ed un'attiva collaborazione viene intrattenuta con l'Eurostat e l'Organizzazione mondiale della sanità ⁽²⁾.

Se le definizioni, i metodi e la qualità della registrazione rimangono coerenti in un determinato paese, le statistiche possono indicare le tendenze nel tempo e, se queste vengono correttamente analizzate ed integrate con altri indicatori, possono essere importanti per monitorare i modelli estremi di consumo degli stupefacenti.

Anche i decessi indirettamente associati al consumo di stupefacenti — decessi per AIDS, incidenti stradali, violenza o suicidio — dovrebbero essere presi in considerazione quando si valuta l'impatto complessivo dell'abuso di stupefacenti, ma ciò richiede svariate fonti di informazione ed una metodologia maggiormente orientata alla ricerca.

- (1) Riquadro 1 OL: Definizioni di «decessi improvvisi correlati agli stupefacenti» negli Stati membri dell'UE, così come vengono utilizzate nella relazione annuale dell'OEDT e riportate nelle relazioni nazionali (versione on line).
 (2) Riquadro 2 OL: Lo standard proposto dall'OEDT per contare i decessi improvvisi correlati agli stupefacenti, standard DRD, versione 1 (versione on line).

8 000. Nell'UE, gli oppiacei continuano ad essere presenti nella maggior parte dei decessi improvvisi correlati agli stupefacenti: «overdose» o «avvelenamenti» ⁽¹⁰⁾.

È comune la presenza di altre sostanze, come l'alcol, le benzodiazepine oppure la cocaina. La presenza di sostanze inibenti, come l'alcol o le benzodiazepine, è considerata un fattore di rischio nei casi di overdose con oppiacei. In Europa, sembrano essere rari i decessi improvvisi con presenza di cocaina, anfetamine o ecstasy, senza oppiacei.

Molti decessi provocati da oppiacei avvengono entro tre ore dall'assunzione della droga, rendendo possibile l'intervento medico. Inoltre, di molte overdose letali e non letali sono testimoni altri consumatori, il che renderebbe possibile un intervento. In questi casi, è importante che i consumatori sappiano come cercare una efficace assistenza.

La maggior parte dei decessi provocati da oppiacei avviene tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale, ultraventenni o ultratrentenni, di solito dopo parecchi anni di consumo di stupefacenti. La grande maggioranza dei decessi avviene tra la popolazione maschile. In

molti paesi dell'UE, come accade per i pazienti che entrano in terapia, viene osservata una chiara tendenza verso lo spostamento in avanti dell'età dei consumatori di oppiacei deceduti ⁽¹¹⁾.

Alcuni decessi correlati al consumo di cocaina possono passare inosservati a causa dell'ambiente sociale delle vittime o a causa di una loro diversa presentazione clinica (ischemia cardiaca o aritmia). Il personale dei servizi di emergenza dovrebbe essere consapevole di questa possibilità. I decessi improvvisi correlati soltanto all'uso di ecstasy sembrano essere rari, nonostante la pubblica preoccupazione che questi hanno provocato, in alcuni paesi europei, alla metà degli anni novanta.

Il metadone è stato identificato in un certo numero di morti per droga ed il suo ruolo è stato messo in discussione in numerosi paesi europei. Poiché negli ultimi anni si sta diffondendo la terapia di sostituzione con il metadone, i risultati tossicologici circostanziali del metadone sono più frequenti tra i consumatori di stupefacenti che muoiono a causa di incidenti, AIDS ecc. Alcuni studi locali fanno pensare che taluni decessi improvvisi possano essere stati provocati da metadone dirottato verso il mercato illegale, forse a causa di servizi di

⁽¹⁰⁾ Grafico 10 OL: Rapporto tra abuso di oppiacei e non oppiacei tra i casi di decessi correlati agli stupefacenti: le percentuali valide si basano su casi la cui tossicologia è nota (versione on line).

⁽¹¹⁾ Grafico 11 OL: Percentuale di decessi correlati agli stupefacenti tra gli ultratrentenni in alcuni paesi dell'UE, 1986 e 1999 (versione on line).

Domanda ed offerta di stupefacenti

prescrizione mal organizzati. In alcuni paesi si è raccomandato di migliorare l'organizzazione dei programmi di sostituzione del metadone. Nonostante questi problemi, la ricerca mostra che la terapia sostitutiva riduce i rischi di decesso correlato agli stupefacenti tra i partecipanti al programma.

Tendenze dei decessi improvvisi correlati agli stupefacenti

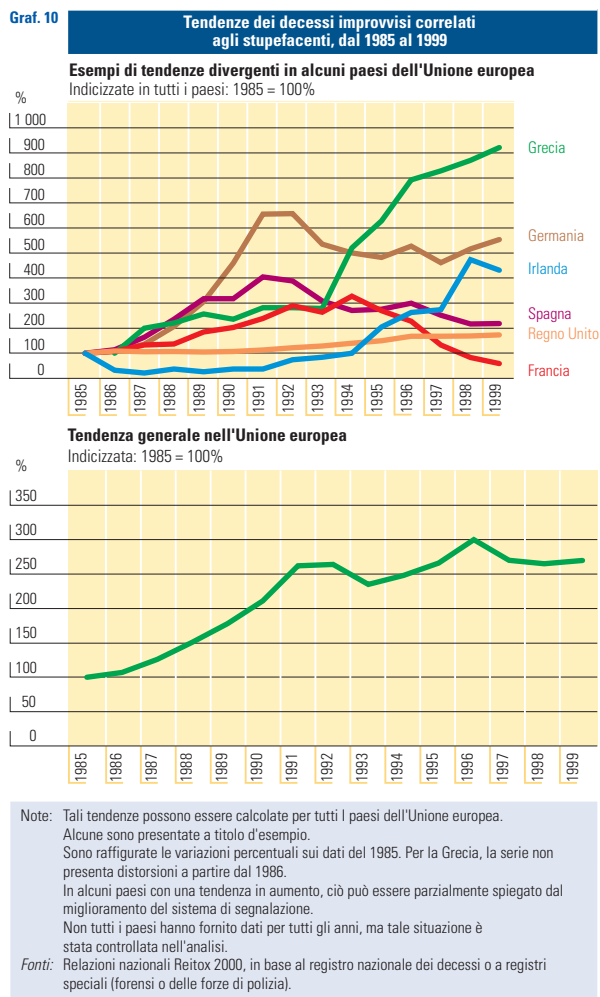
Nella seconda metà degli anni ottanta e nei primi anni novanta, molti paesi dell'UE hanno sperimentato un marcato aumento dei decessi improvvisi correlati agli stupefacenti. Tuttavia, in questi ultimi anni, il numero dei decessi improvvisi a livello UE si è nell'insieme attestato sui 7 000-8 000 casi all'anno; in alcuni paesi c'è stato perfino un calo.

Fattori molteplici contribuiscono probabilmente alla recente stabilizzazione dei decessi correlati agli stupefacenti. Il numero dei consumatori problematici di stupefacenti può essersi stabilizzato ed i dati relativi alle terapie suggeriscono che le prassi a rischio, per esempio il fatto di assumere la droga per via parenterale, sono anch'esse diminuite in taluni paesi. Inoltre, gli interventi terapeutici — fra cui i programmi sostitutivi — si sono andati diffondendo in molti paesi e può essere migliorata l'assistenza medica nei casi di overdose.

Questa stabilizzazione è coerente con il calo della mortalità complessiva (in alcuni casi, anche dei decessi per overdose) tra coorti di consumatori problematici di stupefacenti, come è stato descritto in prosiegua (sezione dedicata alla mortalità dei consumatori di stupefacenti).

All'interno della tendenza complessiva dell'UE, si possono osservare diverse tendenze nazionali.

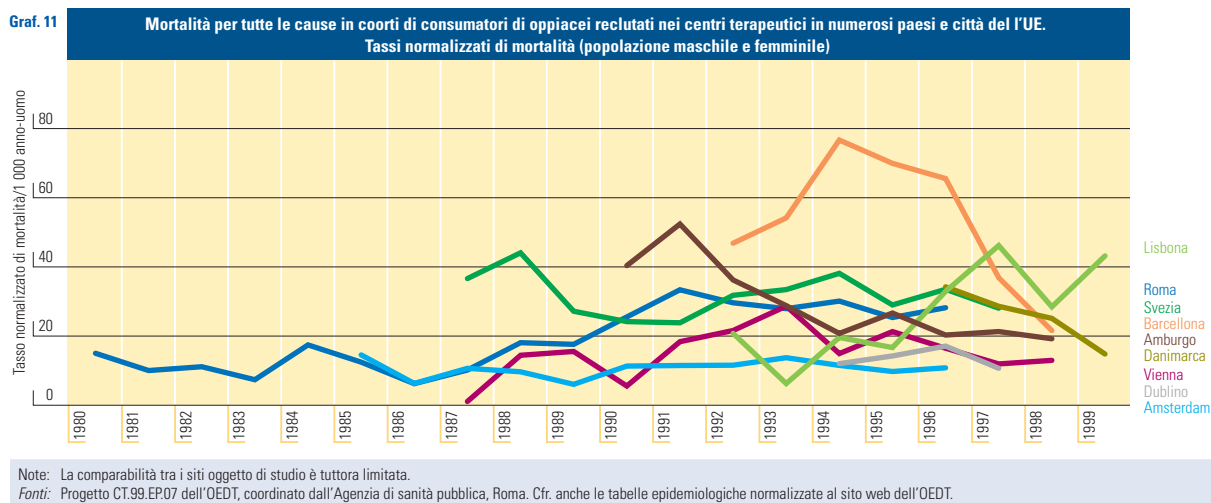
- Numerosi paesi presentano una tendenza generale verso il basso, pur con fluttuazioni da un anno all'altro: per esempio, Austria, Francia, Germania, Lussemburgo, Italia e Spagna. L'Austria (1999), la Germania (1999-2000) ed il Lussemburgo (1997-1998) hanno registrato di recente un nuovo aumento, senza però riportarsi ai valori precedenti. Questo sviluppo deve essere monitorato attentamente.
- Alcuni paesi, fino a poco tempo fa, hanno registrato sostanzialmente una tendenza verso l'alto: per esempio, la Grecia, l'Irlanda (una diminuzione è stata osservata nel 1999) ed il Portogallo. Questi aumenti sono probabilmente correlati ad una più tardiva espansione del consumo di eroina di questi paesi negli anni novanta, il che può essere spiegato dalla loro evolu-



zione sociologica o dal fatto che forse sono migliorate le prassi di registrazione. L'ampia definizione utilizzata può influenzare, in parte, il marcato incremento recentemente osservato in Portogallo.

- Il Regno Unito presenta una tendenza al rialzo, moderato ma costante. Altri paesi registrano una tendenza stabile, oppure le tendenze sono di difficile valutazione a causa della recente adesione alla classificazione internazionale delle malattie (dalla nona alla decima revisione), oppure a modifiche delle definizioni nazionali.

I confronti tra le stime dei decessi correlati agli stupefacenti relative all'UE ed agli USA dovrebbero essere fatti ed interpretati con estrema cautela. Le attuali definizioni europee di decesso correlato agli stupefacenti sono eterogenee, mentre la definizione degli USA è in qualche modo più ampia ed include i medicinali psicoattivi. Anche così, vale la pena rilevare che il numero dei casi registrati nei paesi dell'UE (376 milioni di abitanti) ammonta a circa la metà dei casi registrati negli USA (270 milioni di abitanti). Negli ultimi anni, il numero dei casi nell'UE è oscillato tra 7 000 e 8 000, mentre gli USA



sembrano presentare, nel medesimo periodo, una tendenza al rialzo da circa 13 000 a quasi 16 000 (ONDCP, Strategia nazionale di controllo degli stupefacenti — Relazione annuale 2001).

Mortalità tra i consumatori di stupefacenti

I consumatori problematici di stupefacenti rappresentano una porzione ridottissima della popolazione, ma concentrano problemi sanitari fuori misura ed, in particolare, soffrono di un'elevatissima mortalità.

Gli studi sul follow-up, che consistono nel seguire per parecchi anni gruppi di consumatori problematici (di solito consumatori di oppiacei reclutati nei centri terapeutici) hanno mostrato in maniera convergente che i consumatori di oppiacei hanno un tasso globale di mortalità (per tutte le cause) che è fino a 20 volte superiore a quello della popolazione della medesima età. Ciò non è dovuto soltanto a overdose ma anche ad incidenti, suicidi, AIDS ed altre malattie infettive. Sono stati identificati inoltre i seguenti fattori di rischio: la mortalità di chi si inietta gli stupefacenti è da due a quattro volte superiore a chi non se li inietta, mentre la mortalità dei consumatori colpiti dal virus HIV è da due a sei volte superiore a quella dei consumatori non colpiti dal virus. Il consumo combinato di oppiacei con altre sostanze inibenti, come l'alcol o le benzodiazepine, può far aumentare il rischio di overdose.

La mortalità dei consumatori problematici di stupefacenti che non usano oppiacei e non consumano stupefacenti per via parenterale è visibilmente inferiore, per quanto sia più difficile valutare con precisione i loro rischi per la salute. In generale, i tradizionali centri di terapia per le tossicodipendenze segnalano relativamente pochi e selezionati casi di forti consumatori di cocaina o anfetamine ed una percentuale considerevole di questi sembra

essere data da ex o concomitanti consumatori di oppiacei, ex consumatori di stupefacenti per via parenterale, oppure soggetti socialmente emarginati. Per questi consumatori di stupefacenti, potrebbero essere necessarie metodologie e/o fonti diverse rispetto a quelle che vengono utilizzate per i tradizionali consumatori di oppiacei.

Uno studio in più località coordinato dall'OEDT ha individuato delle coorti in nove aree europee (città o paesi), seguendo il più possibile un protocollo comune che è stato elaborato nell'ambito dell'indicatore chiave «decessi e mortalità correlati agli stupefacenti tra i consumatori di droghe». Lo studio mostra considerevoli differenze nella mortalità complessiva e nelle cause di morte tra le varie località.

Tendenze della mortalità tra i consumatori di stupefacenti

Lo studio dell'OEDT precedentemente citato rivela che in numerose località i tassi di mortalità sono arrivati al loro livello massimo nei primi anni novanta o alla metà degli stessi anni, con un calo negli anni più recenti (Barcellona, Amburgo, Vienna e forse la Danimarca, con informazioni soltanto negli ultimissimi anni). A Barcellona, questo fenomeno è stato particolarmente evidente: dal 1992 al 1996 la mortalità annua ha superato i 50 individui ogni 1 000 consumatori, prima di un marcato calo che riflette principalmente la caduta dei decessi provocati dall'AIDS ed, in misura minore, da overdose.

Indicatori dell'applicazione della legge

I reati contro la normativa nazionale in materia di stupefacenti (consumo, possesso e traffico) riflettono le diffe-

Domanda ed offerta di stupefacenti

renze esistenti nella legislazione, nonché le risorse e le priorità delle forze di polizia. Le varianti nella registrazione delle procedure e nelle definizioni influenzano i confronti. Comunque, dovunque sia possibile, le tendenze sono comparate.

«Arresto»⁽¹²⁾ per reati contro la normativa sugli stupefacenti

La cannabis resta, nel 1999, la droga più comune coinvolta negli «arresti», in quanto rappresenta il 45 % degli arresti per droga in Italia e l'85 % in Francia. In Svezia, le anfetamine sono leggermente più frequenti della cannabis. In Portogallo ed in Lussemburgo predomina l'eroina, mentre nei Paesi Bassi la maggior parte dei reati per droga è correlata a «droghe pesanti» (droghe diverse dalla cannabis e dai suoi derivati).

La maggioranza dei reati per droga si riferisce al consumo o al possesso di stupefacenti per uso personale, tranne che in Italia, nei Paesi Bassi ed in Spagna, dove i reati per droga riguardano soltanto il commercio o il traffico di stupefacenti. Come negli anni precedenti, nel 1999 è il Lussemburgo che registra il maggior numero di arresti per reati relativi al consumo o al traffico di stupefacenti.

Tendenze

Nell'insieme dell'UE, gli «arresti» per reati relativi alla normativa sugli stupefacenti sono andati costantemente aumentando a partire dal 1985. Incrementi di oltre sette volte sono stati registrati in Finlandia, Grecia e Portogallo, mentre in Danimarca, Italia, Paesi Bassi e Svezia, gli incrementi sono stati molto più contenuti (non più di due volte).

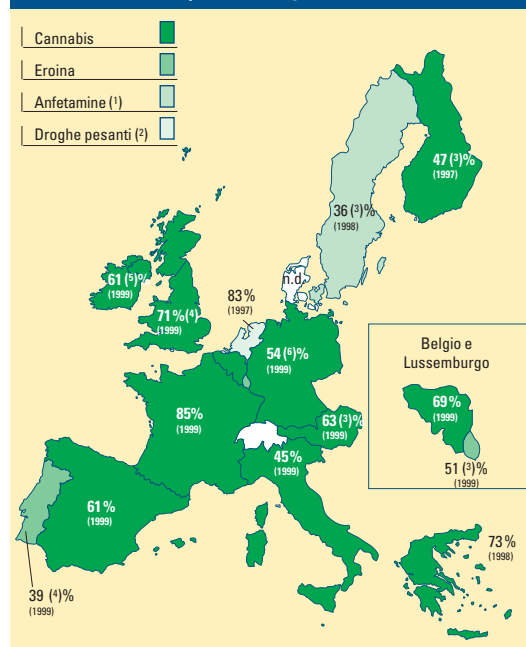
Negli ultimi tre anni, il numero degli «arresti» per droga è salito nella maggior parte dei paesi dell'UE. I maggiori incrementi sono stati registrati in Grecia, Irlanda, Portogallo e Spagna. Nel 1999, il Belgio ed il Regno Unito sono stati gli unici paesi che hanno registrato un calo nel numero di «arresti» per droga⁽¹³⁾.

I consumatori di stupefacenti nelle carceri

La prevalenza dei consumatori di stupefacenti tra i detenuti viene stimata essenzialmente attraverso una serie di studi ad hoc, che vengono realizzati a livello locale. Fino al 90 % dei detenuti segnala di aver provato una tantum una droga illecita. I consumatori problematici di stupefacenti e/o i consumatori di stupefacenti per via parenterale sono meno frequenti, ma possono rappresen-

tare, in alcune aree, fino al 50 % della popolazione carceraria⁽¹⁴⁾.

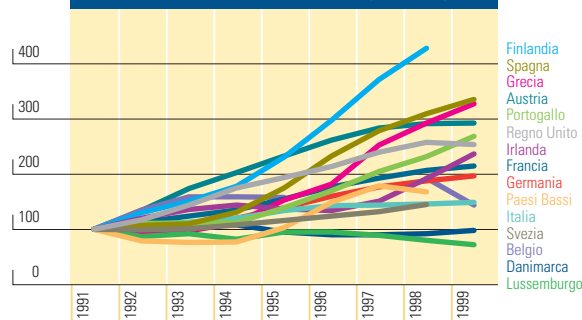
Graf. 12 Stupefacenti che compaiono più di frequente negli «arresti» per reati di droga nell'UE



Nota: n.d.: dati non disponibili.
 (1) Stimolanti del sistema nervoso centrale (per la maggior parte anfetamine).
 (2) Tutte le droghe illecite tranne hashish e marijuana.
 (3) Considerate tutte le droghe citate (singolarmente o meno) per Austria, Finlandia, Lussemburgo, Svezia e Regno Unito e, per quanto concerne la Svezia, anche le condanne per droga.
 (4) Percentuale sottostimata in quanto concerne solo i reati connessi all'eroina: non comprende i reati connessi all'eroina + altre droghe.
 (5) Considerati i reati connessi alla droga e classificabili per tipo di droga (% valida).
 (6) Germania: considerati tutti i reati ripartiti per droga (per taluni reati non è disponibile la ripartizione per tipo di droga).

Fonti: Punti focali Reitox, 2000.

Graf. 13 «Arresti» per reati di droga nei paesi dell'UE 1991-1999 - Media mobile indicizzata triennale (1991 = 100)



Note: Per le definizioni di «arresti», cfr. le tabelle complementari al sito www.emcdda.org. Per tutti i paesi sono stati introdotti i valori reali del 1999 e per il Belgio, la Finlandia, i Paesi Bassi e la Svezia del 1998 poiché i dati disponibili non consentono di calcolare le medie mobili in tali casi. La serie è discontinua per il Belgio nel 1996 e nel 1997 (dati non disponibili). Grecia: il dato relativo al 1998 si riferisce ad un determinato numero di capi d'accusa.

Fonti: Punti focali Reitox.

(12) Gli «arresti» per reati di droga sono definiti in modo diverso dai vari Stati membri. Il termine può fare riferimento, per esempio, agli indagati per aver commesso reati oppure all'accusa di aver commesso reati contro la normativa sugli stupefacenti. Per una definizione più esatta, consultare il Bollettino statistico sul sito www.emcdda.org.

(13) Tabella 3 OL: Numero di «arresti» per reati contro la normativa sugli stupefacenti nei paesi dell'UE, 1985-1999 (versione on line).

(14) Tabella 4 OL: Percentuale dei consumatori di stupefacenti tra i detenuti nei paesi dell'UE (%) (versione on line).

Il consumo di stupefacenti nelle carceri viene segnalato in numerosi paesi. È più probabile che i consumatori di stupefacenti per via parenterale lo facciano fuori dal carcere piuttosto che dentro, ma, all'interno del carcere, è più probabile che condividano con altri il necessario per iniettarsi.

Indicatori del mercato degli stupefacenti: sequestri, prezzo, purezza

I dati su sequestri di stupefacenti, prezzo e purezza, che vengono analizzati più avanti, sono stati forniti dai punti focali Reitox. Le differenze riscontrabili rispetto ai dati pubblicati da Europol sono dovute alle diverse procedure di rilevazione ⁽¹⁵⁾.

I sequestri di stupefacenti vengono solitamente considerati come indicatori indiretti dell'offerta e della disponibilità degli stessi, per quanto essi riflettano anche le risorse destinate all'applicazione della legge, le priorità e le strategie, nonché la vulnerabilità dei trafficanti. Relativamente alle quantità, le tendenze sono viziate dal fatto che queste possono fluttuare da un anno all'altro in ragione di un piccolo numero di grandi partite sequestrate. Il numero dei sequestri è di solito un indicatore più utile delle tendenze in atto tra i consumatori, in quanto in tutti i paesi il numero complessivo comprende una gran quantità di piccole partite sequestrate a livello di mercato al dettaglio. Se questi dati sono noti, l'origine e la destinazione degli stupefacenti sequestrati può indicare le rotte del traffico e le aree di produzione. La maggior parte degli Stati membri registra il prezzo e la purezza degli stupefacenti a livello di mercato al dettaglio, ma i dati sono scarsi e non consentono confronti accurati. Comunque, possono fornire un'indicazione di massima sulla disponibilità dei vari stupefacenti, insieme con informazioni sulla loro accessibilità per i consumatori.

Eroina

Nel 1999, oltre sette tonnellate di eroina sono state sequestrate nell'UE, di cui un terzo ascrivibile al Regno Unito. L'eroina sequestrata nell'UE proviene principalmente dalla mezzaluna d'oro (Asia sudoccidentale: Afghanistan, Pakistan), seguita dal triangolo d'oro (Asia sudorientale: Myanmar/Birmania, Laos, Thailandia), tramite la Turchia, la via dei Balcani ed i Paesi Bassi. È stato tuttavia segnalato un aumento del traffico attraverso i paesi dell'Europa nordorientale, specialmente attraverso la Russia.

Accesso agli stupefacenti da parte degli studenti di 15-16 anni

Dalle indagini ESPAD ⁽¹⁾ condotte nelle scuole, la percezione dell'accesso agli stupefacenti da parte di chi ha 15-16 anni sembra essere aumentata tra il 1995 ed il 1999 in tutti i paesi dell'UE che hanno partecipato allo studio, tranne che in Irlanda e nel Regno Unito, dove è andata diminuendo. Nel 1999, dal 20 % al 60 % degli studenti percepiva la cannabis come «molto facile» o «abbastanza facile» da ottenere; dal 5 % al 20 % l'eroina e la cocaina; dal 6 % al 38 % le anfetamine e l'ecstasy. La percezione della disponibilità di sostanze illecite è tipicamente molto bassa in Finlandia, mentre è abbastanza elevata in Irlanda, Danimarca e nel Regno Unito.

⁽¹⁾ Paesi dell'UE che hanno partecipato: Danimarca, Finlandia, Francia, Grecia, Irlanda, Italia, Portogallo, Svezia e Regno Unito.

Fonte: Relazione ESPAD 1999. Cfr. pagina 10 per il riferimento completo.

Sulla strada, nel 1999, i prezzi dell'eroina variavano nell'UE dai 30 ai 340 euro a grammo. I prezzi più elevati sono stati registrati in Finlandia ed in Svezia. La purezza dell'eroina varia tipicamente da meno del 20 % al 35 %, ma una purezza media più elevata viene registrata in Danimarca, Finlandia e Regno Unito.

Tendenze

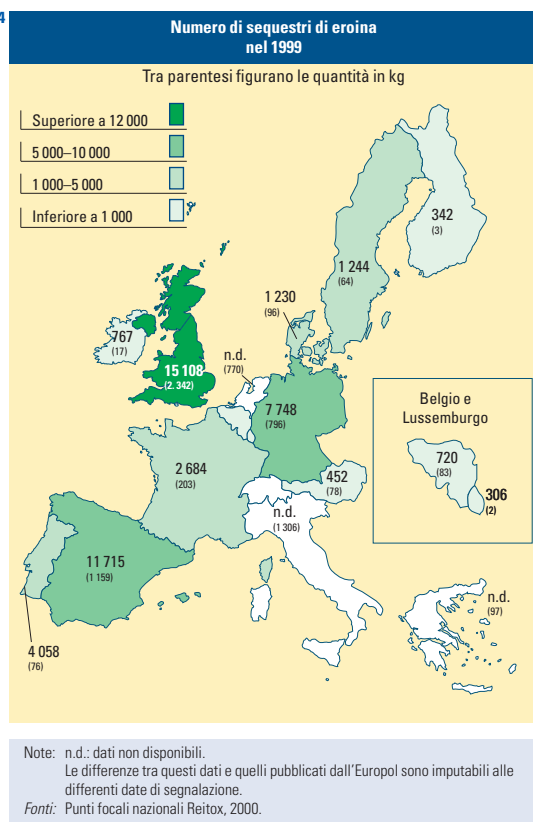
A livello di UE, i sequestri di eroina sono aumentati fino agli anni 1991 e 1992 e poi si sono stabilizzati. Il numero dei sequestri di eroina è aumentato costantemente a partire dal 1985 in Lussemburgo, Portogallo e Svezia, mentre dal 1996/97 sono stati segnalati marcati decrementi in Austria, Belgio, Danimarca, Francia, Germania e Spagna. In tutti gli Stati membri, le quantità sequestrate hanno registrato nel periodo delle fluttuazioni. Nel 1999, sono stati segnalati marcati decrementi nella quantità di eroina sequestrata in Austria, Francia, Grecia, Irlanda e Paesi Bassi, mentre in Italia e Spagna si sono avuti forti aumenti nella quantità di eroina sequestrata.

Sulla strada, i prezzi dell'eroina sono generalmente stabili, anche se il Lussemburgo, il Portogallo, la Svezia ed il Regno Unito hanno di recente registrato una diminuzione. La purezza dell'eroina viene segnalata come stabile o in diminuzione in tutti i paesi, tranne che in Germania e nel Regno Unito, dove di recente è in aumento.

⁽¹⁵⁾ Tabella 5 OL: Sequestri di stupefacenti nei paesi dell'UE, 1999 (versione online).

Domanda ed offerta di stupefacenti

Graf. 14



Cocaina (16)

La Spagna resta il paese dell'UE con il massimo livello di sequestri di cocaina. La cocaina utilizzata in Europa proviene dall'America latina (specialmente Colombia, Brasile e Venezuela) tramite l'America centrale, la Spagna ed i Paesi Bassi.

Nel 1999, il prezzo al dettaglio della cocaina variava da 35 a 170 euro al grammo. I prezzi più bassi sono stati riscontrati in Belgio e Spagna, il più alto in Finlandia. Nella maggior parte dei paesi la purezza della cocaina è in genere elevata, tra il 55 % ed il 70 %, eccetto che in Irlanda, che ha segnalato nel 1999 una purezza media del 41 %.

Tendenze

Nell'UE il numero totale dei sequestri di cocaina è aumentato costantemente a partire dalla metà degli anni ottanta ed è parso stabilizzarsi nel 1999. I sequestri di cocaina hanno registrato un marcato incremento nel 1999 in Lussemburgo e Svezia, mentre sono diminuiti in Austria, Belgio e Danimarca.

Dopo una serie di incrementi fino al 1990, le quantità di cocaina sequestrate si sono stabilizzate e poi, a partire dal 1994, hanno registrato delle fluttuazioni nell'ambito

di una tendenza comunque al rialzo. Negli ultimi anni, le quantità sono aumentate in Francia e Svezia, mentre sono diminuite in Grecia, Irlanda e Lussemburgo.

I prezzi della cocaina sono stabili nella maggior parte dei paesi, ma in calo in Lussemburgo, Portogallo e Regno Unito. In genere la purezza è stabile, anche se nel 1999 risulta in aumento nel Regno Unito.

Droghe sintetiche: anfetamine, ecstasy e LSD (17)

In Finlandia e Svezia, le anfetamine sono il secondo stupefacente maggiormente sequestrato. La maggior parte delle quantità di anfetamine, ecstasy e LSD sequestrate nell'UE fa capo al Regno Unito.

C'è una significativa produzione locale di droghe sintetiche nei Paesi Bassi, ma viene registrata anche una produzione in altri Stati membri (Belgio e nel Regno Unito) nonché nei paesi dell'Europa orientale (Repubblica ceca, Estonia, Polonia).

Risulta che le anfetamine vengano vendute a prezzi compresi tra i 5 ed i 60 euro al grammo, mentre le pasticche di ecstasy variano, ciascuna, da 5 a 25 euro. Le droghe sintetiche sono a più buon mercato in Belgio e nel Regno Unito. La purezza delle anfetamine è molto variabile, dal 3 % in Irlanda al 55 % in Finlandia, ma normalmente nell'UE varia dal 10 % al 20 %. Le pasticche vendute come ecstasy contengono — nel 15 % dei casi fino al 90 % — ecstasy o sostanze simili all'ecstasy (MDMA, MDEA, MDA). Le anfetamine (o metanfetamine) si trovano contenute nelle pasticche in percentuale che varia dal 6 % al 22 %, ma si possono trovare anche svariate altre sostanze psicoattive.

Tendenze

A partire dal 1985, i sequestri di anfetamine — sia in termini numerici che di quantità — sono andati aumentando. Nel 1999, il numero dei sequestri di anfetamine è salito ancora in Finlandia e Svezia, mentre in altri paesi era stabile o in diminuzione. Nella maggior parte degli Stati membri, le quantità sequestrate hanno registrato un picco negli anni 1997-1998.

I sequestri di ecstasy sono aumentati fino al 1996, poi si sono stabilizzati ed infine hanno ripreso a crescere nel 1999 in tutti i paesi, tranne che in Belgio e Lussemburgo. Dal 1985, le quantità di ecstasy sequestrate hanno seguito la medesima tendenza al rialzo, per poi stabilizzarsi dopo il 1993, con un picco nel 1996 ed un calo nel

(16) Grafico 12 OL: Numero di sequestri di cocaina nel 1999 (versione on line).

(17) Grafico 13 OL: Numero di sequestri di anfetamine nel 1999 (versione on line).

2001 Relazione annuale sull'evoluzione del fenomeno della droga nell'Unione europea

1997. Successivamente, sono aumentate di nuovo in tutti gli Stati membri, tranne che in Austria ed Irlanda. I massimi incrementi sono stati registrati in Finlandia, Germania, Grecia, Portogallo, Svezia e Regno Unito.

I sequestri di LSD sono meno frequenti. Sono aumentati sia in termini di numero che di quantità fino al 1993 e da allora sono in diminuzione. Nel 1999, le quantità hanno continuato a scendere in tutti i paesi, tranne che in Austria, Grecia, Portogallo e Regno Unito.

Dopo significative diminuzioni negli anni novanta, i prezzi delle anfetamine e dell'ecstasy si sono stabilizzati nell'UE. Tuttavia, nel 1999 sono state registrate delle diminuzioni per l'ecstasy in Portogallo e per le anfetamine in Svezia, mentre in Grecia il prezzo delle pasticche di ecstasy è raddoppiato. Negli ultimi anni, la percentuale delle pasticche contenenti ecstasy o sostanze simili all'ecstasy è aumentata in molti paesi, mentre è diminuita la percentuale di pasticche contenenti anfetamine (e metanfetamine).

Cannabis

La cannabis è la droga maggiormente sequestrata in tutti gli Stati membri, tranne il Portogallo, dove predominano i sequestri di eroina. A partire dal 1996, la Spagna ha sequestrato le maggiori quantità di cannabis. Il Regno Unito registra un numero più elevato di sequestri di cannabis, che però in media interessano quantità inferiori (18).

La resina di cannabis proviene principalmente dal Marocco tramite la Spagna ed i Paesi Bassi. L'erba di cannabis cresce in Afghanistan, Pakistan e Libano, nonché nelle ex colonie. Una produzione locale è segnalata dalla maggior parte degli Stati membri, particolarmente la produzione di «nederwiet» (19) nei Paesi Bassi.

Nel 1999, il prezzo al dettaglio della cannabis è stato segnalato variare tra i 3 ed i 18 euro al grammo per la resina di cannabis e tra i 3 ed i 12 euro al grammo per le foglie di cannabis.

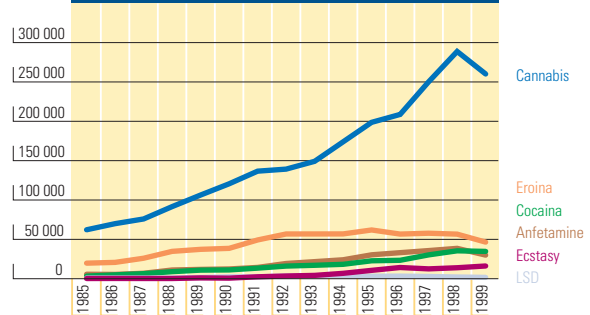
La percentuale delle sostanze psicoattive nella resina di cannabis — delta-9-tetraidrocannabinolo (THC) — varia in media dal 3 % al 15 %, anche se nell'UE sono stati segnalati campioni in cui il THC andava dallo 0 % al 70 %. Il contenuto di THC nelle foglie di cannabis è in genere inferiore, dal 2 % al 7 % circa, con l'eccezione della cannabis «nederwiet», i cui valori sono più alti (in media l'8,6 %).

Tendenze

A partire dal 1985, il numero di sequestri di cannabis è aumentato costantemente nell'UE. Nel 1999 è continuato a salire in tutti i paesi, tranne che in Belgio, Danimarca e Regno Unito, dove è diminuito. Anche le quantità sono aumentate, ma si sono stabilizzate tra il 1995 ed il 1997. Da allora, la maggior parte dei paesi ha registrato una tendenza al rialzo, anche se, nel 1999, rilevanti decrementi hanno avuto luogo in Austria, Belgio, Grecia e Regno Unito.

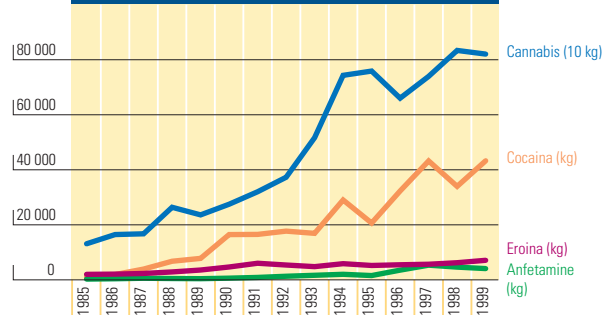
Il prezzo della cannabis è in genere stabile nell'UE, anche se è in diminuzione dal 1997 in Portogallo.

Graf. 15 Numero di sequestri di cannabis, eroina, cocaina, anfetamine, ecstasy e LSD nei paesi dell'UE (1985-1999)



Note: Non sono disponibili i dati relativi alla Grecia; per alcuni altri paesi, i dati sono disponibili solo dal 1988 (Danimarca, Portogallo), 1993-1996 (Finlandia) e 1997 (Paesi Bassi). Il numero dei sequestri è sottostimato per il 1999 poiché mancano i dati relativi all'Italia e ai Paesi Bassi.
Cannabis, eroina e cocaina: non sono disponibili i dati del 1999 relativi all'Italia e ai Paesi Bassi.
Anfetamine: non sono disponibili i dati dal 1998 relativi all'Austria e ai Paesi Bassi e del 1999 per l'Italia. I dati del 1998 e 1999 relativi al Belgio comprendono anche i sequestri di ecstasy.
Ecstasy: la maggior parte delle serie di dati inizia nella prima metà degli anni Novanta (tranne per la Francia, l'Italia, la Spagna, il Regno Unito). I dati del 1999 non sono disponibili per i Paesi Bassi e l'Italia. I dati del 1998 e 1999 relativi al Belgio comprendono anche i sequestri di anfetamine. Tra il 1985 e il 1994, i dati relativi alla Spagna comprendono anche i sequestri di LSD.
LSD: non sono disponibili i dati del 1999 per la Finlandia e i Paesi Bassi.
Fonti: Punti focali Reitox.

Graf. 16 Quantità sequestrate di cannabis, cocaina, eroina e anfetamine nei paesi dell'UE (1985-99)



Note: Alcune quantità sequestrate sono sottostimate per mancanza di dati disponibili.
Anfetamine: dati non disponibili per l'Austria dal 1998. Dal 1996, i dati relativi al Belgio comprendono sia le anfetamine che la polvere d'ecstasy sequestrate (non sono comprese le compresse di anfetamine ed ecstasy).
Fonti: Punti focali Reitox.

(18) Grafico 14 OL: Numero di sequestri di cannabis nel 1999 (versione on line).

(19) «Nederwiet»: piante olandesi di cannabis coltivate localmente nei Paesi Bassi.

Risposte al consumo di stupefacenti

Questo capitolo presenta una panoramica degli sviluppi intervenuti nelle politiche e nelle strategie nazionali e dell'UE in materia di stupefacenti. Vengono trattate anche le risposte date al problema degli stupefacenti nel campo dell'educazione, della sanità, dell'assistenza sociale e della giustizia penale.

Risposte politiche e strategiche

A livello di Unione europea

Il piano d'azione dell'UE in materia di droga (2000-2004)

Nel giugno 2000, il Consiglio europeo tenutosi a Santa Maria da Feira ha approvato il piano d'azione dell'UE in materia di droga in quanto follow-up concreto della strategia dell'UE sugli stupefacenti (2000-2004). La strategia individua 11 finalità generali e sei obiettivi principali; il piano d'azione elenca circa 100 attività specifiche che l'UE deve realizzare entro la fine del 2004. I sei obiettivi principali sono:

- ridurre in maniera rilevante, nell'arco di cinque anni, la prevalenza del consumo di stupefacenti ed il numero di nuovi consumatori, soprattutto tra i giovani di età inferiore ai 18 anni;
- abbassare in misura sostanziale, nell'arco di cinque anni, l'incidenza dei danni causati alla salute dall'uso di stupefacenti (quali l'HIV, l'epatite, la tubercolosi ecc.) ed il numero di decessi correlati agli stupefacenti;
- aumentare in misura rilevante il numero di tossicodipendenti sottoposti con successo a terapia;
- ridurre considerevolmente, nell'arco di cinque anni, la reperibilità di droghe illecite;
- ridurre considerevolmente, nell'arco di cinque anni, il numero di reati legati alla droga;

- ridurre considerevolmente, nell'arco di cinque anni, il riciclaggio di denaro sporco ed il traffico illecito di sostanze chimiche per la produzione di stupefacenti («precursori»).

Per quanto il documento non sia giuridicamente vincolante, il piano d'azione è un altro passo avanti nella lotta contro gli stupefacenti nell'UE, in quanto dimostra l'impegno degli Stati membri nei confronti della realizzazione degli obiettivi strategici individuati nel 1999. Il piano d'azione contiene degli orientamenti ed un inquadramento per le varie iniziative e sottolinea l'importanza della sua regolare valutazione, da effettuarsi nel 2002 e poi al completamento, alla fine del 2004.

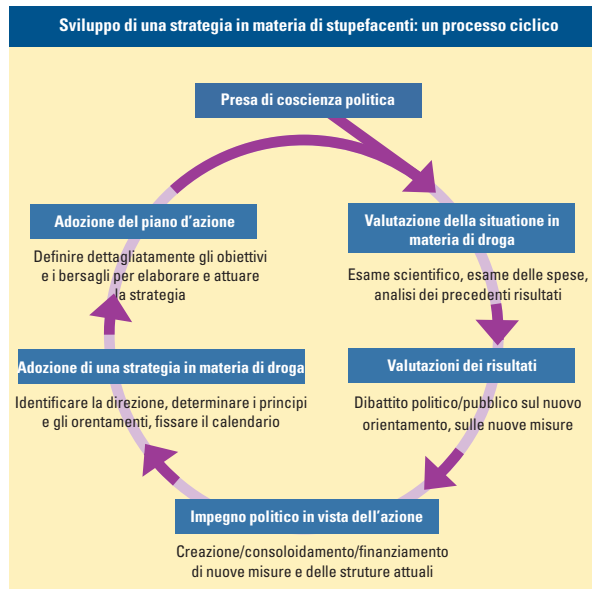
Il piano d'azione presta particolare attenzione al coordinamento ed alle informazioni e riflette l'esigenza di un approccio bilanciato, dove la riduzione della domanda e la riduzione dell'offerta di stupefacenti si rafforzano reciprocamente l'una con l'altra. Sottolinea inoltre l'importanza di integrare i paesi candidati, mostrando l'impegno dell'UE a fornire assistenza a questi paesi nell'affrontare il problema degli stupefacenti nella misura più efficace possibile.

A livello nazionale — Strategie in materia di droga negli Stati membri dell'UE

Un'accresciuta attività è segnalata dagli Stati membri nell'area dell'esame e della revisione delle politiche in materia di stupefacenti. Lo status, l'ambito ed il contenuto di queste iniziative variano, ma illustrano una tendenza visibile verso il rafforzamento ed il miglioramento delle politiche in materia di stupefacenti. Questo fenomeno sembra basarsi sul reciproco riconoscimento

2001 Relazione annuale sull'evoluzione del fenomeno della droga nell'Unione europea

Graf. 17



che nessuna singola risposta è efficace quando si affronta il problema sfaccettato della droga e che risposte sfaccettate hanno un valore soltanto quando si inseriscono in una strategia coordinata a lungo termine.

L'esame scientifico ed una regolare valutazione sono riconosciuti essere essenziali per la revisione delle strategie in materia di stupefacenti. L'approccio seguito in numerosi Stati membri viene illustrato nel grafico 17, che mostra come un'accresciuta sensibilità politica nei confronti del problema della droga alimenti un processo ciclico di esame scientifico, valutazione, dibattito politico, formulazione politica, adozione ed azione.

Misure per il coordinamento in materia di stupefacenti

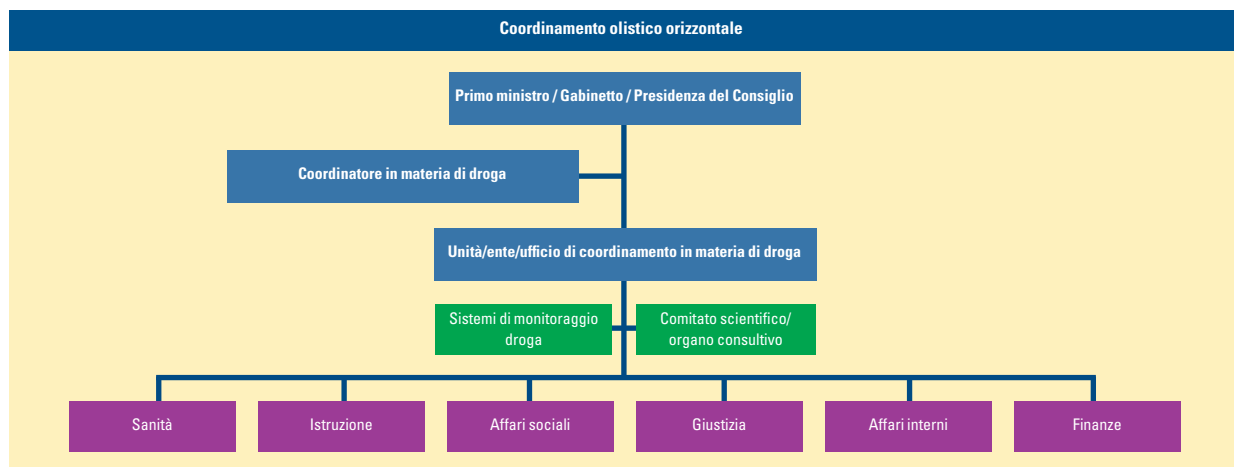
Il piano d'azione dell'UE in materia di droga (2000-2004) incoraggia gli Stati membri ad istituire ed a rafforzare dei meccanismi di coordinamento nazionale e/o nominare

Graf. 18

Panorami degli sviluppi più recenti delle strategie in materia di stupefacenti	
Adottati	1998-1999
Austria	Programma di Vienna sulla politica in materia di droga, 1999; Salisburgo, piano d'azione
Francia	Strategia francese in materia di droga, 1999-2001
Irlanda del Nord	Strategia in materia di droga: abuso di droga nell'Irlanda del Nord: una dichiarazione politica, 1999
Norvegia	Piano d'azione per la riduzione del consumo di droga, 1998-2000
Portogallo	Strategia portoghese in materia di droga, 2000
Scotia	Strategia in materia di droga: far fronte alla droga in Scozia: azione in partenariato, 1999
Spagna	Strategia spagnola in materia di droga, 2000-2008
Regno Unito	Strategia in materia di droga: «Far fronte agli stupefacenti per costruire una Gran Bretagna migliore», 1998-2008
Adottati	2000-2001
Austria	Piani d'azione: Stiria, Austria meridionale
Belgio	Nota politica, 2001
Irlanda	Costruire in base all'esperienza; strategia nazionale irlandese in materia di droga, 2001-2008
Lussemburgo	Piano d'azione, 2000-2004
Portogallo	Piano d'azione, 2000-2004
Scotia	Piano d'azione dell'esecutivo scozzese «Proteggiamo il nostro futuro», 2001
Galles	Far fronte all'abuso di sostanze stupefacenti nel Galles: un approccio in partenariato, 2001
Regno Unito	Piano nazionale 2000/2001
In corso	2000-2001
Finlandia	Revisione della decisione di principio per il 2001-2003
Grecia	Studio parlamentare sulle misure politiche in materia di droga, 2000
Svezia	Nel 2001 sarà presentato un piano d'azione concernente le droghe

un coordinatore nazionale in materia di stupefacenti, con l'obiettivo di affrontare il fenomeno nell'ambito di una strategia globale, pluridisciplinare, integrata e bilanciata. Chiede inoltre al Consiglio di fornire ai responsabili nazionali in materia di droga opportunità regolari di incontro e scambio di informazioni sugli sviluppi nazionali, aumentandone la cooperazione ⁽²⁰⁾.

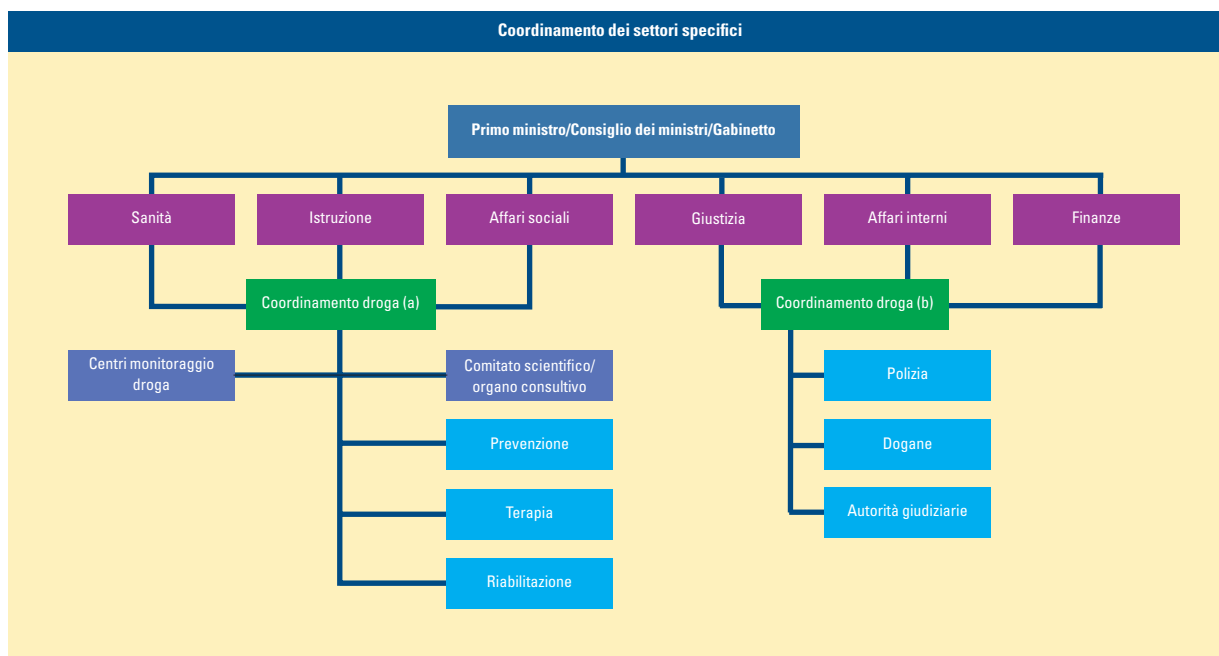
Graf. 19



⁽²⁰⁾ Articolo 1.1.3 del piano d'azione dell'UE in materia di droga, 2000-2004, Cordroge 32 9283/00.

Risposte al consumo di stupefacenti

Graf. 20



Organismi o funzioni di coordinamento in materia di droga esistono in tutti gli Stati membri, anche se esistono grandi differenze nella struttura e nell'organizzazione. Per fornire un quadro chiaro del sistema di coordinamento in materia di droga esistente in Europa, l'OEDT ha intrapreso nel 2000 un esame preliminare, che verrà completato nel 2002. I risultati di questa ricerca (disponibili sul sito web <http://www.emcdda.org>) mostrano la tendenza, in alcuni Stati membri, ad istituire o rafforzare degli organi di coordinamento a livello centrale. Alcuni Stati membri (come la Francia, il Portogallo e la Spagna) collegano tutti gli aspetti correlati agli stupefacenti ed alla tossicodipendenza in un organismo che ha poteri decisionali gerarchicamente elevati e dipende direttamente dal primo ministro (grafico 19).

In altri paesi dell'UE (come in Germania, Finlandia, Grecia, Italia e nel Regno Unito), il coordinamento avviene a livello interministeriale — senza far ricorso ad un organismo centrale di coordinamento — attraverso contatti regolari e riunioni tra le amministrazioni governative interessate a ciascuna delle svariate sfaccettature del problema degli stupefacenti. Di solito, in questo secondo modello, la responsabilità del coordinamento in materia di droga spetta al ministero/dipartimento degli affari sociali o della sanità. Può esserci anche un coordinatore in materia di droga, che è responsabile delle questioni relative alla sanità ed agli aspetti sociali, incaricato anche di fornire un collegamento con i dipartimenti del governo che operano in altri settori attinenti agli stupefacenti (grafico 20).

Legislazione e punibilità

L'OEDT è impegnata a monitorare le principali tendenze e le modifiche apportate alla normativa in materia di stupefacenti. A tal fine, una banca dati di tipo giuridico sugli stupefacenti, che presenta la normativa in materia di droga dell'UE, i profili giuridici ed alcuni studi comparati, è disponibile on line sul sito web <http://eldd.emcdda.org>.

I principali sviluppi segnalati di recente includono il fatto che, in Portogallo, dopo il primo luglio 2001 non saranno più comminate sanzioni penali per reprimere il consumo privato di sostanze illecite (legge 30/2000 approvata nel novembre 2000). Chi infrange la legge consumando droga verrà invece avviato, da apposite commissioni, verso la terapia oppure servizi di consulenza. Dal mese di maggio 2001, il consumo ed il possesso di cannabis in Lussemburgo viene punito soltanto con sanzioni economiche (in base alla legge del 27 aprile 2001). In Belgio il governo intende emanare un decreto che renderà non punibile il consumo «non problematico» di cannabis.

Numerose relazioni indicano che il consumo individuale di stupefacenti oppure il possesso di droghe illecite per il consumo personale non rientrano fra le priorità primarie delle autorità preposte in Europa all'applicazione della legge: i principali oggetti della prassi giudiziaria nei confronti di chi ha infranto la legge per droga sono i reati di maggiore gravità ed il traffico di stupefacenti. Le nuove misure volte alla depenalizzazione oppure alla non punibilità delle infrazioni legate al consumo di stupefacenti, che già sono state attuate in alcuni Stati membri, sembrano confermare questa tendenza. Da uno studio recente riguardante i procedimenti giudiziari per droga,

commissionato dall'OEDT nel 2000, è emerso anche che le cause che interessano il possesso/consumo privato di modiche quantità di stupefacenti vengono di solito abbandonate prima di arrivare all'udienza. Il possesso/consumo pubblico, lo spaccio da parte degli stessi consumatori di stupefacenti ed i reati contro il patrimonio legati alla tossicodipendenza, invece, richiamano spesso misure più forti da parte dei pubblici ministeri e dei tribunali.

Un programma che prevede un tribunale della droga è stato avviato a Dublino nel gennaio 2001, con l'obiettivo di riabilitare chi ha infranto la legge per abuso di droga e di perseguire i reati correlati agli stupefacenti. Questo tribunale — simile ai modelli canadesi, australiani ed americani di tribunali della droga — è presieduto da un giudice specializzato in questioni di droga, che tratta soltanto di chi ha infranto la legge per abuso di droga in maniera non violenta, offrendo una terapia guidata e della riabilitazione anziché il carcere. Anche l'organo esecutivo scozzese ha scelto di istituire un tribunale della droga entro la fine del 2001, mentre in Inghilterra alcune iniziative simili si trovano in una fase pilota.

In Austria, una modifica della legge federale è entrata in vigore l'8 aprile 2001, con la quale è stata diminuita, da 5 a 3 grammi, la soglia al di sopra della quale la «quantità» non è più modica. Questo avrà una ripercussione sulla distinzione tra violazione della legge di minore gravità (acquisto e possesso di modiche quantità) e reato grave (produzione e possesso di grandi quantità). Si è avuto anche un dibattito sullo status giuridico della cannabis per uso medico.

In Germania, un emendamento alla legge federale tedesca sugli stupefacenti ha definito una cornice di base all'in-

terno della quale ciascun Land è in grado di definire i parametri minimi richiesti per l'istituzione di locali appositi per il consumo di stupefacenti (vale a dire, locali in cui i consumatori di stupefacenti per via parenterale possono assumere droghe in condizioni igienicamente sicure). In questo modo, ciascun Land potrà decidere se permettere o meno questi locali per il consumo di stupefacenti. La legge introduce anche un registro centrale delle terapie sostitutive e prescrive che i medici che praticano queste terapie siano all'uopo adeguatamente formati. In Portogallo, facendo seguito ad un pubblico dibattito, è atteso un decreto legge che regoli l'introduzione di locali appositi per il consumo di stupefacenti. Nel Lussemburgo, una legge del 27 aprile 2001 costituisce il fondamento giuridico per la creazione di siffatti locali

Per quanto riguarda la confisca dei beni di provenienza illecita derivanti da reati connessi con la droga, è stata presentata nel Regno Unito una proposta di legge che istituisce un'Agenzia per il recupero dei beni di provenienza illecita ed introduce un piano di recupero civile per privare chi delinque dei beni di provenienza illecita. Analogamente, il governo finlandese ha presentato una proposta al parlamento per la confisca dei proventi dei reati connessi con la droga in tutti i casi in cui ci sia il sospetto di una loro provenienza illecita, ribaltando, come si usa dire, l'onere della prova. In Irlanda, a partire dal 1996, quando è stato istituito per legge ⁽²¹⁾ il Criminal Assets Bureau (CAB, o Ufficio dei beni di provenienza illecita), l'onere della prova che i beni siano stati ottenuti legittimamente spetta all'accusato. In Spagna, da cinque anni a questa parte, i profitti illeciti confiscati vengono amministrati dal Piano nazionale sugli stupefacenti. Nel solo 2000, oltre 4,5 milioni di euro derivanti da beni sequestrati di provenienza illecita (barche, automobili, denaro) sono stati «riutilizzati» per la lotta contro la

Graf. 21

Ambito	Classificazione dei concetti relativi alla riduzione della domanda		
	Obiettivo		
	Prevenzione	Trattamento	Riduzione dei danni
Penale («Dovete stare con noi»)		Trattamento in carcere ⁽¹⁾ Alternative al carcere Cure imposte	Riduzione dei danni in carcere ⁽¹⁾
Ambito fisso («Siete qui con noi»)	Scuole ⁽¹⁾	Trattamento ambulatoriale	
Locali fissi («Venite con noi»)	Centri della gioventù	Trattamento residenziale Trattamento medico generico	Servizi di bassa soglia ⁽¹⁾
Mobile («Vi stiamo cercando»)	Unità di strada e lavoro di comunità ⁽¹⁾		Unità di strada ⁽¹⁾
Media («Rimarrete anonimi»)	Internet, mezzi di comunicazione di massa ⁽¹⁾ Risposte precoci in materia sanitaria ⁽¹⁾		Linee di assistenza telefonica Risposte precoci in materia sanitaria ⁽¹⁾

(1) Indica che i concetti sono sviluppati nella presente relazione.

⁽²¹⁾ Legge istitutiva del Criminal Assets Bureau, 1996; legge sui proventi di reati, 1999.

Risposte al consumo di stupefacenti

droga: 1 543 137 euro per la repressione del traffico di stupefacenti e 2 900 000 per la prevenzione ed i programmi di riabilitazione.

Spesa per gli stupefacenti

Negli Stati membri, nel quadro del monitoraggio del problema della droga, un'ampia ricerca è stata condotta nel 2000 per raccogliere, analizzare e stimare il livello della spesa pubblica ascrivibile agli stupefacenti. La spesa del governo, sia nell'area dell'assistenza sanitaria che in quella dell'applicazione della legge, è stata calcolata attraverso la misurazione sia dei costi diretti (spesa direttamente etichettata come correlata alla droga) che dei costi indiretti (spesa sostenuta a seguito del problema della droga nell'ambito di amministrazioni generiche, come le carceri).

Nonostante un certo numero di differenze, si può riscontrare una politica simile di assegnazione delle risorse nel campo degli stupefacenti in tutti gli Stati membri dell'UE. Complessivamente, fra il 70 % ed il 75 % del bilancio viene speso per l'applicazione della legge, il resto per l'assistenza sanitaria.

Risposte specifiche

Riduzione della domanda

In questa sezione figurano tutta una serie di interventi che perseguono obiettivi variegati, realizzati in ambienti diversi. Un panorama dei vari ambiti ed approcci nel campo della riduzione della domanda compare nel grafico 21.

Misure di prevenzione

La prevenzione nelle scuole

La prevenzione della droga nelle scuole resta una priorità in tutti gli Stati membri. Sulla prevenzione esistono molti orientamenti per l'insegnamento e potrebbe essere necessario passare in rassegna il mercato per selezionare il materiale più adeguato (come è stato fatto in Germania). Nella maggior parte dei programmi di studio, la prevenzione della droga viene inclusa in un contesto di generale promozione della salute. L'approccio «alla pari» (vale a dire, gli studenti insegnano gli uni agli altri) viene considerato vantaggioso, per quanto sia difficile da introdurre e da sostenere. Il coinvolgimento dei genitori è considerato di importanza cruciale.

Le forze di polizia si interessano sempre di più alla prevenzione primaria della droga (in Belgio, Francia, Paesi Bassi, Austria e Svezia), anche se ci si è chiesti se esse abbiano le necessarie competenze educative per questo tipo di lavoro.

Effettivamente, gli studenti assumono stupefacenti (cfr. capitolo 1: Consumo di stupefacenti nell'ambito della popolazione scolastica) e si trovano nella zona a rischio. In precedenza questo fenomeno veniva largamente negato perché le scuole temevano un danno alla propria immagine. Sempre di più — in Spagna, Francia, Lussemburgo, Paesi Bassi, Austria e Regno Unito — vengono adottate delle strategie volte allo sviluppo di una politica scolastica per la prevenzione dei comportamenti a rischio, per intervenire tempestivamente e per facilitare il rinvio all'assistenza in caso di tossicodipendenza. Preoccupano particolarmente i giovani che abbandonano la scuola oppure sono espulsi. La Spagna segnala degli interventi standardizzati per questo gruppo e, nel Regno Unito, il 95 % delle scuole secondarie ha adottato strategie relative agli incidenti correlati agli stupefacenti.

Prevenzione in ambiti e comunità locali

Negli ultimi anni, le attività di prevenzione nelle comunità locali si sono andate espandendo ed hanno assunto svariate forme. Tutti gli Stati membri segnalano diversi tipi di formazione dei genitori nella comunità. Per esempio, in Spagna 25 000 famiglie hanno partecipato, nel 1999, a «escuelas de padres», mentre in Francia ci sono 75 centri specializzati di consulenza per i giovani, che forniscono un aiuto per problemi di natura emotiva, familiare o sociale. Nei paesi nordici, gruppi di genitori pattugliano le strade della loro comunità nelle notti del fine settimana per fornire un sostegno ai giovani. In Danimarca, 1 300 genitori sono coinvolti in questa attività.

Alle associazioni sportive ed atletiche viene dato un ruolo più prominente nella prevenzione della droga di

Mobilizzare gli studenti per le attività di prevenzione

In Francia, su richiesta del ministero dell'Istruzione, è stata fatta una valutazione delle scuole che avevano preso parte al programma pilota «Les élèves acteurs de prévention». Gli studenti avevano ricevuto degli orientamenti per organizzare le campagne e per trasmettere ai loro compagni di scuola alcune nozioni sulle varie questioni. Il coinvolgimento nella gestione del programma ha guadagnato loro il riconoscimento dei coetanei. L'esperimento è stato coronato da successo per la metà delle scuole interessate ma, anche quando non ha avuto successo, ha suscitato un grande interesse tra gli studenti di tutte le scuole. Il suo impatto sull'atmosfera e sulla qualità della vita nelle scuole è stato molto positivo, sia in termini di percezione da parte degli studenti che di reputazione delle scuole all'esterno.

quanto non venisse segnalato negli anni precedenti, e ciò in molti paesi, fra cui Belgio, Germania, Grecia, Spagna, Francia, Italia e Regno Unito. In Germania, la cooperazione tra club sportivi e prevenzione della droga esiste dal 1994; nel 2000, altri 2 500 giovani leader sportivi hanno seguito corsi di formazione. Una conferenza sulla prevenzione della tossicodipendenza nei club sportivi, imperniata sulla qualità della prevenzione della droga in questi club, sul consumo di stupefacenti, nonché sui rituali e sulla cultura dei club sportivi, è stata organizzata a Potsdam, Germania, nel marzo 2000.

Il coordinamento tra i diversi attori è di importanza cruciale per il successo. In Danimarca, Grecia, Finlandia, Francia, Irlanda, Italia, Portogallo, Svezia e Regno Unito esistono diffusamente, o sono in corso di elaborazione, degli accordi sulle strategie di prevenzione della droga con le autorità locali o regionali.

Terapie

Terapie di disassuefazione senza impiego di droghe

Al momento attuale, si sa poco della disponibilità nell'UE di terapie di disassuefazione che non prevedano l'impiego di droghe. Tuttavia, terapie senza impiego di droghe sembrano dominare l'offerta terapeutica in Finlandia, Grecia, Norvegia e Svezia. In questi paesi, la tendenza è verso periodi di terapia più brevi, da tre a sei mesi, anziché di uno-due anni, per quanto in Grecia la

La valutazione delle terapie

In Norvegia, un progetto sta valutando alcune terapie rivolte ai consumatori di stupefacenti, per determinare se alcune di queste terapie ottengono risultati migliori di altre e quali sono i pazienti che traggono beneficio da quale tipo di terapia. Poiché i consumatori di stupefacenti spesso utilizzano diverse terapie, il presupposto è che ogni terapia parta dai risultati ottenuti con le eventuali terapie precedenti: l'ipotesi è che le risorse investite non vadano perdute.

durata media della terapia sia di 12 mesi. Una recente meta-analisi condotta in Germania, che copre numerosi paesi europei, giunge alla conclusione che durata della terapia e successo della terapia sono direttamente proporzionali. In ogni caso, è la valutazione delle diverse opzioni terapeutiche che deve essere ancora migliorata.

Sempre più spesso viene fatta una gestione del singolo caso (assistenza a bassa soglia, intensiva, personalizzata) per guidare il consumatore di stupefacenti attraverso la rete terapeutica, ad esempio in Belgio, Germania e Paesi Bassi. I risultati di cinque studi olandesi sulla doppia diagnosi (la compresenza di problemi psichiatrici e di problemi legati agli stupefacenti) mostrano che la gestione del singolo caso ha effetti abbastanza positivi

Tabella 1

	Stima della prevalenza dei consumatori problematici di stupefacenti e di pazienti in terapia sostitutiva		
	Stima della prevalenza di consumo problematico di droga (1)	Stima del numero di pazienti in trattamento di sostituzione	Tasso di copertura dei trattamenti di sostituzione (2) (%)
Belgio	20 200	7 000 (1996)	35 (3)
Danimarca	12 752-15 248	4 398 (4 298 metadone + 100 buprenorfina) (1 gennaio 1999) (4)	27-34
Germania	80 000-152 000	50 000 (2001) (4)	33-63
Grecia	n.d.	966 (1 gennaio 2000) (4)	
Spagna	83 972-177 756	72 236 trattati con metadone (1999)	41-86
Francia	142 000-176 000	71 260 (62 900 trattati con buprenorfina e 8 360 con metadone)(dicembre 1999) (4)	40-50
Irlanda	4 694-14 804	5 032 (31 dicembre 2000) (4)	34-100 (5)
Italia	277 000-303 000	80 459 (1999) (4)	27-29
Lussemburgo	1 900-2 220	864 (164 nel quadro del programma ufficiale +/-700 con prescrizione di mefenone [metadone in pillole, da parte di un medico generico] (2000)) (4)	38-45
Paesi Bassi	25 000-29 000	11 676 (1997)	40-47
Norvegia	9 000-13 000	1 100 (2001)	8-12
Austria	15 984-18 731	4 232 (1 gennaio 2000) (4)	23-26
Portogallo	18 450-86 800	6 040 (1 gennaio 2000)	7-33
Finlandia	1 800-2 700 (6)	240 (170 trattati con buprenorfina e 70 con metadone)	9-13
Svezia	1 700-3 350 (6)	621 (31 maggio 2000) (4)	19-37
Regno Unito	88 900-341 423	19 630	6-22

Nota: n.d. dati non disponibili.

(1) Per ulteriori informazioni sulle prevalenze nazionali e il consumo problematico di stupefacenti cfr. capitolo 1, Consumo problematico di stupefacenti, e la tabella on line 1 al sito www.emcdda.org.

(2) Percentuale stimata di consumatori problematici di stupefacenti in trattamento di sostituzione.

(3) Il dato relativo alla prevalenza copre solo i consumatori di stupefacenti per via parenterale e può dar luogo ad una percentuale sovrastimata di terapie di sostituzione.

(4) Informazioni raccolte direttamente dal punto focale nazionale.

(5) Un tasso di copertura dei trattamenti di sostituzione del 100 % non appare plausibile ed è quindi probabile che la stima di prevalenza di 4 694 (1 195) sottostimi l'attuale prevalenza.

(6) Consumatori di oppiacei.

Risposte al consumo di stupefacenti

sulla soddisfazione dei pazienti, il consumo di stupefacenti, i sintomi psichiatrici, le capacità sociali e l'utilizzo dei servizi di assistenza.

I Paesi Bassi presentano un quadro in qualche modo negativo di un determinato gruppo, particolarmente difficile, che, dopo numerosi tentativi, non riesce a modificare il proprio comportamento rispetto al consumo di stupefacenti. Lo scopo di appositi centri ospedalieri è quello di offrire l'opportunità di un recupero ai consumatori di stupefacenti, aiutandoli a sviluppare le loro capacità sociali ed a strutturare la vita quotidiana in maniera tale da aumentare la loro motivazione a seguire un'assistenza regolare. Comunque, il tasso degli abbandoni in questi centri è del 60 % e la conclusione è che se i consumatori di stupefacenti non sono motivati, non possono essere aiutati con successo.

Le terapie sostitutive

Negli ultimi anni, le terapie sostitutive si sono andate espandendo con moderazione nell'UE. La Grecia, la Finlandia, la Norvegia e la Svezia hanno recentemente facilitato l'accesso alle terapie sostitutive, principalmente il metadone. La buprenorfina, che è la principale sostanza sostitutiva in Francia, è stata introdotta in Belgio, Danimarca, Finlandia (per la disintossicazione), Germania, Italia, Lussemburgo, Norvegia, Portogallo, Austria e Regno Unito, mentre il levo-alfa-acetil-metadolo (LAAM) è prescritto in Danimarca, Spagna e Portogallo. Nei Paesi Bassi sono in corso degli studi che riguardano la disintossicazione rapida con naltrexone come terapia medica; questa può essere considerata come un'alternativa ad altre terapie. Il naltrexone è stato utilizzato in Portogallo negli ultimi dieci anni.

L'eroina continua ad essere prescritta in maniera selettiva nel Regno Unito. La prescrizione sperimentale di eroina per la terapia di consumatori cronici di stupefacenti refrattari ad altre cure è possibile nei Paesi Bassi nel contesto della sperimentazione scientifica, mentre un tentativo di prescrivere l'eroina verrà avviato in Germania nel corso del 2001. Anche il Lussemburgo sta prendendo in considerazione l'ipotesi di tentare la prescrizione di eroina nel 2002. Gli esperti concordano nel sostenere che la prescrizione di eroina dovrebbe essere presa in considerazione soltanto quando tutte le altre opzioni terapeutiche disponibili sono state esaurite. La prescrizione di eroina è molto pesante per i pazienti e la necessità di doversi presentare nei centri terapeutici due o tre volte al giorno è per loro dirompente. Comunque, c'è la prova della sua efficacia per i consumatori di stupefacenti particolarmente svantaggiati, in termini di riduzione dei reati, miglioramento della salute ed integrazione sociale.

Misure per la riduzione dei danni

L'assistenza primaria

Una mappatura dell'assistenza primaria nell'UE (vale a dire, contattando i consumatori di stupefacenti nel loro ambiente) non è un compito facile, perché molte attività vengono svolte in ambito locale da organizzazioni non governative e da strutture che tendono ad essere abbastanza complesse.

Le origini dell'assistenza primaria risalgono al tradizionale lavoro di animazione giovanile (volto ad accompagnare i consumatori di stupefacenti verso la terapia) ed alle preoccupazioni della sanità pubblica (specialmente la prevenzione delle malattie infettive). L'assistenza primaria può includere l'attività sociale tra i tossicodipendenti, la distribuzione delle siringhe, i servizi a bassa soglia e/o servizi speciali per le minoranze etniche, le prostitute ed altri gruppi difficili da raggiungere; si rivolge ai consumatori problematici di stupefacenti che non seguono terapie regolari negli Stati membri. Il sostegno alla pari tra consumatori di stupefacenti è stato organizzato in Danimarca, Francia, Paesi Bassi, Austria e Regno Unito per rispondere alle esigenze degli stessi consumatori di stupefacenti.

L'assistenza primaria si sta espandendo nella maggior parte degli Stati membri. In Svezia l'assistenza primaria era però più frequente circa 10-15 anni fa ed un nuovo studio segnala che, stante la contrazione delle risorse, molti consumatori di stupefacenti non vengono più avvicinati da servizi di questo tipo. I nuovi sviluppi comprendono l'assistenza primaria per i consumatori di stupefacenti di origine nordafricana che vivono nei Paesi Bassi, oltre che l'introduzione di servizi specializzati per le consumatrici di stupefacenti in Danimarca, Norvegia, Austria e Svezia.

Una specifica attività di assistenza primaria, che è stata adottata in Francia, in Olanda, Austria e Spagna, è quella dell'analisi delle pasticche nei locali da ballo. L'analisi

Un progetto di assistenza primaria per le donne senza fissa dimora

In Svezia, i servizi sociali di Stoccolma hanno avviato nel 2000 un progetto di assistenza primaria rivolto alle donne senza fissa dimora, molte delle quali hanno pochissimi o nessun contatto con i servizi sociali. Uno degli scopi è quello di motivare le donne ad aumentare questi contatti, fornendo loro, inizialmente, un semplice ausilio medico. Il progetto è esemplare, in quanto è un'iniziativa che riunisce i servizi sociali, le organizzazioni del volontariato ed il settore delle terapie mediche.

delle pasticche attrae i visitatori, perché il contenuto delle pasticche preoccupa sempre molto. La maggior parte dei progetti offre anche colloqui informativi, messaggi per la riduzione dei danni ed interventi nei momenti di crisi. Un recente studio dell'OEDT (Inventario nell'UE degli interventi in loco di analisi delle pasticche, OEDT 2001) suggerisce che l'analisi delle pasticche può efficacemente mettere in guardia rispetto agli effetti inattesi e pericolosi delle droghe da ballo.

Servizi a bassa soglia

I servizi a bassa soglia si stanno espandendo nella maggior parte degli Stati membri. I locali appositi per il consumo di stupefacenti — vale a dire, locali dove i consumatori di stupefacenti per via parenterale possono assumere la droga in condizioni igieniche e sicure — sono stati legalizzati in Germania nel febbraio 2000, mentre un locale apposito per il consumo di stupefacenti è stato introdotto come progetto pilota a Madrid, Spagna, nel 2000. Nei Paesi Bassi esistono da parecchi anni e vengono utilizzati anche da chi fuma l'eroina, così come da chi consuma cocaina e crack. Iniziative simili sono oggetto di dibattito in Austria, Lussemburgo e Portogallo. In relazione ad un analogo dibattito avutosi in Danimarca in merito all'introduzione di locali appositi per il consumo di stupefacenti in aggiunta ai servizi a bassa soglia già esistenti, tenuto conto delle risultanze di congressi internazionali che hanno affrontato la materia, il ministro danese della Sanità ha scelto di archiviare questa iniziativa.

Prime risposte sanitarie alle nuove droghe sintetiche

Queste misure mirano ad evitare i potenziali problemi alla salute derivanti dal consumo di sostanze che i consumatori non sono in grado di identificare, consumatori che, inoltre, non cercano il contatto con i centri terapeutici ed i servizi di consulenza: in altre parole, sostanze sconosciute consumate da individui sconosciuti. Queste risposte vengono date o mediante misure strutturali, come l'organizzazione di rave party sicuri (formazione del personale, presenza di acqua e di locali di chill-out) oppure misure informative sulle droghe da party attraverso campagne sui media, siti web interattivi e CD-Rom, oppure sui risultati delle analisi delle pasticche, fatte più o meno in loco, tramite Internet o riviste specializzate.

In Danimarca, Spagna, Irlanda, Italia e Paesi Bassi le autorità locali avvicinano i giovani nei luoghi del tempo libero (come club, bar e discoteche) per fornire al personale formazione e supporto, permettendo loro di reagire con maggiore efficacia nelle situazioni in cui è coinvolta la droga.

Formazione per il personale dei night-club

In Irlanda, al personale dei night-club vengono dati formazione e supporto per consentire una risposta più efficace alle situazioni che possono verificarsi nei night-club ed in cui è coinvolta la droga.

Le prime due fasi del progetto prevedono l'organizzazione di programmi formativi per i proprietari/gestori dei club e per i buttafuori. Sono incentrati sul fatto di aumentare le loro conoscenze sugli stupefacenti, esplorandone l'atteggiamento nei confronti della droga e passando in rassegna le varie questioni di natura legale e sanitaria o inerenti la sicurezza. La terza fase è volta a divulgare informazioni accurate sugli stupefacenti ai giovani frequentatori dei club, mediante la distribuzione di un libretto grande quanto una carta di credito e noto come il Vital Information Pack (VIP, o pacchetto informativo vitale) in una serie di luoghi, fra cui college di terzo livello e club. Nella fase quattro, viene organizzata una conferenza di un giorno per ottenere il sostegno dell'industria musicale/delle discoteche in favore dello sviluppo di politiche accettabili nei luoghi da ballo. La fase finale comprende la formazione standard per i buttafuori e l'offerta di questi elementi in forma modulare.

Il concetto di monitoraggio «in tempo reale» della scena giovanile è segnalato dal Lussemburgo. Facendo seguito ad un'iniziale fase di valutazione, il gioco «Ecstasy» è stato introdotto in diversi ambienti giovanili ed integrato in adeguati corsi scolastici. Il gioco incentiva la discussione, condividendo le esperienze e trovando alternative al consumo della droga, particolarmente delle droghe sintetiche. Le dinamiche di gruppo stimulate dal gioco permettono che vengano poste proprio le domande a cui i giovani dovrebbero essere sensibilizzati. La valutazione suggerisce di aumentare il numero degli elementi creativi ed orientati all'azione del gioco stesso.

Internet fornisce un'enorme varietà di informazioni sugli stupefacenti, che riflettono tutte le posizioni sulle politiche in materia di stupefacenti, per quanto non sia possibile il controllo della qualità di tali informazioni. La maggior parte delle organizzazioni nazionali che si occupano di prevenzione, così come le organizzazioni non governative, hanno o progettano di avere una propria pagina web, contenente principalmente informazioni, ma anche con caratteristiche interattive, per esempio l'italiana Io non calo la mia vita (<http://www.iononcalo.it>), la svedese Drugsmart, (<http://www.drugsmart.com>) e il sistema di ricerca in materia di stupefacenti <http://www.drugscope.org> fornito da DrugScope nel Regno Unito. Una iniziativa innovativa

Risposte al consumo di stupefacenti

Il programma di ordinanze di terapia e di sperimentazione in materia di droga nel Regno Unito

Il governo britannico ha introdotto il programma di ordinanze di terapia e di sperimentazione in materia di droga (Drug Treatment and Testing Order — DTTO), il quale prevede che i tribunali possano emettere un'ordinanza che impone a chi ha infranto la legge di sottoporsi a terapia in alternativa al carcere o alla sentenza vera e propria. Si reputa che l'applicazione di questo sistema dovrebbe dar luogo a circa 3 425 ordinanze entro il 2001. Questo dato va comparato con le circa 120 000 condanne per droga del 1999. I servizi di consulenza per la prevenzione della droga, insieme con i servizi che si occupano di chi è in libertà vigilata, forniranno un supporto sul campo per l'applicazione di questo sistema a livello nazionale, divulgando i risultati pratici desunti dai programmi pilota ed assistendo le squadre locali di azione contro la droga nello sviluppo di adeguati convenzioni di attuazione.

è segnalata dalla Finlandia, dove un test anonimo di consulenza ed auto-valutazione è disponibile sul sito web (<http://www.a-klinikka.fi/plimenu1.htm>). La banca dati EDDRA dell'OEDT (<http://www.emcdda.org>) fornisce riferimenti su oltre 250 progetti di valutazione nel campo della riduzione della domanda e sta continuamente crescendo.

Riduzione dei reati connessi con gli stupefacenti

Prevenzione dei reati connessi con gli stupefacenti

Tutti gli Stati membri hanno programmi che prevedono la sospensione della pena e l'obbligo di terapia, in presenza di specifiche condizioni, per esempio, la gravità dell'infrazione alla legge oppure l'età di chi l'ha commessa. Si ritiene che questa misura porti ad una diminuzione del tasso dei reati successivi, per quanto informazioni sulla valutazione siano raramente disponibili.

I consumatori di stupefacenti continuano a rappresentare un grosso problema per il sistema della giustizia penale, visto che il 50 % dei detenuti ha problemi correlati alla droga. Data l'elevata rotazione dei detenuti nelle carceri, si reputa che da 180 000 a 600 000 consumatori di stupefacenti passino ogni anno attraverso il sistema carcerario dell'UE. La prevalenza del consumo di stupefacenti varia a seconda del tipo di carcere. È più elevata nelle carceri grandi e di passaggio, è più prevalente nelle carceri femminili piuttosto che in quelle maschili.

La tabella 2 fornisce un panorama di massima dell'assistenza fornita ai consumatori di stupefacenti nelle carceri dell'UE: la relazione dell'OEDT «Assistenza ai consumatori di stupefacenti nelle carceri» fornisce ampi ragguagli.

Riabilitazione sociale e reinserimento

Istruzione, formazione, alloggio ed occupazione sono aree chiave per la riabilitazione dei consumatori di stupefacenti dopo una terapia, dopo la carcerazione oppure

Tabella 2

Assistenza fornita ai consumatori di stupefacenti nelle carceri dell'UE			
	Trattamento di svezamento in carcere	Trattamento di sostituzione in carcere	Riduzione dei danni correlati alla droga in carcere
Belgio	Sì, in fase sperimentale	Disintossicazione graduale con metadone	Alcune azioni di prevenzione HIV a livello locale
Danimarca	Collaborazione con istituti privati di trattamento	Sì, se vi è stato trattamento al metadone prima dell'ingresso in carcere	Fornitura di liquido di pulizia, vaccinazione contro l'epatite B
Germania	Sì	Sì	Distribuzione di siringhe in alcune carceri
Grecia	Gruppi di mutua assistenza	No	Informazione in alcune carceri
Spagna	Sì	Sì	Sì
Finlandia	Corsi sull'abuso di sostanze stupefacenti, reparti di svezamento	Sì, se vi è stato trattamento alla buprenorfina/metadone prima dell'ingresso in carcere	Fornitura di liquidi di pulizia, vaccinazione contro l'epatite B
Francia	No	Sì (metadone o buprenorfina)	Informazione ai detenuti, distribuzione di clorina
Irlanda	Limitato	Disintossicazione con metadone, mantenimento per i detenuti HIV positivi	No
Italia	Sì	Sì	No
Lussemburgo	Sì	Sì, se vi è stato trattamento con metadone prima dell'ingresso in carcere e inizio del trattamento prima della scarcerazione	No
Paesi Bassi	Sì, trattamento obbligatorio per consumatori di droghe pesanti	Limitato, programmi di riduzione per i detenuti a lungo termine	Sì
Austria	Sì	Sì	Sì
Portogallo	Sì	Sì	Informazioni, formazione delle guardie carcerarie, distribuzione di preservativi e candeggina, vaccinazione contro l'epatite
Svezia	Sì	No	No
Regno Unito	Sì	Disintossicazione al metadone. Altri disponibili: sofaxidina, diidrocodeina e Naltrexone	Compresse disinfettanti in alcune carceri, consulenza e informazione

«Ritorno al futuro» in Finlandia

In Finlandia, il programma «Ritorno al futuro» (finanziato dal programma Integra dell'UE) è stato coinvolto in vari progetti con giovani tossicodipendenti. I risultati del progetto rafforzano la nozione che le persone che hanno problemi economici e di disoccupazione, dopo il recupero dai problemi derivanti dall'abuso di droghe, si trovano in una situazione estremamente difficile. Questi problemi comprendono una casa inadeguata, una ridotta capacità di lavoro, la mancanza di formazione professionale, problemi legati al lavoro ed alla conservazione di uno stile di vita senza stupefacenti. Pur disponendo di un adeguato livello di istruzione, i partecipanti ai progetti hanno incontrato delle difficoltà ad avvicinarsi ai sistemi

educativi ed alle opzioni di lavoro e non è stato facile per loro trovare datori di lavoro che fossero disposti ad assumerli con un contratto di apprendistato. Per quanto lo Stato garantisca automaticamente un prestito per studiare, le banche hanno rifiutato di concedere prestiti personali, perché quasi il 90 % dei pazienti non offriva credito. Il progetto ha riscontrato che le azioni che sono a disposizione dei servizi sociali e sanitari sono inadeguate a risolvere i problemi molteplici del welfare. Sono necessari interventi attivi del sistema che si occupa del reinserimento, con un approccio individuale e personalizzato che vada oltre i confini amministrativi; sono necessari inoltre adeguati finanziamenti.

nei programmi a lungo termine di mantenimento con farmaci sostitutivi. Comunque, sembra che quest'area dell'assistenza sia tuttora abbastanza poco sviluppata, per quanto i professionisti sottolineino spesso che l'assistenza a posteriori ad il reinserimento sono aspetti molto importanti della terapia contro le droghe e che, in questo campo, sarebbero necessari dei miglioramenti.

Valutazione

La valutazione è la chiave per assicurare la qualità delle risposte in materia di stupefacenti, per sapere quanto siano adeguate la programmazione, l'infrastruttura, la professionalità, la supervisione, la formazione, la ricerca e l'esistenza di una rete. Nell'UE, nell'area relativa alla riduzione della domanda, vengono sempre più introdotte delle procedure di controllo della qualità. Iniziative di

controllo della qualità riguardanti la prevenzione sono segnalate in Germania, Grecia, Finlandia, Francia, Italia, Paesi Bassi ed Austria, mentre iniziative di controllo della qualità nell'area dell'assistenza vengono segnalate in Germania, Grecia, Lussemburgo, Paesi Bassi, Norvegia, Austria, Portogallo e Regno Unito.

È prevista la formazione per i medici generici e per gli altri professionisti dell'assistenza sanitaria in Belgio, Germania, Finlandia, Irlanda, Italia, Austria e Regno Unito, mentre altri paesi — Grecia, Francia, Italia, Lussemburgo, Paesi Bassi e Svezia — dichiarano che pur esistendo dei corsi di formazione per i professionisti della prevenzione, della sanità e della giustizia penale, c'è ancora l'esigenza di corsi di buona qualità.

Riduzione dell'offerta

Le seguenti informazioni sono state estratte da relazioni dell'Europol.

Ai vari livelli delle investigazioni di carattere penale, nuove tecniche che consentano di intervenire tempestivamente ed efficacemente possono evitare lunghe, interminabili indagini che richiedono l'impiego di molte risorse. Le nuove strutture di cooperazione dell'UE in materia giudiziaria e di applicazione della legge, dovrebbero essere ampiamente sfruttate dagli Stati membri, in maniera tale da aumentare la condivisione delle informazioni, sia all'interno degli Stati membri che a livello internazionale.

Il livello del crimine organizzato in ambito UE è in ascesa. La produzione ed il traffico di stupefacenti sembrano restare tra le attività primarie delle reti criminali. La continua diversificazione ed evoluzione delle rotte della droga mettono a dura prova chi è preposto

Controllo della qualità nell'area della riduzione della domanda

In Austria, nel campo della riduzione della domanda di droga, stanno assumendo sempre maggiore importanza le procedure di controllo della qualità. Sono state redatti degli orientamenti per un lavoro di qualità e standard minimali per tutti i campi delle attività relative alle tossicodipendenze, nonché per la gestione dei singoli casi quando i pazienti vengono trattati con farmaci sostitutivi. Sono stati definiti, e verranno realizzati in un piano a tappe, degli standard minimali, del tipo di prerequisiti di qualità per chi fornisce consulenza in materia di droghe ed alcol. A Vienna, sono stati istituiti dei centri specializzati, che sono responsabili della rete e che assicurano il passaggio delle informazioni ai settori di attività che non trattano esplicitamente delle questioni di droga (come il lavoro di animazione giovanile e l'assistenza sanitaria).

Risposte al consumo di stupefacenti

all'applicazione della legge. La criminalità non cessa di trarre spunto dai successi e dagli insuccessi nel traffico delle merci illegali, cambiando il proprio operato di conseguenza, modificando le rotte, individuando nuovi metodi per nascondere la merce oppure reclutando nuovi corrieri.

Secondo l'Europol (Relazione sulla situazione nell'UE in merito alla produzione ed al traffico di stupefacenti, 1999/2000) un progetto incoraggiante contro la diversione dei precursori chimici è stata l'operazione «Purple», mirante a prevenire il dirottamento di permanganato di potassio - una sostanza chimica utilizzata per la produzione di cocaina - alla quale hanno collaborato 23 nazioni, fra cui sette Stati membri, che producono, importano, esportano o sono territori di transito di questa sostanza chimica, nonché l'Organo internazionale di controllo degli stupefacenti, l'ICPO/Interpol e l'Organizzazione mondiale delle dogane. Il progetto mira a prevenire il dirottamento di prodotti chimici, tenuto conto del fatto che la disponibilità dei precursori svolge un ruolo chiave nella produzione di stupefacenti. Dall'avvio di questa operazione, sono stati monitorati 248 carichi di questa sostanza chimica, per un totale di

7 778 tonnellate. Come risultato diretto, 32 carichi di permanganato di potassio sono stati fermati o sequestrati, per un totale di quasi 2 226 tonnellate. Si ritiene che ciò rappresenti il 29 % di tutti i carichi monitorati. Verrà condotta un'operazione analoga sull'anidride acetica, una sostanza chimica che viene utilizzata per processare l'eroina.

A seguito degli sviluppi politici miranti ad aumentare la cooperazione in materia giudiziaria e dell'applicazione della legge, la competenza dell'Europol verrà ampliata al riciclaggio di denaro sporco in genere, a prescindere dal tipo di infrazione alla legge da cui sono originati i proventi riciclati.

Attualmente l'Europol ed esperti degli Stati membri e dell'OEDT stanno sviluppando una banca dati armonizzata sui sequestri di stupefacenti, con definizioni e parametri comuni, da introdurre in tutti gli Stati membri. Questo dovrebbe portare ad una raccolta standardizzata di dati a livello dell'UE, cosa che consentirà un confronto ed un'analisi migliori della situazione degli stupefacenti nei vari Stati membri.

Questioni specifiche

Questo capitolo illustra tre questioni specifiche riguardanti il problema della droga in Europa: cocaina e cocaina «base/crack», malattie infettive e droghe sintetiche.

Cocaina e cocaina «base/crack»

Nell'UE aumenta la preoccupazione per il crescente consumo di cocaina, anche se le reali tendenze del consumo di cocaina e le relative conseguenze sono difficili da verificare. In primo luogo, ad esempio, i dati nazionali provenienti da indagini o centri terapeutici non riflettono le variazioni intervenute nella prevalenza ed i problemi che si presentano a macchia di leopardo all'interno di determinate città, oppure i cambiamenti che si concentrano in particolari ambienti sociali. In secondo luogo, le informazioni correnti in merito alla cocaina mancano spesso di definizioni chiare, scientifiche: per esempio, i sistemi di informazione fanno raramente la distinzione tra la cocaina «base/crack» ed il cloridrato di cocaina, oppure tra le diverse modalità di preparazione della cocaina «base/crack». Queste diverse forme di cocaina hanno diverse specificità di mercato, diversi modelli di consumo e contribuiscono all'insorgenza di problemi diversi, i quali tutti devono essere compresi affinché le politiche siano efficaci e vengano date risposte che portino ad una riduzione della domanda.

Prevalenza, modelli e problemi

Prevalenza

Né le indagini tra la popolazione, né le indagini condotte nelle scuole rivelano un generale incremento nel livello dei consumi di cocaina nell'UE. Soltanto nel Regno Unito è stato confermato l'aumento della prevalenza del consumo una tantum di cocaina tra i giovani di età compresa tra i 16 ed i 29 anni. Il punto focale nazionale italiano segnala che da una serie di fonti emerge che in Italia il consumo di cocaina viene al secondo posto, dopo la cannabis e prima del consumo di anfetamine od ecstasy.

Da un'indagine europea condotta nel 1999 nelle scuole, emerge che il consumo sperimentale di cocaina (prevalenza una tantum) tra gli studenti di 15-16 anni rimane basso e che è molto più basso del consumo di cannabis.

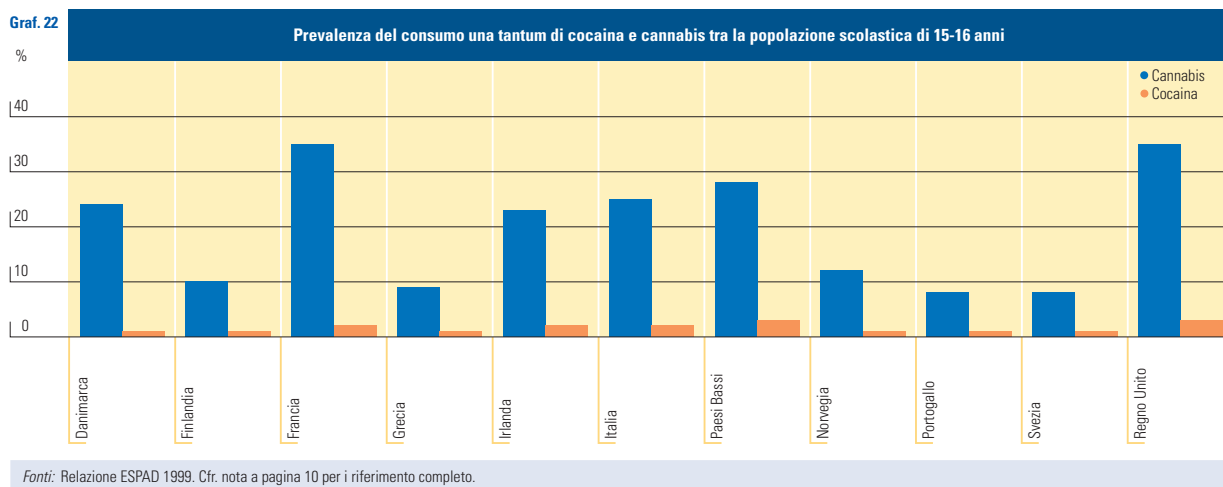
Che cosa sono la cocaina ed il crack?

La cocaina è una droga stimolante estratta dalle foglie di una pianta, l'Erythroxylon coca, che è stata sviluppata alla metà del XIX secolo per curare un'ampia varietà di malattie. Il nome chimico della droga processata è cloridrato di cocaina, che viene generalmente venduta «sulla strada» sotto forma di una polvere cristallina nota con una serie di espressioni gergali diverse, come «coca» «neve» e «Charlie». Viene generalmente aspirata con le narici e meno frequentemente disciolta in acqua ed iniettata.

La cocaina «base/crack» è un'espressione gergale per la cocaina che è stata trattata per essere fumata o per inalare i vapori e dare così effetti immediati ed intensi. Ci sono almeno tre metodi di produzione della cocaina «base/crack» (1). Un metodo dà luogo ad un prodotto più puro: aggiungendo acqua calda ed ammoniaca o bicarbonato di sodio e togliendo i liquidi in eccesso che contengono i diluenti. Un altro metodo dà luogo ad una più bassa concentrazione di cocaina: riscaldando una pasta di cocaina e bicarbonato di sodio in un forno a micro-onde con tutti i diluenti che rimangono nel prodotto finale.

La cocaina e la cocaina «base/crack» si distinguono, di solito, sulla base dell'aspetto fisico e della purezza, con un'ulteriore complicazione data dal fatto che alcuni tipi di cocaina «base/crack» sono fisicamente simili al cloridrato di cocaina.

2001 Relazione annuale sull'evoluzione del fenomeno della droga nell'Unione europea



In tutti gli Stati membri interessati dall'indagine, la cocaina è stata segnalata essere meno disponibile dell'ecstasy, anche se le variazioni tra i paesi sono considerevoli. La cocaina è segnalata essere più facilmente disponibile fra gli studenti di 15-16 anni dell'Irlanda e del Regno Unito (21 % e 20 % rispettivamente) e meno facilmente disponibile in Finlandia (6 %). Tuttavia, in tutti i paesi dell'UE oggetto dell'indagine, la disponibilità di cocaina è risultata essere considerevolmente inferiore rispetto al medesimo gruppo di età negli USA (2). La disapprovazione nei confronti del consumo di cocaina è molto elevata e più o meno forte in tutti i paesi partecipanti, pari ai livelli di disapprovazione nei confronti dell'eroina.

Modelli

Per quanto non stia avvenendo nulla di drammatico nella popolazione a livello nazionale, ci sono livelli più marcati di cocaina in alcuni ambienti sociali. Ricerche condotte in passato tra i consumatori di cocaina avevano rivelato l'esistenza di confini rigidi tra chi consuma cocaina in polvere (cloridrato) ad uso ricreativo, chi è consumatore problematico di cocaina «base/crack» e chi si inietta la cocaina. Un'ampia gamma di modelli di consumo della cocaina in polvere ad uso ricreativo si trova tra i gruppi di individui che frequentano i night-club e le discoteche e che consumano la cocaina in polvere per scopi sociali ed utilitaristici. Chi consuma cocaina ad uso ricreativo è altra cosa rispetto ai gruppi emarginati, come i giovani senza fissa dimora, chi è dedito alla

Tabella 3 Confronto della prevalenza del consumo una tantum di cocaina tra determinati ambienti di consumatori e tutta la popolazione

	Prevalenza una tantum tra frequentatori di club			Giovani adulti della popolazione generale		
	% Prevalenza una tantum	Dimensioni campione	(Anno) e fonte	% Prevalenza una tantum	Dimensioni campione	Anno e fascia di età
Austria	42	50	(1999) Raver austriaci	–	–	–
Belgio	45	154	(1998) Festival rock, comunità francofona	–	–	–
Danimarca	–	–	–	3,1	14 228	2000 16-34 anni
Finlandia	–	–	–	1,2	2 568	1998 15-34 anni
Francia	56	896	(1999) Feste tecno-rave, Médecins du monde	1,9	2 003	1999 15-34 anni
Germania Ex occidentale	–	–	–	2,2	6 380	1997 18-39 anni
Ex orientale	–	–	–	0,4	1 620	1997 18-39 anni
Paesi Bassi	48	456	(1998) Frequentatori di club, Amsterdam Questionario (23% di risposte)	3,7	22 000	1997/98 15-34 anni
Spagna	–	–	–	4,8	12 488	1999 15-34 anni
Regno Unito	62	517	(1997) Release drugs and dance (1)	6,4	10 293	1998 16-34 anni
	18 'crack'	100	(1999) Frequentatori di club, Liverpool (2)	–	–	–
Irlanda del Nord	45	106	(2000) Consumatori di ecstasy in Irlanda del Nord	–	–	–

(1) Release (1997), Release Dance and Drugs Survey: an insight into the culture, London.

(2) Henderson, S (2000), «Protecting and Promoting the Health of Club-goers in Liverpool: An information campaign evaluation and Market Research Project», 1999-2000.

Fonti: Punti focali nazionali e riferimenti come indicati.

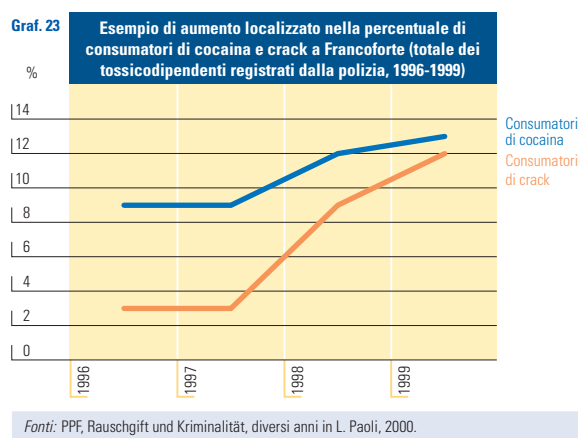
Questioni specifiche

prostituzione ed i consumatori problematici di eroina che fumano cocaina «base/crack», oppure si iniettano cocaina mescolata con eroina, in aree a macchia di leopardo all'interno di determinate città. Tuttavia, il confine tra la cocaina in polvere e la cocaina «base/crack» può risultare indebolito dalla tendenza emergente di fumare la cocaina durante la vita notturna o ad uso ricreativo, nonché dai recenti cambiamenti intervenuti sul mercato. In primo luogo, in cinque Stati membri - Paesi Bassi, Francia, Grecia, Regno Unito ed Italia - è stata segnalata la nuova tendenza a mescolare la cocaina «base/crack» con il tabacco in un «joint» da fumare. In secondo luogo, i servizi giudiziari scientifici hanno segnalato che in alcuni casi la cocaina «base/crack» è fisicamente simile alla cocaina in polvere (cloridrato), il che rende difficile distinguerle, per la polizia e per i consumatori inesperti (8). In terzo luogo, nel Regno Unito, ci sono indicazioni che la cocaina «base/crack» da fumare viene ricostruita e banalizzata con nomi nuovi, come «rock» (sassi) e «stone» (pietre), che servono a distinguere la cocaina pronta da fumare dalla cocaina «base/crack», migliorandone l'immagine sul mercato ed avvicinandola alla cocaina in polvere (4).

La prevalenza del consumo di cocaina è molto più elevata tra i sottosegmenti della popolazione dove è elevata la prevalenza del consumo di altri stupefacenti, piuttosto che tra la popolazione dei giovani. La tabella 3 (*Prevalenza del consumo una tantum di cocaina in determinati ambienti di consumatori*) illustra l'esistenza di una sostanziale differenza tra la prevalenza relativamente elevata di cocaina assunta una tantum tra i giovani che vanno in discoteca o nei club e la prevalenza, molto più bassa, che si registra tra la popolazione più generale dei giovani. Il costo relativamente elevato della cocaina unito alla breve durata dei suoi effetti, contribuiscono a limitare un consumo regolare ad uso ricreativo: un livello elevato di reddito disponibile può essere un fattore significativo per un consumo regolare. Negli ambienti in cui si svolge la vita notturna, alcuni individui tendono a bere più alcol del solito, insieme con la cocaina. La cocaina serve ad aumentare la socialità, moderando gli effetti indesiderati dell'alcol.

Problemi

Tra il 1994 ed il 1999 il numero dei pazienti che hanno chiesto una terapia per problemi associati con la cocaina in quanto droga principale — rispetto al numero totale dei pazienti che hanno richiesto la terapia — è aumentato considerevolmente in Spagna e nei Paesi Bassi. Anche la Germania, la Grecia e l'Italia mostrano un proporzionale aumento delle terapie per cocaina;



L'Irlanda ha registrato un aumento fino al 1998 (22). Il Regno Unito ed il Belgio, sia di lingua francofona che fiamminga, hanno anch'essi registrato un incremento. C'è una carenza di ricerche comparabili sui consumatori di cocaina che sono in terapia nell'UE; l'aumento proporzionale dei pazienti che cercano un aiuto a fronte di problemi dovuti alla cocaina può stare ad indicare un reale aumento dei problemi dovuti alla cocaina, ma può essere anche il risultato di un minor numero di pazienti che cercano un aiuto a fronte di problemi dovuti ad oppiacei, oppure può essere il risultato di ex pazienti di oppiacei che si sono convertiti alla cocaina come loro droga principale. Anche lo sviluppo di servizi che attraggano sempre di più i consumatori di cocaina può influenzare i dati relativi alle terapie. Alcuni servizi terapeutici per le tossicodipendenze hanno segnalato che, tra i pazienti che sono in terapia per la dipendenza da eroina, c'è stato un aumento nel consumo di cocaina, particolarmente fumata come cocaina «base/crack» oppure assunta per via parenterale insieme con l'eroina.

Il grafico 23 fornisce un esempio di un aumento localizzato dei consumatori di cocaina «base/crack», che non si riscontra a livello nazionale. A Francoforte, la percentuale dei consumatori di «crack» sul totale dei tossicodipendenti registrati dalla polizia è aumentato di quattro volte tra il 1996 ed il 1999.

I fornitori di servizi sanitari ed i consumatori di cocaina raramente registrano degli eventi letali, oppure una cattiva salute fisica, in quanto conseguenza diretta del fatto di sniffare cocaina in polvere e perché chi consuma cocaina ad uso ricreativo tende a consumarla unitamente a grandi quantità di alcol, oppure ad altre droghe, per cui è difficile identificare le cause di esperienze negative. Tuttavia, il Lussemburgo, i Paesi Bassi e l'Italia registrano un aumento del numero di eventi letali per questa droga

(22) Grafico 15 OL: Cocaina: evoluzione dei nuovi pazienti ammessi a terapia (versione on line).

e la Spagna registra un aumento dei ricoveri al pronto soccorso in cui è implicata la cocaina unitamente ad altri stupefacenti. L'accresciuta consapevolezza, fra il personale che opera al pronto soccorso degli ospedali, del ruolo potenziale della cocaina nei disturbi cardiovascolari potrebbe portare a livelli più elevati di segnalazione (4).

Sono stati identificati problemi gravi di salute, sociali e psicologici, associati con il fatto di fumare cocaina «base/crack», particolarmente tra i gruppi emarginati, come i consumatori problematici di oppiacei, i giovani senza fissa dimora ed altri giovani svantaggiati, nonché le prostitute. Non è chiara la misura in cui i problemi siano una diretta conseguenza del consumo di questa forma di cocaina in sé per sé, oppure della frequenza e dell'entità del consumo, oppure di preesistenti problemi di droga e sociopsicologici.

Mercato

Nel 1999, il numero dei sequestri di cocaina è aumentato considerevolmente in Lussemburgo e Svezia, mentre è diminuito in Austria, Belgio e Danimarca. I prezzi al dettaglio della cocaina variano dai 24 euro al grammo ai 170 euro, con città come Amsterdam e Francoforte che si trovano all'estremo più basso ed alcuni Stati membri, come la Svezia e la Finlandia, all'estremo più alto. Nel Regno Unito ed in Francia i prezzi al dettaglio sono diminuiti, ma la purezza è rimasta generalmente elevata, tra il 55 % ed il 70 %, fino alla fine del 1999 quando, nel Regno Unito, c'è stato un brusco calo della purezza media del crack (10). Le variazioni geografiche dei prezzi all'interno degli Stati membri sono marcate. Piccole quantità di cocaina, inferiori ad un grammo oppure sotto forma di «balls» (palline) o «rocks» (sassi), sono disponibili in alcune città per meno di 15 euro, particolarmente là dove la droga circola alla luce del sole e dove la concentrazione di cocaina può scendere considerevolmente (per esempio, Francoforte, Milano, Parigi, Londra, Manchester e Liverpool). La distribuzione di cocaina avviene essenzialmente attraverso catene di amici di amici, ma in alcune città avviene apertamente negli ambienti della vita notturna e per la strada. Lo spaccio in ambito domestico ed i servizi di consegna sono stati grandemente facilitati dalla maggiore comodità e protezione (sotto forma di anonimato) che i telefoni cellulari permettono agli spacciatori (4,5,6,7).

È stata segnalata la maggiore disponibilità di cocaina («base/crack») pronta da fumare in un certo numero di città europee (Amsterdam, Rotterdam, Londra, Liverpool, Manchester, Francoforte, Milano e Parigi), ma i metodi di preparazione (ed i conseguenti livelli di concentrazione

della cocaina, che possono arrivare fino al 100 %) variano e creano confusione per i sistemi informativi sulle droghe; la mancanza di una definizione scientifica per termini gergali come «crack» e «base» pone dei problemi in merito alle risposte educative e di prevenzione. Sulla strada si può già trovare la cocaina mescolata con eroina.

La Spagna, il Belgio ed i Paesi Bassi hanno segnalato di essere grandi punti di transito per la cocaina proveniente dall'America latina (Colombia, Brasile e Venezuela in particolare) e diretta al resto dell'UE. Nel 1999, è stato segnalato lo smantellamento in Spagna di sei laboratori per la lavorazione della cocaina, per cui i successivi aumenti del prezzo all'ingrosso della cocaina in Spagna sono stati attribuiti a questo.

Progetti di intervento e nuovi approcci

Nell'area della riduzione della domanda, la risposta dell'UE all'aumento del consumo di cocaina e di crack ha assunto tre forme principali. Nel corso degli anni novanta, un piccolo numero di città ha sviluppato dei servizi specializzati per affrontare i problemi primari legati alla cocaina e per occuparsi di gruppi particolarmente vulnerabili: parliamo di Jugendberatung und Jugendhilfe e.V. a Francoforte e di «Take Five» a Rotterdam. Alcuni Stati membri segnalano lo sforzo di adeguare le strutture esistenti per far fronte alle esigenze dei consumatori problematici di cocaina e crack. Ad esempio, in Francia e nel Regno Unito tra i professionisti interessati sono state sviluppate delle strategie pluridisciplinari, volte alla raccolta ed allo scambio di informazioni riguardanti le esigenze dei consumatori di cocaina e crack, al fine di sviluppare adeguati corsi di formazione ed adeguare i modelli ed i servizi di terapia esistenti per fornire il tipo di servizio maggiormente efficace rispetto alle necessità dei consumatori di cocaina e «crack». In terzo luogo, alcuni Stati membri hanno posto l'enfasi sulla necessità di affrontare la criminalità e le conseguenze per la salute in generale del consumo di vari tipi di droga.

Dal settore privato è difficile ottenere dati sulle risposte ai problemi legati alla cocaina, ma, ciononostante, questo settore svolge probabilmente un ruolo significativo nella terapia dei consumatori problematici di cocaina socialmente privilegiati.

Esempi di terapia per i problemi legati alla cocaina

Nelle relazioni fornite dagli Stati membri, sono poche le risposte terapeutiche che sono state descritte. Tuttavia, la Germania ed i Paesi Bassi hanno illustrato degli interventi specificatamente studiati per i problemi legati alla cocaina.

Questioni specifiche

A Francoforte, l'organizzazione per i giovani Jugendberatung und Jugendhilfe e.V. offre un processo terapeutico mirato alla dipendenza da cocaina, che viene adattato alle esigenze di ciascun paziente. La fase iniziale, la «fase d'urto», che dura alcuni giorni, avviene o in forma ambulatoriale con supporto psicosociale, oppure in ambito ospedaliero come processo di disintossicazione. La fase successiva copre sei settimane di terapia residenziale, dove il paziente segue un programma giornaliero, che comprende sessioni terapeutiche individuali e di gruppo. La fase di convalescenza, in ambiente ospedaliero o ambulatoriale, mira a ristabilire o migliorare i contatti ed i rapporti con la famiglia, i parenti o i partner.

A Rotterdam, «Take Five», un programma terapeutico per forti consumatori di cocaina «base/crack» è attivo dal 1996. Il programma, gestito dai servizi sanitari comunali, funziona come un servizio a bassa soglia. Nella prima fase, gli operatori delle unità di strada contattano sul posto i consumatori di cocaina «base/crack», come punti di spaccio, locali appositi per il consumo di stupefacenti o centri di crisi. Nella seconda fase, il paziente frequenta un «centro non stop» che offre supporto 24 ore su 24, e dove, su richiesta, sono disponibili un medico generico e degli psichiatri. Lo scopo della terza fase è quello di stabilizzare la salute del paziente e cominciare la riabilitazione. Dall'esperimento di Rotterdam emerge che l'agopuntura è molto popolare tra i pazienti, perché li rilassa.

Questioni politiche

Nell'UE c'è un mercato di consumatori di stupefacenti ad uso ricreativo, con un reddito disponibile, che guardano con sospetto al contenuto inaffidabile delle pasticche di «ecstasy» ed alla possibilità di correre rischi per la salute, di tipo acuto o a lungo termine, oppure non ne possono più delle loro esperienze passate di MDMA e dei suoi spiacevoli effetti, all'inizio e fin verso la metà della settimana. La ricerca mostra che, nell'ottica dei consumatori di cocaina ad uso ricreativo, la cocaina è considerata più prevedibile, versatile e discreta dell'ecstasy e che gli effetti a posteriori della cocaina sono considerati meno gravi o spiacevoli e più brevi rispetto agli effetti a posteriori di ecstasy o anfetamine (3).

La ricerca condotta sui consumatori di cocaina ha identificato chiare distinzioni sociali e sottoculture rigidamente separate tra i consumatori di cocaina in polvere (cloridrato) ed i fumatori di cocaina «base/crack», ma questi confini possono essere messi in gioco dai cambiamenti recentemente intervenuti sul mercato e dalla tendenza emergente di fumare «joints», derivante da cocaina

«base/crack» mescolata con tabacco, negli ambienti della vita notturna e del tempo libero. Il risultato di questi cambiamenti può indebolire i tabù esistenti nei confronti della cocaina «base/crack» da fumare, che hanno fornito quel controllo informale che ha impedito la diffusione del crack nella corrente principale della cultura delle droghe ad uso ricreativo. Questi segnali di erosione dei controlli sociali informali circa il consumo della cocaina «base/crack» rendono una risposta precoce quanto mai urgente.

Un'immagine positiva, pratica e opulenta dell'uso della polvere di cocaina e forse anche di cocaina «base/crack» combinata con l'esistenza di potenziali ricchi consumatori, potrebbe condurre alla diffusione del consumo di cocaina nell'UE, compresa la «base/crack». Si dovrebbe prendere in dovuta considerazione tale potenziale di diffusione, in quanto la copertura mediatica tendenziosa di «base/crack» può condurre alla creazione di miti circa il suo consumo distogliendo così l'attenzione dai problemi strutturali persistenti cui devono far fronte alcuni settori dei centri urbani (9).

Fonti

(Relazione 2000 dei punti focali nazionali)

- (1) The Forensic Science Service, *Drug Abuse Trends No 9*, Metropolitan Forensic Science Laboratory, Londra, 1999.
- (2) Relazione ESPAD 1999. Cfr. nota a pagina 10 per il riferimento completo.
- (3) *Boys, A., e al, Cocaine Trends: A Qualitative Study of Young People and Cocaine Use*, National Addiction Centre, Londra, 2001.
- (4) Ghuran, A. e Nolan, J., «Recreational drug misuse: issues for the cardiologist», *Heart volume 83*, 2000, pagg. 627-633.
- (5) Brain, K., Parker, H. e Bottomley T., «Evolving Crack Cocaine Careers: New Users, Quitters and Long Term Combination Drug Users», *NW England University of Manchester*, 1998.
- (6) Paoli, L., *Pilot Project to Describe and Analyse Local Drug Markets: First-year report to the EMCDDA*, Max Planck Institute, Friburgo, 2000.
- (7) Blanken, P., Barendregt, C. e Zuidmulder, L., «Retail level drug dealing in Rotterdam», *Understanding and responding to drug use: the role of qualitative research*, OEDT, Serie scientifica monografica n. 4, 2000.
- (8) «Drug Abuse Trends», *Issue No 10 New Series*, ottobre/dicembre 1999.
- (9) Hartman, D. e Golub, A., «The Social Construction of the Crack Epidemic», *Print Media Journal of Psychoactive Drugs*, vol. 31, ca pag. 4, 1999.
- (10) Bollettino statistico del ministero degli Interni, 2000.

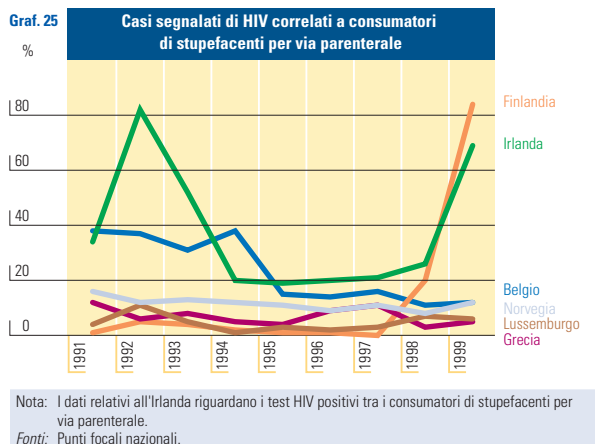
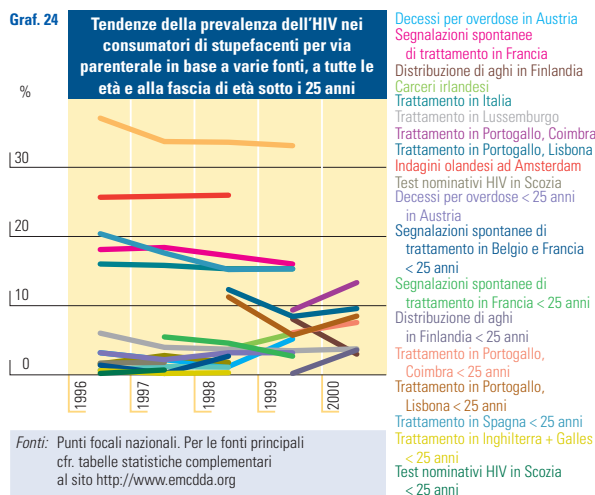
Malattie infettive

Prevalenza e tendenze

HIV

La prevalenza dell'infezione da HIV differisce molto tra i vari paesi e, all'interno dei singoli paesi, tra le regioni e le città. Per quanto fonti e metodi di raccolta di dati divergenti rendano difficile il confronto, i dati a disposizione indicano dei livelli di infezione tra i diversi sottogruppi di consumatori di stupefacenti per via parenterale, che grosso modo variano dall'1% nel Regno Unito al 32% in Spagna (cfr. grafico 8, capitolo 1).

A partire dalla metà degli anni novanta, la prevalenza dell'HIV sembra essersi stabilizzata, dopo il rapido calo che era seguito alla prima grande epidemia degli anni ottanta tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale (cfr. grafico 24). In alcuni paesi (Austria, Lussemburgo, Irlanda, Paesi Bassi, Portogallo e Finlandia) può darsi che la trasmissione dell'HIV sia di nuovo



in aumento tra alcuni sottogruppi di consumatori di stupefacenti per via parenterale (cfr. riquadro a pag.17, capitolo 1).

Il fatto che la trasmissione dell'HIV sia recente può risultare più chiaro qualora se ne esamini la prevalenza tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale con meno di 25 anni di età. In questo gruppo, l'infezione da HIV deve essere avvenuta in media più recentemente, in quanto la maggior parte dei consumatori di stupefacenti per via parenterale comincia a «bucarsi» tra i 16 ed i 20 anni (1), (2). In questa fascia di età, nei limiti dei dati disponibili, le tendenze sono più marcate rispetto alla prevalenza generale e vanno persino nella direzione opposta. In Finlandia, per esempio, una grande epidemia si è verificata negli anni 1998/1999, come si può vedere dai dati relativi alle segnalazioni del virus HIV (grafico 25). Dopo il 1999, la prevalenza complessiva è diminuita, come indicato dai dati relativi alla distribuzione di siringhe, però la prevalenza tra i giovani che assumono gli stupefacenti per via parenterale è salita dallo 0% nel 1999 a circa il 4% nel 2000 (grafico 24). Questo starebbe ad indicare che, quando cominciano a scendere le nuove infezioni tra chi si inietta ed è più avanti con gli anni, per saturazione (la maggior parte delle persone a rischio hanno contratto l'infezione) e/o modifiche nel comportamento dei soggetti a rischio, le nuove infezioni avvengono principalmente tra gli individui più giovani, il cui comportamento è spesso più a rischio.

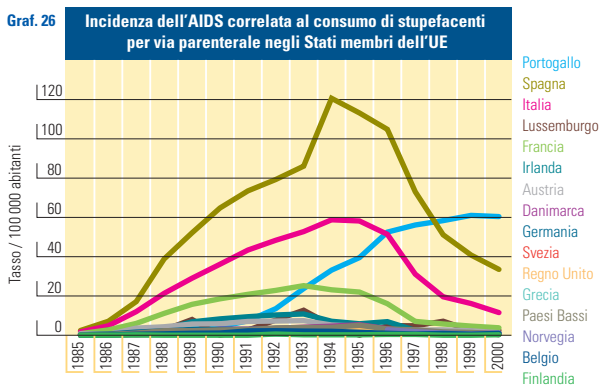
In parecchi paesi la prevalenza del virus HIV è considerevolmente più elevata tra le donne che assumono gli stupefacenti per via parenterale, piuttosto che tra gli uomini. Questo può essere dovuto a livelli più elevati, o a diverse modalità di condivisione, degli aghi e/o al più elevato rischio sessuale di cui sono portatrici le donne che assumono gli stupefacenti per via parenterale.

AIDS

I paesi che sono stati maggiormente colpiti dall'AIDS tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale sono principalmente quelli della parte sudoccidentale dell'UE, in particolare il Portogallo, la Spagna, la Francia e l'Italia (23). L'incidenza dell'AIDS varia grandemente tra i paesi, così come l'incidenza dell'HIV, ma la tendenza generale va verso il basso (grafico 26). Questa diminuzione è probabilmente il risultato di nuove terapie, tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale, che ritardano l'insorgenza dell'AIDS. Pertanto l'incidenza

(23) Grafico 16 OL: Casi di AIDS diagnosticati nel 1999 tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale, sulla popolazione in milioni (versione on line).

Questioni specifiche



Note: Casi segnalati al 31 dicembre 2000, adeguati per tenere conto dei termini di segnalazione.
 Fonti: Centro europeo di sorveglianza epidemiologica dell'AIDS.

dell'AIDS viene oggi considerata come un indicatore meno affidabile della trasmissione del virus HIV di quanto non avvenisse prima del 1996 circa. La Spagna, che aveva la massima incidenza annua di AIDS tra i consumatori di stupefacenti, è stata recentemente superata dal Portogallo, l'unico paese a non segnalare una diminuzione. Ciò può denotare una considerazione limitata per il trattamento dell'HIV (come dimostrato da uno studio recente) e/o una maggiore trasmissione del virus HIV negli anni novanta. Tuttavia, l'aumento che si registra in Portogallo ha mostrato dei segni di cedimento nel 2000.

Epatite C

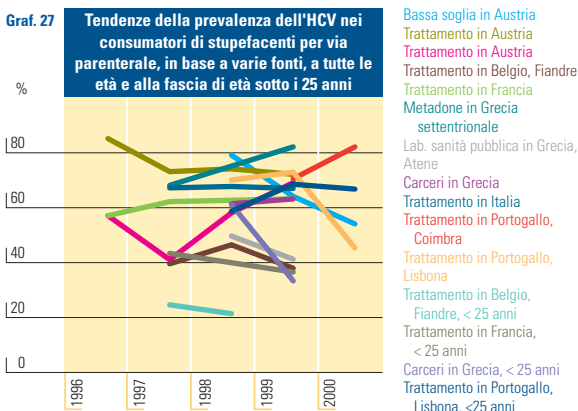
La prevalenza dell'infezione da epatite C è più elevata e più simile in tutta l'UE che non la prevalenza dell'HIV. Tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale, dal 40 % ad oltre il 90 % risulta infettato dal virus dell'epatite C (HCV), anche nei paesi che hanno un basso tasso di infezione da HIV come la Grecia (cfr. grafico 9, capitolo 1). L'infezione cronica da HCV comporta considerevoli problemi di salute: a lungo termine (decenni), può portare a serie conseguenze per la salute, fra cui gravi danni al fegato e morte prematura. La percentuale delle infezioni croniche che portano a gravi problemi per la salute è ancora molto incerta, ma ci sono recenti indica-

zioni che l'incidenza tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale possa essere inferiore (forse 5-10 %) rispetto a quanto si pensava prima (20-30 %) (3), (4). I livelli estremamente elevati dell'infezione da HCV tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale, in Europa, possono tuttavia comportare, nell'arco dei prossimi decenni, un grosso onere per la sanità pubblica a causa delle malattie del fegato tra gli (ex) consumatori di stupefacenti per via parenterale.

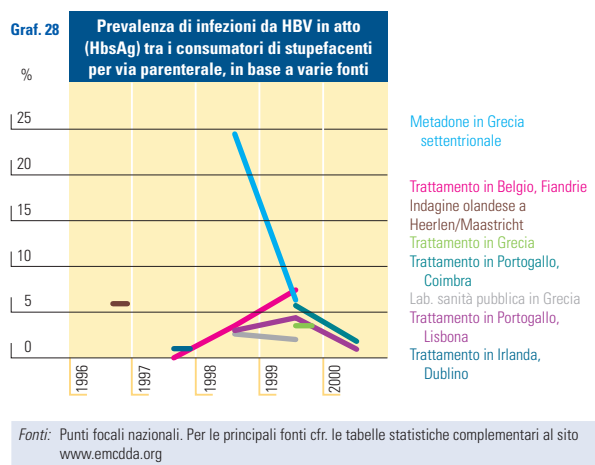
Le tendenze dell'infezione da epatite C, per i pochi paesi che sono stati in grado di fornirle, rivelano sia rilevanti decrementi che incrementi in Austria, Portogallo e Grecia a seconda della fonte (localizzazione geografica) e della fascia di età (grafico 27). Questi dati possono riflettere diverse popolazioni di consumatori di stupefacenti per via parenterale, con una diversa epidemiologia delle infezioni. Tuttavia, è possibile anche che le tendenze rilevate riflettano le politiche dei test, con la recente introduzione del test dell'HCV. Ad esempio, chi è portatore del massimo rischio può partecipare per la prima volta quando viene fatto un test volontario sull'HCV, per cui la prevalenza negli anni successivi può sembrare in calo. Soltanto se le tendenze vengono seguite per un periodo più lungo, le tendenze apparenti possono trovare una conferma. Questo vizio potenziale può essere meno importante per il test dell'HIV, che è invece disponibile da molti anni.

Epatite B

È elevata anche la prevalenza di anticorpi contro il virus dell'epatite B (HBV), ma sembra essere meno simile attraverso l'UE rispetto alla prevalenza dell'HCV. Nel caso dell'epatite B, la presenza degli anticorpi indica se si è mai stati infettati, diversamente dai virus HCV e HIV, laddove un test positivo degli anticorpi indica nella maggior parte dei casi che l'infezione è in atto. Tuttavia, gli anticorpi contro l'HBV possono indicare anche una vaccinazione. Ciò significa che, quando si va ad interpretare la prevalenza degli anticorpi contro l'HBV, occorre tener conto delle prassi di vaccinazione, che possono differire molto tra i vari paesi. La percentuale degli individui che non presentano anticorpi rappresenta i consumatori di stupefacenti per via parenterale che sono a rischio di infezione e che dovrebbero ricevere la vaccinazione. La vaccinazione dei consumatori di stupefacenti per via parenterale è particolarmente importante, in quanto l'infezione da epatite B (anche da epatite A o D) può essere molto pericolosa e persino mortale, se si è già infettati da un altro virus dell'epatite come l'HCV. Nell'UE, tra il 20 % ed il 60 % circa dei consumatori di stupefacenti per via parenterale hanno gli anticorpi contro l'epatite B. I dati segnalati spontaneamente che figurano in alcuni studi condotti in alcuni paesi suggeris-



Fonti: Punti focali nazionali. Per le principali fonti cfr. le tabelle statistiche complementari al sito www.emcdda.org



scono che soltanto il 10-30 % circa dei consumatori di stupefacenti per via parenterale può essere stato vaccinato integralmente (5), (6), (7), (8). Ciò suggerisce il fatto che, attraverso la vaccinazione, esiste un grande guadagno potenziale in termini di salute (24).

La prevalenza di HBsAg (il marcatore sierologico che rivela la presenza del virus dell'epatite B) è più facile da interpretare rispetto agli anticorpi del virus HBV. Questo marker indica che c'è un'infezione da epatite B in atto, che può essere recente o cronica. Il livello di HBsAg indica pertanto il potenziale rischio di gravi complicanze a lungo termine e di diffusione ad altri attraverso comportamenti a rischio in fase di iniezione, oppure tramite la trasmissione sessuale. La prevalenza dell'HBsAg è disponibile soltanto in un limitato numero di paesi, ma sembra differire molto ed è, in alcuni casi, elevata (grafico 28). Nella Grecia settentrionale i consumatori di stupefacenti per via parenterale che si trovano coinvolti in programmi con il metadone possono aver sperimentato, prima del 1998, un'importante epidemia di infezione da epatite B, in quanto i livelli sono risultati essere estremamente elevati nel 1998, ma sono poi scesi rapidamente tra il 1998 ed il 1999. In Belgio, tra il 1997 ed il 1999, i dati tratti dai consumatori di stupefacenti per via parenterale in terapia indicano un costante aumento delle infezioni da HBV (HbsAg) in atto. In Portogallo, i dati recenti indicano un calo delle infezioni da HBV in atto. In Norvegia, i dati relativi alle segnalazioni indicano un forte aumento delle infezioni da HBV (ed HAV) tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale.

Epidemie di altre malattie a trasmissione sessuale, di TBC, di endocardite e clostridium

Altre malattie infettive che possono essere importanti tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale sono la

TBC, che non viene trasmessa mediante iniezione, ma è particolarmente elevata tra i consumatori di stupefacenti in Spagna ed in Portogallo, a causa della sua forte associazione con l'infezione da HIV e con l'AIDS. Anche altre malattie a trasmissione sessuale, come la sifilide e la gonorrea, possono essere elevate tra i consumatori di stupefacenti, particolarmente fra le prostitute tossicodipendenti, se non hanno alcun accesso a servizi medici a bassa soglia. Questo può rappresentare un importante veicolo di trasmissione a chi non è consumatore di stupefacenti; queste malattie a trasmissione sessuale costituiscono anche un importante fattore di rischio per l'infezione da HIV. I consumatori di stupefacenti per via parenterale hanno spesso, inoltre, un'elevata prevalenza di altre infezioni, che possono essere mortali, come ascessi nei punti dove si fanno le iniezioni oppure endocarditi (infezioni delle valvole cardiache), che spesso possono essere facilmente curate se i servizi sono disponibili.

Tra aprile ed agosto 2000, un'enorme epidemia di infezione da *clostridium novyi* si è manifestata in Scozia, Irlanda, Inghilterra e Galles, provocando 104 casi di grave malattia e 43 morti tra i giovani. L'epidemia è stata probabilmente scatenata da eroina contaminata, in combinazione con specifiche modalità di iniezione (intramuscolare o sottocutanea piuttosto che per via endovenosa). Questa epidemia ha dimostrato, in maniera drammatica, quanto sia elevato il rischio potenziale di gravi problemi di salute tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale, che possono essere molto maggiori e più letali, dei problemi di salute dovuti ad altri, più frequenti modelli di consumo degli stupefacenti.

Fattori determinanti e conseguenze

Consumo di stupefacenti per via parenterale

Tra i consumatori di stupefacenti, le infezioni del tipo dell'HIV e dell'epatite B e C, si trasmettono principalmente attraverso il consumo di stupefacenti per via parenterale. Questo è dovuto largamente al fatto di condividere gli strumenti per l'iniezione, quali aghi e siringhe, nonché alla condivisione di accessori quali cotone, acqua e cucchiaini. È probabile che nelle situazioni in cui il consumo di stupefacenti per via parenterale è in aumento, le popolazioni che ne fanno uso siano particolarmente vulnerabili alla rapida diffusione di HIV ed epatite.

I tempi e l'ampiezza delle epidemie di AIDS nei diversi paesi possono essere state ampiamente determinate dai

(24) Grafico OL 17: Prevalenza di anticorpi del virus dell'epatite B tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale negli Stati membri dell'UE, 1996-2000 (versione on line).

Questioni specifiche

tempi e dall'ampiezza delle epidemie di consumo di stupefacenti per via parenterale. Queste epidemie di consumo di stupefacenti per via parenterale sono probabilmente avvenute prima nei paesi dell'Europa settentrionale, come i Paesi Bassi (anni settanta ed ottanta), rimanendo però a livelli relativamente contenuti, mentre sono avvenute più tardi nei paesi dell'Europa meridionale, come la Spagna, l'Italia ed il Portogallo (anni ottanta e novanta), ma con tassi più elevati. Il verificarsi di epidemie di HIV può essere pertanto dipeso da un delicato equilibrio tra i tempi e l'ampiezza delle epidemie di consumo di stupefacenti per via parenterale, la consapevolezza dell'AIDS (inesistente nei primi anni), i tempi dell'introduzione su larga scala di misure di prevenzione.

La rilevanza dell'iniezione tra i consumatori di stupefacenti (in Europa soprattutto dell'eroina, da sola o insieme con altre sostanze), può dipendere inoltre dalle preferenze e dalle abitudini culturali dei consumatori di stupefacenti, oppure dal tipo di eroina disponibile sul mercato (più o meno solubile in acqua ed iniettabile). Probabilmente anche il prezzo e la purezza hanno un ruolo, in quanto l'eroina per via parenterale è più efficace e pertanto meno costosa dell'eroina da fumare. Si ritiene che la paura dell'AIDS incida di meno sulla decisione di iniettarsi o meno.

Attualmente, non si sa come prevenire il consumo di stupefacenti per via parenterale. Il consumo di stupefacenti per via parenterale, o in genere il consumo di eroina, può dipendere da una serie di fattori personali e sociali, come problemi di tipo comportamentale e/o familiare, oppure la disoccupazione. Le terapie sostitutive possono essere tuttavia molto efficaci per ridurre il ricorso all'iniezione o il comportamento a rischio in fase di iniezione tra i consumatori di eroina (9).

Il consumo di stupefacenti per via parenterale è fortemente diminuito nell'arco degli anni novanta nella maggior parte dei paesi, ma non in tutti. Ne segue che l'incidenza del consumo di stupefacenti per via parenterale (rispetto ai consumatori di oppiacei che entrano in terapia) differisce notevolmente, da un minimo del 10 % circa nei Paesi Bassi ad un massimo del 70 % circa in Grecia. Le tendenze recenti in materia non sono disponibili, tranne che in Irlanda, dove si rileva un continuo aumento, in sintonia con il recente aumento del numero dei test positivi all'HIV fra i consumatori di stupefacenti per via parenterale.

Comportamento a rischio in fase di iniezione

Tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale, la diffusione delle infezioni è principalmente determinata da comportamenti a rischio in fase di iniezione, particolarmente dalla «condivisione degli aghi» (dare o ricevere un ago usato a/da un'altra persona). La trasmissione è possibile anche attraverso la condivisione di attrezzature per l'iniezione come acqua, cotone, cucchiaini, cosa che probabilmente è ancor più importante nel caso dell'epatite B e C. Il fatto di iniettarsi in condizioni non igieniche può persino provocare la trasmissione dell'epatite anche se i materiali non vengono condivisi, ad esempio con la contaminazione del sangue tramite mani, tavoli od altre superfici.

Altri comportamenti a rischio includono le modalità di aspirazione/espulsione (passare l'eroina da una siringa all'altra per misurare dosi di pari quantità). Dati preliminari sulla condivisione degli aghi indicano che questo fatto è in genere molto frequente tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale, dal 10-17 % nei Paesi Bassi (ricorso recente ad aghi usati), al 64 % in Irlanda (condivisione di aghi nelle ultime quattro settimane), al 75 % in Inghilterra e Galles (condivisione di aghi ed accessori) (25). Può darsi che la maggior parte di questi dati continui a sottostimare il comportamento a rischio legato alla condivisione indiretta (aspirazione/espulsione), alla condivisione di materiali diversi dagli aghi ecc. D'altro canto, la condivisione di aghi avviene spesso tra partner stabili che sanno di non essere infetti e ciò può essere relativamente esente da pericoli.

Comportamento sessuale a rischio

La trasmissione per via sessuale dei virus HIV e HBV è meno frequente della trasmissione che avviene mediante la condivisione degli aghi; si ritiene inoltre che la trasmissione per via sessuale del virus HCV sia molto bassa. Tuttavia, quando il livello di infezione (prevalenza) è elevato tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale, la trasmissione per via sessuale e la trasmissione da madre a figlio dei virus HIV e HBV può assumere una certa rilevanza. I consumatori di stupefacenti per via parenterale possono pertanto formare dei cosiddetti gruppi caratteristici o sacche di infezione che perpetuano la trasmissione a tutta la popolazione. Un modo efficace per prevenire la trasmissione per via sessuale è l'uso dei profilattici. Dagli anni ottanta, l'uso dei profilattici è aumentato notevolmente tra i consumatori di stupefacenti, specialmente tra chi è dedito alla prostituzione, i quali segnalano di solito un elevato uso di profilattici con

(25) Tabella 6 OL: Condivisione degli aghi tra consumatori di stupefacenti per via parenterale in alcuni Stati membri dell'UE (versione on line).

i clienti. Tuttavia, di solito l'uso del profilattico è scarso con i partner privati, i quali rimangono pertanto un grosso gruppo a rischio di infezioni.

Conseguenze e costi

Le conseguenze di un'infezione da HIV sono gravi. L'infezione da HIV porta all'AIDS in media dopo circa 10 anni; a quel punto, i costi per l'individuo e per la società sono alti, a causa di infezioni croniche, ricoveri ospedalieri e morte prematura.

Nella maggioranza dei casi, l'infezione da epatite B ha una remissione spontanea; tuttavia, in un numero rilevante di casi (dal 2 % all'8 % tra gli adulti, dal 10 % al 15 % tra gli adolescenti, molto di più tra i bambini) porta ad infezioni croniche, che a lungo termine possono portare a gravi malattie del fegato e morte prematura. Poiché l'epatite B ed il virus HIV possono essere facilmente trasmessi per via sessuale oppure dalla madre al figlio, queste infezioni tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale rappresentano una minaccia rilevante per la popolazione nel suo complesso.

Nella maggior parte dei casi (forse un 70-80 %), l'epatite C si cronicizza e pertanto i consumatori di stupefacenti per via parenterale restano una grossa fonte potenziale di infezione. A lungo andare (decenni) l'infezione da epatite C, come quella da epatite B, può comportare gravi malattie del fegato e morte prematura. La combinazione in contemporanea di diverse forme di epatite (fra cui l'epatite A) può essere particolarmente pericolosa e porta spesso a forme acute di insufficienza epatica ed alla morte.

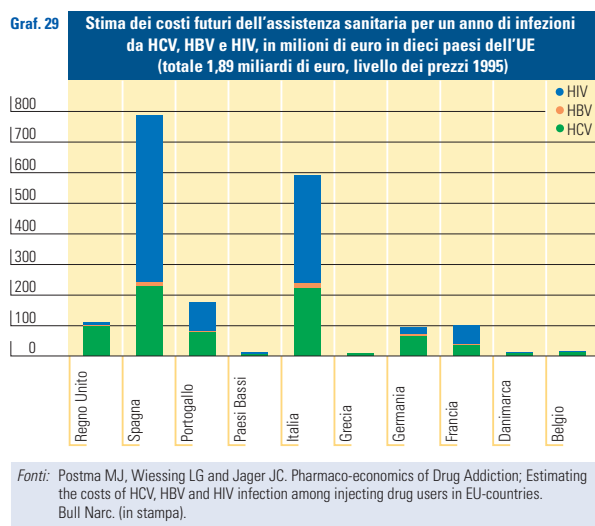
A livello di UE, da una prima stima il costo futuro annuo dell'assistenza sanitaria per infezioni da HIV, HBV e HCV conseguenti al consumo di stupefacenti ammonterebbe a circa lo 0,5 % del bilancio complessivo dell'UE per l'assistenza sanitaria (grafico 29).

Risposte per la riduzione dei danni

In gran parte dell'UE, l'introduzione di misure per ridurre i danni — come un maggiore accesso ad aghi e siringhe sterili, una maggiore disponibilità di profilattici, consigli e test per il virus HIV — hanno contribuito a tenere sotto controllo la trasmissione dell'HIV tra chi si inietta. Terapie sostitutive, che possono ridurre di molto la frequenza delle iniezioni, sono anch'esse disponibili in tutti gli Stati membri, in gran parte sotto forma di metadone per via orale ma, nella maggior parte dei paesi, sono ancora possibili grandi miglioramenti in termini di copertura (cfr. capitolo 2, Riduzione della domanda, terapia, terapie sostitutive).

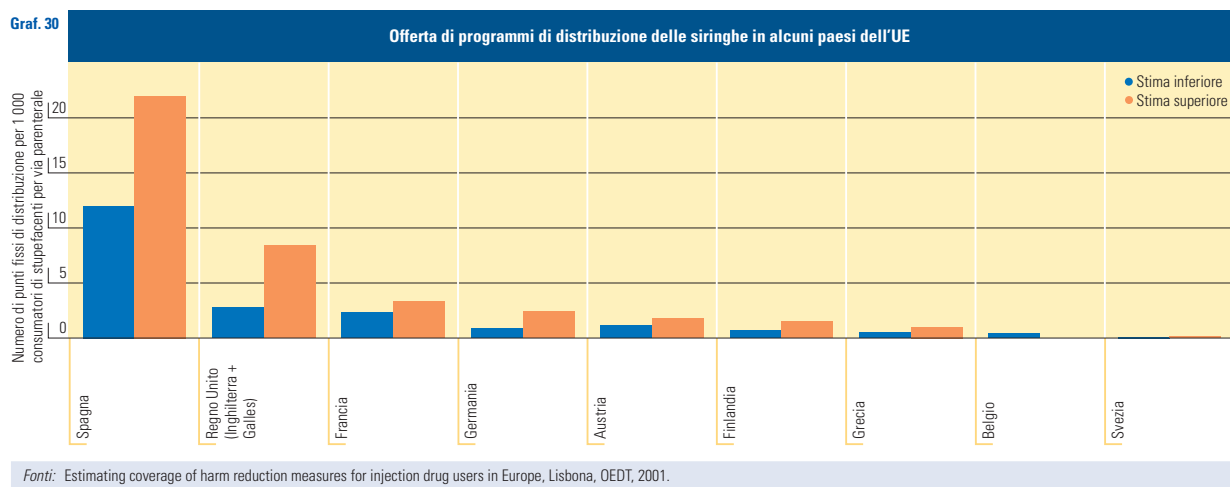
Mentre ci sono le prove che le misure volte a ridurre i danni hanno contribuito a ridurre la prevalenza dell'epatite C tra chi si inietta, la sua diffusione non è stata ancora controllata (10). Il persistere dell'infezione da epatite C tra i giovani consumatori di stupefacenti per via parenterale esige approcci innovativi per ridurre i danni. L'apertura di locali appositi dove i tossicodipendenti possono iniettarsi la droga sotto supervisione medica e la distribuzione controllata dell'eroina sono due approcci che vengono attualmente presi in considerazione da alcuni paesi dell'UE. Tuttavia, entrambi gli approcci pongono delle difficoltà di carattere etico e giuridico; può essere necessario modificare la legislazione in materia di stupefacenti. Nei paesi in cui questi locali sono stati istituiti (USA, Australia, Germania, Svizzera e Paesi Bassi), la loro efficacia deve essere ancora valutata.

Due aspetti importanti per misurare la disponibilità di misure di riduzione dei danni sono l'offerta di servizi e la copertura della popolazione dei consumatori di stupefacenti per via parenterale. Sulla base di stime del consumo problematico di stupefacenti e dell'incidenza dei consumatori di stupefacenti per via parenterale rispetto ai consumatori di oppiacei in terapia, sono state fatte alcune prime stime dell'entità della popolazione dei consumatori di stupefacenti per via parenterale nei paesi dell'UE. Usando queste stime, emerge un quadro dell'offerta di programmi di distribuzione delle siringhe (punti di distribuzione) per paese (cfr. grafico 30) e del numero annuo di aghi distribuiti, grazie ai relativi programmi, ogni 1 000 consumatori di stupefacenti per via parenterale (26). Per



(26) Grafico 18 OL: Siringhe distribuite/scambiate mediante i programmi di distribuzione delle siringhe all'anno, per i consumatori di stupefacenti per via parenterale stimati (versione on line).

Questioni specifiche



quanto le stime specifiche dei vari paesi possano non essere affidabili, nel complesso sembra che, nella maggior parte dei paesi per i quali sono disponibili dei dati, i programmi di distribuzione delle siringhe non stiano ancora fornendo un numero di aghi puliti sufficiente rispetto al numero dei consumatori di stupefacenti per via parenterale, con la possibile eccezione del Regno Unito (Inghilterra e Galles) e della Spagna.

Uno studio francese stima che il numero medio di iniezioni per un consumatore quotidiano per via parenterale (nel mese precedente) sia di 3,6 al giorno, il che significa oltre 1 300 iniezioni all'anno per ogni consumatore quotidiano per via parenterale (il 93 % del campione di consumatori che si scambiano gli aghi era rappresentato da consumatori quotidiani per via parenterale) (11). Tuttavia, questa media può dipendere ampiamente dalle sostanze iniettate (i consumatori di oppiacei che si iniettano anche cocaina possono infettarsi molto più spesso) o dal reddito (i consumatori di stupefacenti per via parenterale che hanno pochi soldi a disposizione possono iniettarsi molto meno). Sono necessarie stime migliori e distinte per paese del numero dei consumatori di stupefacenti per via parenterale, al fine di valutare la copertura dei programmi di distribuzione delle siringhe e pertanto il loro potenziale per una efficace prevenzione delle infezioni correlate agli stupefacenti (27) (28).

Fonti

(1) S. Darke, S. Kaye, J. Ross, «Transitions between the injection of heroin and amphetamines», *Addiction*, Vol. 94, 1999, pagg. 1795-1803.

- (2) M. C. Doherty, R. S. Garfein, E. Montoroso, «Gender differences in the initiation of injection drug use among young adults», *J Urban Health*, vol. 77, 2000, pagg. 396-414.
- (3) D. L. Thomas, S. A. Strathdee, D. Vlahov, «long-term prognosis of hepatitis C virus infection», *JAMA*, vol. 284, 2000, pag. 2592.
- (4) A. J. Freeman, G. J. Dore, M. G. Law, e a., «Estimating progression to cirrhosis in chronic hepatitis C virus infection», *Hepatology*, 2001 (in stampa).
- (5) European network on HIV/AIDS and hepatitis prevention in prisons, second annual report, 1998.
- (6) T. L. Lamagni, K. L. Davison, V. D. Hope, e a., «Poor hepatitis B vaccine coverage in IDUs, England 1995 and 1996», *Comm Dis Public Health*, vol. 2, 1999, pagg. 174-177.
- (7) M. Fitzgerald, J. Barry, P. O'Sullivan, L. Thornton, «Blood-borne infections in Dublin's opiate users», *Ir J Med. Sc.i*, vol. 170, 2001, pagg. 32-34.
- (8) Italian national focal point (relazione nazionale 2000 all'OEDT).
- (9) E. Drucker, P. Lurie, A. Wodak, P. Alcabas, «Measuring harm reduction: the effects of needle and syringe exchange programs and methadone maintenance on the ecology of HIV», *AIDS*, vol. 12 (Suppl. A), 1998, pagg. S217-S223.
- (10) A. Taylor, D. Goldberg, S. Hutchinson, e a., «Prevalence of hepatitis C virus infection among injecting drug users in Glasgow 1990-1996: are current harm reduction strategies working?», *J Infect*, vol. 40, 2000, pagg. 176-183.
- (11) M. Valenciano, J. Emmanuelli, F. Lert, «Unsafe injecting practices among attendees of syringe exchange programmes in France», *Addiction*, vol. 4, pagg. 597-606.

(27) Tabella 7 OL: Offerta, utilizzo e copertura dei programmi di scambio (SEPS) delle siringhe ai consumatori di stupefacenti per via parenterale e copertura delle farmacie in alcuni paesi europei, come rilevato dai punti focali nazionali, 2000 (versione on line).

(28) Tabella 8 OL: Offerta di consigli e test del virus HIV, terapia dell'HIV e vaccinazione contro il virus HBV ai consumatori di stupefacenti per via parenterale in alcuni paesi europei, come rilevato dai punti focali nazionali, 2000 (versione on line).

Droghe sintetiche

Questa sezione completa i dati e le analisi forniti in altre sezioni della presente relazione annuale, fornendo una sintesi delle principali questioni, preoccupazioni e sfide concernenti le droghe sintetiche.

Diffondersi del consumo

Mentre nel 2000 il quadro globale conferma che la diffusione del consumo di droghe sintetiche nell'UE si è in genere stabilizzato, vengono ancora osservate delle tendenze al rialzo nel consumo di ecstasy nelle regioni in cui città o località di villeggiatura possono attrarre il turismo europeo giovanile a causa della loro ubicazione e della maggiore offerta di eventi rivolti ai giovani. Più in genere, le aree urbane dove le culture giovanili si sono insediate possono continuare a fornire l'ambiente ideale per il radicamento e lo sviluppo delle «droghe ad uso ricreativo».

L'analisi incrociata di indagini qualitative suggerisce che il consumo delle droghe sintetiche si è andato diffondendo al di là della «scena techno» a discoteche, night-club ed anche ambienti privati. Vengono altresì segnalati altri scenari. Ad esempio, secondo uno studio del 1998, in Grecia, il 35 % degli studenti che sono consumatori di ecstasy hanno assunto questa droga in occasione di partite di calcio.

Comportamenti e modelli di consumo

Una linea tendenziale in aumento è quella che vede la tendenza a sperimentare droghe diverse in rapporto alle esigenze ed alle situazioni, piuttosto che a privilegiare una particolare droga rispetto ad un'altra.

In alcuni Stati membri, sono stati evidenziati dei cambiamenti nei modelli di comportamento giovanile, che possono essere oggetto di un'indagine più approfondita.

Che cosa sono le droghe sintetiche?

Il termine «droghe sintetiche» si riferisce in senso stretto a sostanze psicoattive che sono prodotte mediante un processo chimico in cui i costituenti psicoattivi essenziali non derivano da sostanze naturali. Il termine «droghe sintetiche» ha cominciato ad essere usato come sinonimo di droghe da ballo o ad uso ricreativo, a seguito della comparsa di una droga sintetica, l'ecstasy (MDMA) e di altre anfetamine derivanti da sostituzione dell'anello molecolare, sulla scena delle droghe da ballo ad uso ricreativo, per quanto in questi ambienti vengono consumate anche droghe non sintetiche, come cannabis, cocaina e funghetti magici (allucinogeni). Le droghe sintetiche con una lunga storia di consumo illecito includono le anfetamine e il dietilammide dell'acido lisergico (LSD), mentre l'ecstasy (MDMA) ed altre droghe che figurano nell'elenco di Alexander Shulgin, Pihkal⁽¹⁾ hanno storie molto più brevi di consumo illecito. Cresce la preoccupazione globale circa la potenziale produzione di altre, nuove droghe sintetiche che vengono vendute in alternativa all'ecstasy (MDMA), oppure aggiunte alle pasticche di ecstasy (MDMA). La facilità con cui molte «droghe sintetiche» possono essere prodotte rappresenta una sfida agli sforzi per controllare l'offerta, in quanto i laboratori possono essere installati e trasferiti con relativa facilità.

Alcune droghe sintetiche, non tutte, hanno effetti allucinogeni e possono esercitare un'azione stimolante o sedativa sul sistema nervoso centrale: quest'ultimo è il

caso della GHB. Ci sono anche oppiacei sintetici, come il metadone, la petidina (MPPP, MPTP), il fentanil, il 3-metil-fentanil ecc.

Le droghe di progettazione (designer drugs) sono varianti chimiche di droghe proibite. I produttori illegali modificano leggermente la struttura molecolare di una sostanza proibita allo scopo di ottenere effetti farmacologici analoghi o più forti, evitando con ciò di essere perseguiti. L'azione congiunta dell'UE sulle nuove droghe sintetiche (cfr. riquadro pag. 52) è stata varata nel giugno 1997 allo scopo di prevenire e/o limitare l'estendersi di questo fenomeno.

Le anfetamine sono droghe sintetiche. Possono essere iniettate, come accade in Svezia e Finlandia, oppure assunte sotto forma di tavolette o polvere. Le anfetamine vengono mischiate di frequente in pasticche simili all'ecstasy con l'MDMA o sostanze analoghe all'ecstasy.

Le metanfetamine sono metil-derivati delle anfetamine (principalmente, ma non esclusivamente, del tipo senza sostituzione dell'anello molecolare). Comprendono la «metedrina», nonché il «cristallo» ed il «ghiaccio», che sono forme da fumare.

(1) A. e A. Shulgin (1991), Pihkal: *A Chemical love story*, Transform Press.

Questioni specifiche

- La maggior parte dei paesi sottolinea il fenomeno di modelli in rapido mutamento in un'ampia fascia di individui, che prevedono la sperimentazione e/o la combinazione di sostanze diverse per andare «su di giri» e/o per bilanciare i rispettivi effetti.
- Nei Paesi Bassi, viene attualmente accertato il fenomeno «dell'affaticamento da ecstasy». Le ragioni di questa tendenza possono risalire a vari fattori: ad esempio non c'è la prova, con un logo, del contenuto esatto delle pasticche, oppure c'è una maggiore consapevolezza (grazie ai media) degli effetti residui negativi sull'umore e sulle sensazioni. Ci si pone anche la domanda di sapere se la cocaina svolga un ruolo alternativo in quanto stimolante di base, con effetti regolari e noti. Tra i consumatori esperti, la combinazione di cocaina ed alcol è considerata un «buon mix», mentre la combinazione di ecstasy ed alcol è considerata più difficile da gestire.
- Per quanto riguarda i consumatori problematici di ecstasy, alcuni studi sulla dipendenza sottolineano che il potenziale assuefativo della sostanza in sé e per sé ha un ruolo minore rispetto ai modelli di dipendenza comportamentale, non chimica, associati all'ecstasy.

Tutti gli Stati membri, quando elaborano le loro strategie, annettono una certa importanza alla differenziazione tra i diversi gruppi di consumatori di droghe sintetiche. Una prima, sommaria differenziazione dei consumatori di ecstasy può essere così fatta.

- Consumatori eccessivi. Anche se l'MDMA ha un basso potenziale di dipendenza, una minoranza di consumatori segue un modello di consumo di tipo compulsivo: più di una volta alla settimana, più di una pasticca per volta, consumo di varie altre sostanze, intensa attività nei party per tutto il fine settimana e mancanza di sonno. Fanno parte di una rete in cui il consumo di droghe è molto diffuso.
- Consumatori cauti, con un modello di consumo meno invasivo.
- Consumatori occasionali, che hanno una minore conoscenza e consapevolezza dei possibili rischi.

L'uso combinato di varie sostanze, lecite ed illecite, è una costante di comportamento comune tra i giovani che amano divertirsi (bar, discoteche, party «rave» e techno, feste private). La tendenza principale è quella di un consumo misto — mescolando o alternando una vasta

gamma di sostanze, sintetiche o non sintetiche — e, in un contesto variabile, predomina il modello della «autogestione» tipica del consumo misto.

Il passaggio da un prodotto all'altro ed i modelli di consumo misto sono collegati, in una certa misura, alla disponibilità di sostanze diverse: l'opportunità svolge un proprio ruolo. Le strategie personali/all'interno del gruppo vengono spesso attivate per ottenere una particolare sostanza e le dinamiche di gruppo svolgono un ruolo importante.

Andrebbe fatta una distinzione tra le sostanze che si ritiene siano più adatte all'evento musicale in sé per sé e le altre droghe (come le droghe post-ballo o non da ballo), o le sostanze che vengono sperimentate all'interno di una cerchia di iniziazione, sotto la guida di consumatori esperti che hanno almeno una qualche conoscenza empirica dei dosaggi e degli effetti collaterali. Per un numero limitato di droghe sintetiche, la mancanza di un ambiente di questo tipo potrebbe comportare rischi maggiori.

Disponibilità delle sostanze

L'MDMA è tuttora il prodotto favorito del mercato dell'ecstasy ed appare con numerosi loghi diversi e molti nomi diversi. Per esempio, il laboratorio di Wiesbaden della polizia criminale tedesca, che ha monitorato le pasticche con sopra stampigliato un logo «Mitsubishi» a tre triangoli a forma di diamante, ha pubblicato una lista che contiene oltre 200 diversi prodotti finali.

A seguito di sequestri ed analisi tossicologiche, oppure di analisi in loco delle pasticche, grazie a gruppi di prevenzione che prendono parte agli eventi musicali, sono state individuate pasticche MDMA sovradosate. Ciò ha consentito una rapida divulgazione di informazioni sulle loro caratteristiche a tutti i paesi dell'UE, attraverso il sistema di preallarme dell'UE.

Una tendenza che deve essere attentamente monitorata è il crescente numero di medicinali psicotropi come la chetamina, dirottati dalle fonti legittime.

Per le anfetamine (o «speed»: solfato di anfetamina) si rileva una minor purezza e disponibilità. I paesi scandinavi sono tuttora il mercato principale per le anfetamine iniettate, mentre il Regno Unito lo è per le anfetamine non iniettate.

Il consumo medio di metanfetamine è ancora molto limitato nell'UE. Comunque, secondo l'Europol ⁽²⁹⁾, si è

⁽²⁹⁾ Relazione 2000 dell'Europol, L'Aia, Paesi Bassi.

trovata la prova della produzione (laboratori smantellati) in Germania e nei Paesi Bassi. Anche l'Estonia e specialmente la Repubblica ceca sono state coinvolte nella produzione e nel traffico. Le metanfetamine, probabilmente prodotte dalla Repubblica ceca, hanno progressivamente sostituito le anfetamine per i consumatori della Baviera e Sassonia, due Länder tedeschi confinanti. Nel 1999 le forze di polizia di Finlandia, Svezia, Germania e Paesi Bassi hanno segnalato all'Europol numerosi sequestri di questa sostanza.

Per quanto sia tuttora presente sulla scena delle droghe, il mercato dell'LSD e di altri allucinogeni si è stabilizzato o livellato nella maggior parte dei paesi dell'UE.

Dati sulle terapie

I dati sulle terapie, in quanto indicatori del livello del consumo problematico di stupefacenti, forniscono pochissimi elementi in merito alle droghe sintetiche, fatta eccezione per le anfetamine iniettate. È raro che l'ecstasy venga registrata come la droga primaria nelle richieste di terapia, in quanto i pazienti sono tipicamente dei consumatori di una pluralità di droghe. Il livello più elevato di richiesta di terapia per le anfetamine in quanto droga primaria, che si riscontra in Svezia e Finlandia, si può spiegare con il modello storico di questi paesi, di assumere il solfato di anfetamina per via parenterale.

Nei Paesi Bassi, l'introduzione nel 1994 di una voce specifica per il consumo di ecstasy ha avuto quale conseguenza nel 1995 una registrazione completa rispetto al sistema di assistenza ambulatoriale. I dati mostrano un calo nelle richieste di terapia per ecstasy a partire dal 1997, tenuto conto dell'apparente aumento iniziale dei due anni precedenti e ciò può essere dovuto — almeno in parte — ad una migliore registrazione. Tuttora l'ecstasy non rappresenta più dell'1 % di tutti i pazienti per droga (3,1 % per le anfetamine). Nel 1999, il numero dei pazienti che aveva segnalato l'ecstasy come droga secondaria era il doppio rispetto al numero dei pazienti per i

quali l'ecstasy è la droga principale, un dato che è coerente con il fatto che i consumatori di ecstasy, tipicamente, consumano anche altre droghe.

Rischi per la salute

Per quanto rari e scarsamente documentati, sono possibili effetti acuti provocati da sostanze del tipo dell'ecstasy, specialmente quando vengono assunte insieme ad altre droghe, lecite o illecite (come ecstasy liquida ed alcol), quando vengono mescolate con altre droghe che hanno un potenziale inferiore di effetti negativi acuti, oppure quando le pasticche sono decisamente sovradosate e/o vengono assunte ripetutamente nell'arco di un breve periodo di tempo.

I medici sottolineano il ruolo dei comportamenti a rischio (come la ricerca compulsiva di «andare su di giri» e l'ignoranza in merito alla composizione e/o agli effetti), piuttosto che la tossicità di una particolare sostanza isolata dal suo contesto e dai modelli di consumo. Anche l'anamnesi personale può essere determinante.

Nella maggior parte dei casi, la diagnosi è di poli-intossicazione, in quanto è impossibile evidenziare una sostanza rispetto ad un'altra.

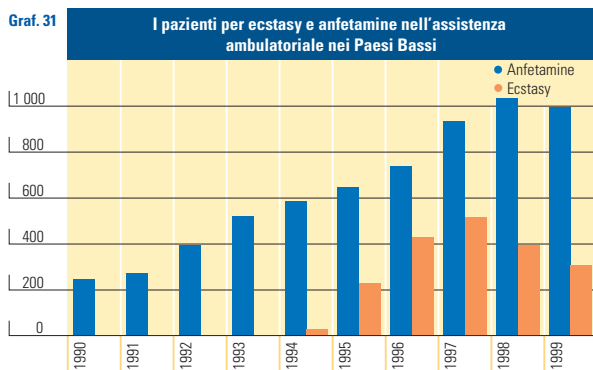
Al fine di determinarne la natura, i possibili rischi a lungo termine e gli aspetti neuro-psichici che frequentemente emergono nei casi acuti di intossicazione, per i medici è oggi prioritario seguire l'evoluzione delle intossicazioni non mortali tra i giovani consumatori di ecstasy, in gran parte mescolata con altre droghe.

Il consumo a lungo termine può produrre effetti negativi. Gli effetti reversibili e/o irreversibili sul cervello sono ancora in discussione. Tra i forti consumatori di ecstasy, è in aumento la prova dei danni prodotti ai neuroni che producono serotonina. Le implicazioni cliniche indicano dei deficit cognitivi, ma i progetti di ricerca in quest'area (che sono in corso nel Regno Unito e negli USA) sono ancora pochi e poco avanzati.

Decessi correlati

Da quando sono state adottate delle misure di prevenzione, di assistenza primaria o di altro tipo, in occasione di eventi o party techno/privati, è stato osservato un calo degli incidenti letali rispetto ai primi anni novanta, almeno nei paesi in cui sono stati registrati e documentati casi di emergenza.

Si stima che il numero dei casi letali dovuti ad apparente overdose di anfetamine o derivati di fenilpropanolamina, laddove questi derivati sono stati considerati come



Questioni specifiche

la causa principale di morte, sia pari al 50 % dei casi registrati nei Paesi Bassi nel periodo 1994-1997. Nei casi restanti, i derivati da anfetamine erano presenti, ma il decesso è stato attribuito ad altre droghe, e/o all'alcol o a cause sconosciute.

Una nuova droga sintetica, la 4-metiltoanfetamina (4-MTA, in gergo «flatliner») è stata implicata in un certo numero di decessi nell'UE (quattro decessi nel Regno Unito, uno nei Paesi Bassi). Anche un'altra «nuova» droga sintetica, l'ecstasy liquida o GHB (gamma-idrossibutirato), è stata collegata ad alcuni decessi, generalmente in associazione con alcol e/o altre droghe. Queste due sostanze sono state oggetto di monitoraggio e valutazione del rischio nel quadro dell'azione congiunta dell'UE sulle nuove droghe sintetiche (cfr. riquadro a pag. 52).

Risposte

Le risposte alle droghe sintetiche sono organizzate secondo diversi livelli di intervento.

La prevenzione primaria si concentra sulla divulgazione di informazioni sulle droghe sintetiche ed avviene normalmente attraverso campagne pubbliche ed interventi all'interno delle scuole.

Le attività di riduzione dei danni/le attività di assistenza primaria negli ambienti ricreativi consistono in «chill-out rooms» (luoghi tranquilli dove i giovani possono riposarsi e rinfrescarsi), analisi delle pasticche, opuscoli informativi e punti di ascolto in loco. Ci sono anche iniziative di «auto-sostegno» negli ambienti techno, volte a includere l'informazione sulle droghe sintetiche e sulle sostanze associate, all'interno di una serie di attività orientate alla musica.

L'informazione tra i consumatori circa i rischi insiti nel mescolare le sostanze (specialmente il rischio legato al consumo di alcol) e la precoce individuazione tra i giovani di nuovi gruppi a rischio. Oggi questo approccio è considerato di importanza cruciale.

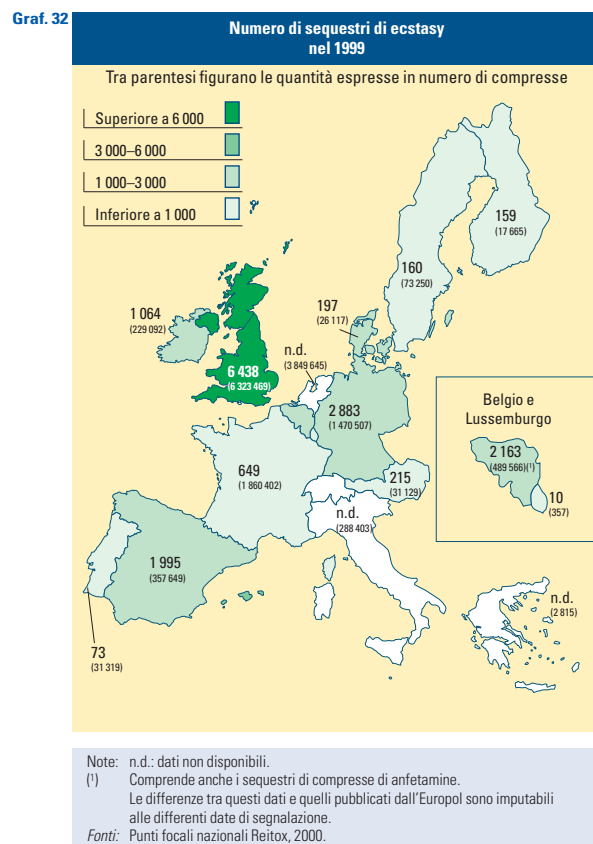
Lo scopo delle risposte sanitarie veloci è di fornire un'informazione preventiva mirata, che consenta ai professionisti che operano al pronto soccorso e nei centri antiveleni, ai medici di base, agli operatori sanitari sul territorio ecc. di individuare i casi di intossicazione acuta, fornendo un servizio migliore. In Francia, a partire dal 1998, Médecins du monde ha assicurato un'assistenza medica in loco in occasione di rave party ed altri «party liberi». Le difficoltà includono la mancanza di letteratura clinica sugli episodi acuti di intossicazione, oltre all'impossibilità di fare riferimento all'anamnesi dell'individuo.

Anche se hanno un profilo meno problematico di consumo delle droghe, ai «nuovi» consumatori di droghe (nuovi, oppure consumatori esperti non noti ai servizi terapeutici) si può fornire un'informazione migliore su come identificare i segnali di un consumo problematico e l'esigenza di ricorrere all'assistenza. L'autopercezione delle proprie condizioni di salute, la consapevolezza di perdere il controllo di un consumo «autogestito» e la conoscenza delle possibilità di accesso a servizi di consulenza, sono indicatori possibili da combinare con iniziative di prevenzione. Comunque, la mancanza di diversificazione e/o l'entità dell'attuale offerta di terapie può limitare gli effetti di sforzi di questo tipo.

Riduzione dell'offerta

Secondo l'Europol (Relazione annuale 2000), i Paesi Bassi sono ancora in testa nella produzione e nell'esportazione di ecstasy: nel 1999 sono stati identificati 36 siti di produzione. Nello stesso anno, quattro laboratori sono stati smantellati in Belgio, due in Spagna ed uno in Germania. Uno dei più grandi laboratori di anfetamine mai trovato è stato smantellato in Grecia nel febbraio 2000. La produzione e l'esportazione interessano altresì alcuni paesi dell'Europa orientale (la Repubblica ceca, la Polonia e la Bulgaria) e gli Stati baltici.

A titolo d'esempio, il 10-20 % delle droghe sintetiche destinate al mercato britannico sono fabbricate nel Regno



Unito, mentre il resto si pensa che venga prodotto sul continente (prevalentemente nei Paesi Bassi e nel Belgio), per poi entrare nel Regno Unito attraverso i porti sulla Manica o gli aeroporti.

Il prezzo medio all'ingrosso (vendite per chilogrammo) delle pasticche vendute come ecstasy varia da quattro a cinque euro per pasticca, con un minimo di un euro in Portogallo ed un massimo di 13 euro in Danimarca ⁽³⁰⁾. Il prezzo medio al dettaglio varia da 4 a 28 euro per grammo, con un minimo di 4 euro nei Paesi Bassi ed un massimo di 34 euro in Danimarca.

Nuove iniziative e sfide per i responsabili politici

Le droghe sintetiche sono sotto i riflettori della politica, nonostante la limitata disponibilità di prove scientifiche in termini di rischi per la salute pubblica. Il livello elevato di consumo tra gruppi socialmente integrati, il loro ruolo come modello di riferimento all'interno della cultura giovanile ed il fatto che la produzione ed il commercio avvengano in Europa (sia per i mercati interni che esterni)

esercitano una forte pressione affinché l'UE conduca iniziative responsabili.

Le sostanze sintetiche e la relativa valutazione del rischio vengono progressivamente ricompresi in un quadro più ampio di modelli e comportamenti che cambiano, di sottoculture ed evoluzioni. Questo ha prodotto le seguenti iniziative:

- istituzione di canali di comunicazione efficienti fra tutti gli attori che sono coinvolti in sistemi di risposta veloce;
- istituzione di una comunicazione migliore tra le informazioni su base scientifica e le risposte politiche;
- miglioramento della capacità di ottenere informazioni specifiche sulle droghe sintetiche e, più in generale, sulle tendenze emergenti nel consumo di stupefacenti, attraverso stime della prevalenza a livello nazionale e locale, la registrazione delle richieste di terapia, tenuto conto anche dei principali orientamenti dei servizi terapeutici nei confronti dei consumatori di oppiacei.

L'azione congiunta dell'UE sulle nuove droghe sintetiche

Nel corso del periodo 1998-2000, il «sistema di preallarme» previsto dall'azione congiunta dell'UE per la rapida raccolta ed il veloce scambio di informazioni sulle nuove droghe sintetiche, ha consentito di individuare un certo numero di sostanze che erano apparse sul mercato illegale dell'Unione europea. Relazioni congiunte sull'andamento dei lavori, che sintetizzano le informazioni raccolte in questa fase preliminare, sono state presentate dall'OEDT e dall'Europol al gruppo di lavoro orizzontale sulla droga del Consiglio dell'Unione europea. In una seconda fase, facendo seguito ad una richiesta avanzata dal Consiglio, quattro di queste sostanze — MBDB, 4-MTA, GHB (ecstasy liquida) e chetamina — sono oggetto di una valutazione del rischio da parte del comitato scientifico allargato dell'OEDT.

Sulla base di tale valutazione del rischio e di un'opinione formula dalla Commissione europea, con decisione del Consiglio datata 13 settembre 1999, una delle nuove droghe sintetiche, la 4-MTA, è stata oggetto di misure di controllo in tutti gli Stati membri dell'UE.

Altre nuove droghe sintetiche, come PMMA, 2-CT-5 e 2-CT-7, sono state recentemente individuate grazie al meccanismo di «preallarme» previsto dall'azione congiunta e sono attualmente monitorate congiuntamente dall'OEDT e dall'Europol, in stretta cooperazione con la Commissione europea e con l'Agenzia europea per la valutazione dei medicinali (EMA).

In quanto strumento per definire se una particolare sostanza debba o meno essere posta sotto controllo a livello di UE, l'azione congiunta fornisce inoltre regolarmente agli Stati membri ed alle istituzioni europee un quadro del contesto del consumo di stupefacenti in ambienti ricreativi e fornisce indicazioni precoci sulle tendenze del commercio di droghe sintetiche. Gli esercizi di valutazione del rischio portano del solido materiale all'attenzione degli uomini politici, affinché riflettano sulle opzioni possibili, per un approccio equilibrato tra applicazione della legge e misure di prevenzione.

⁽³⁰⁾ Ultima data: luglio 1999. I prezzi variano all'interno dei vari Stati membri, a seconda della purezza, della quantità acquistata e del luogo dell'acquisto (Fonte: Europol, RA 2000).

Il problema della droga nei paesi dell'Europa centrale ed orientale

Questo capitolo fa uso delle informazioni in materia di stupefacenti messe recentemente a disposizione attraverso il programma Phare dell'UE. Al momento attuale, il partenariato tra l'OEDT ed i paesi candidati si trova in un periodo di transizione, durante il quale la cooperazione tecnica diretta verrà allargata per sviluppare ulteriormente la base istituzionale dei sistemi informativi nazionali sugli stupefacenti, per consolidare i rapporti e per stabilire dei legami strutturali permanenti.

Situazione e tendenze

Nell'insieme, le principali tendenze che erano state identificate nel 2000 hanno trovato una conferma:

- l'aumento della percentuale della popolazione, in particolare dei giovani in età scolare, che hanno provato una tantum sostanze illecite;
- l'aumento delle richieste di terapia, in gran parte per la dipendenza da oppiacei;
- il mutamento dei modelli di consumo degli stupefacenti, con l'eroina importata che prende sempre di più il posto degli oppiacei prodotti localmente;

- il diffondersi del consumo degli stupefacenti dai principali centri urbani a tutte le regioni;
- l'aumento dei problemi e delle sfide associate al traffico ed al transito di sostanze illecite.

Prevalenza e modelli di consumo degli stupefacenti

Secondo i dati raccolti con il progetto europeo di indagine scolastica sull'alcol e altre droghe (ESPAD) nel 1995 e nel 1999, i dati sull'esperienza una tantum di sostanze illecite tra gli studenti (15-16 anni) sono raddoppiati durante il medesimo periodo in tutti i paesi dell'Europa centrale e orientale (PECO), tranne che nella Repubblica ceca, dove la prevalenza era già abbastanza elevata ed è aumentata di una volta e mezzo (cfr. grafico 33).

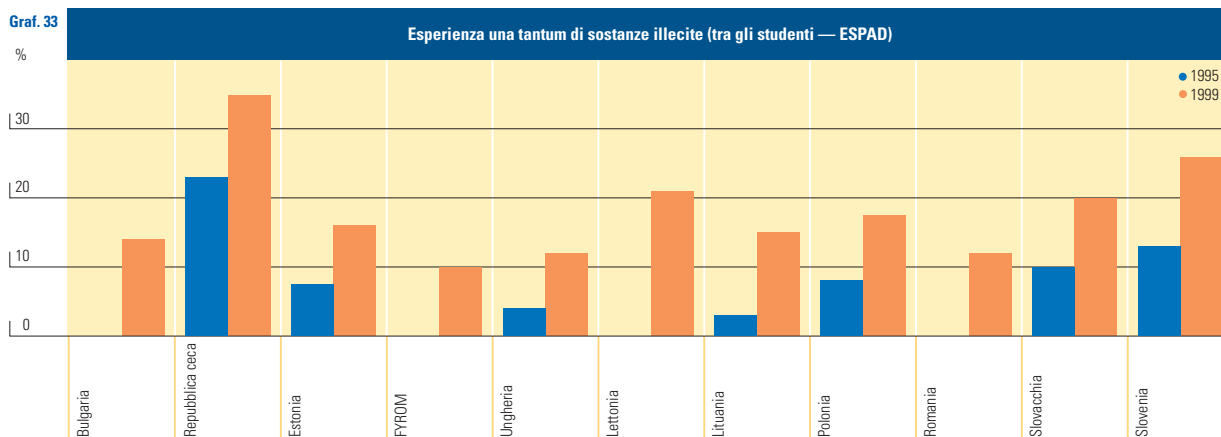


Tabella 4

Esperienza una tantum di ecstasy, anfetamine e LSD tra gli studenti, ESPAD 1995–1999

	Ecstasy		Anfetamine		LSD	
	1995	1999	1995	1999	1995	1999
Bulgaria	–	1	–	1	–	1
Repubblica ceca	0	4	2	5	2	7
Estonia	0	3	0	7	1	3
Ex Repubblica iugoslava di Macedonia	–	1	–	0	–	1
Ungheria	1	3	0	2	1	4
Lettonia	0	6	0	4	0	4
Lituania	0	4	0	2	0	2
Polonia	0	3	2	7	1	5
Romania	–	0	–	0	–	0
Repubblica slovacca	–	2	0	1	0	4
Slovenia	1	4	0	1	1	3

Questo aumento riflette in gran parte il maggior consumo di cannabis, che resta la sostanza più comunemente usata dagli adolescenti.

In parallelo, è stato individuato un aumento significativo, anche se minore, nel consumo di stupefacenti come ecstasy, anfetamine o LSD (tabella 4).

Comunque, alcuni dati raccolti in determinate città oppure all'interno di specifici sottogruppi, rivelano che la prevalenza delle droghe sintetiche può essere maggiore di quanto le cifre nazionali non suggeriscano, nonostante non siano disponibili dati accurati sul numero dei consumatori all'interno della popolazione.

In Lituania, secondo lo studio ESPAD del 1999, la prevalenza del consumo una tantum di sostanze illecite tra gli studenti era del 22,7 % a Vilnius e del 23,9 % a Klaipeda, contro una media nazionale del 15,5 %.

Nella Repubblica ceca, secondo uno studio realizzato a Praga nel corso del 1998 e del 1999 all'interno di eventi «techno», è emersa una prevalenza del consumo una tantum di anfetamine del 44,5 %, di ecstasy del 35,7 % e di allucinogeni del 47,7 % (a fronte, rispettivamente, del 5 %, 4 % e 7 % che emergono a livello nazionale dallo studio ESPAD).

Richieste di terapia

Le richieste di terapia — in gran parte per il consumo di oppiacei — appaiono tuttora in aumento (tabella 5).

Va sottolineato comunque che i modelli di consumo, nonché le stesse sostanze problematiche, possono variare in maniera sostanziale da un paese all'altro o da una regione all'altra.

Disponibilità

I grossi sequestri avvenuti lungo la via dei Balcani e nell'Europa centrale nel 1999 e nel 2000 stanno a confermare il ruolo di quest'area nel transito e nello stoccaggio di eroina. Va rimarcato che l'eroina complessivamente sequestrata dalle autorità bulgare nel 2000 è di 2 070 chilogrammi, più della quantità complessivamente sequestrata nel corso dei precedenti sei anni. La maggior parte dei sequestri avviene al principale valico di frontiera con la Turchia. Aumenti della stessa ampiezza non vengono riscontrati da nessun'altra parte lungo la rotta dei Balcani. Comunque, poiché il consumo di eroina è in crescita, sembra che anche i paesi PECO stiano sempre di più diventando degli obiettivi.

L'Europa centrale ed orientale continua ad essere una regione di transito per la cannabis destinata agli Stati membri dell'UE: nel 2000 sono stati segnalati sequestri in quasi tutti i paesi. Gli studi mostrano che la cannabis è la droga più diffusa nei PECO e ci sono elementi che fanno pensare, come nel caso dell'UE, che ci sia stato non soltanto un sensibile incremento del traffico illegale, ma anche della coltivazione di cannabis nella regione.

Il ruolo dei paesi dell'Europa centrale ed orientale come luogo di transito nel traffico di cocaina sembra si sia ulteriormente sviluppato nel 1999 e 2000. I principali sequestri di cocaina hanno riguardato l'Ungheria, la Repubblica ceca e la Romania. Eppure il consumo sembra essere limitato a particolari segmenti della popolazione, la cui dimensione è di difficile valutazione attraverso i sistemi di monitoraggio esistenti.

Tabella 5

Numero di richieste di terapia nei PECO dal 1993 (ogni tipo di richiesta)

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Albania	n.d.	n.d.	27	63	334	523	615
Bulgaria	n.d.	n.d.	254	449	582	974	1071
Repubblica ceca (1)	n.d.	n.d.	2 470	3 252	3 132	3 858	3 889
Estonia	n.d.	246	366	755	n.d.	n.d.	n.d.
ERIM	82	116	242	301	431	n.d.	n.d.
Ungheria (2)	n.d.	2 806	3 263	4 233	7 945	8 957	12 765
Lettonia	n.d.	781	804	904	992	1 080	1 512
Lituania (3)	n.d.	n.d.	n.d.	1 804	2 871	2 862	3 082
Polonia	3 783	4 107	4 223	4 772	n.d.	n.d.	n.d.
Romania	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	646	650	n.d.
Slovacchia	n.d.	1 189	1 239	1 594	2 074	2 199	2 236
Slovenia (1)	141	187	125	309	n.d.	n.d.	n.d.

Note: n.d. = dati non disponibili.
 (1) Prima richiesta di terapia.
 (2) Numero di casi trattati (indicatore non armonizzato).
 (3) Numero di consumatori registrati.

Il problema della droga nei paesi dell'Europa centrale ed orientale

È in aumento tra i giovani la popolarità delle droghe sintetiche (tabella 4) e ci sono segnali preoccupanti circa il fatto che un numero crescente di giovani è coinvolto nel traffico e nello spaccio di droga. È aumentata la produzione di droghe sintetiche ed il suo consumo condiziona la vita di un numero crescente di giovani. Nella maggior parte dei PECO esistono dei laboratori illegali che producono anfetamine ed i precursori necessari per la produzione vengono contrabbandati da altri PECO, dall'UE o da paesi terzi.

Laboratori illegali sono stati smantellati in quasi tutti i paesi della regione. In particolare, la Polonia, la Repubblica ceca, l'Ungheria, la Bulgaria e gli Stati baltici sembrano essere grandi produttori. Per esempio, nonostante lo smantellamento di sette laboratori in Polonia all'inizio del 2000, si stima che circa altrettanti possano essere ancora operativi. La prevalenza nel mondo del consumo di ecstasy ha portato all'esportazione della droga dall'UE ai mercati dell'Europa centrale ed orientale. Le forze di polizia segnalano che una quota significativa dell'ecstasy usata nei PECO proviene dai Paesi Bassi.

Risposte politiche ed istituzionali

Sin dalla metà degli anni novanta, le politiche e le strategie in materia di stupefacenti nei paesi dell'Europa centrale ed orientale (non diversamente dagli altri Stati membri dell'UE), si sono andate sviluppando attorno a due fatti principali: in primo luogo, il carattere in via di mutamento del fenomeno della droga, che interessa in misura crescente segmenti più vasti della società; in secondo luogo, il carattere pluridimensionale del problema, che esige una risposta coordinata pluridisciplinare a livello nazionale. Le iniziative di svariate organizzazioni internazionali, in particolare della Commissione europea, hanno agito da catalizzatore per lo sviluppo di risposte nazionali al fenomeno della droga.

In questo contesto, i paesi dell'Europa centrale ed orientale hanno fatto considerevoli passi avanti per elaborare adeguate misure legislative e sviluppare strutture amministrative e di coordinamento. Inoltre, nell'ambito del processo di allargamento dell'UE, nel quadro della strategia di preadesione, i dieci PECO ⁽³¹⁾ candidati hanno modificato o riorientato le loro iniziative di controllo degli stupefacenti per adottare e realizzare l'*acquis* comunitario. Un processo simile sta avvenendo nell'ex Repubblica iugoslava di Macedonia, nonostante il fatto

La legge slovena in materia di stupefacenti

La legge slovena sulla «Prevenzione del consumo di sostanze illecite e del commercio con consumatori di sostanze illecite» (1999), oltre a comprendere misure atte a prevenire il consumo di sostanze illecite, comprende anche misure riguardanti: attività informative, mediche, educative e di consulenza; terapia medica; servizi di sicurezza sociale e programmi per la risoluzione dei problemi sociali relativi al consumo di sostanze illecite; monitoraggio del consumo di sostanze illecite. La legge affronta fra l'altro l'esigenza di coinvolgere le organizzazioni non governative, coordinandone l'attività con il programma nazionale. Si prevede che le risorse necessarie per co-finanziare la realizzazione di programmi di prevenzione ed il monitoraggio dei consumi proverranno dal bilancio dello Stato.

che essa non abbia ancora presentato la sua candidatura per l'adesione all'UE.

Legislazione

Tutti i PECO candidati hanno firmato e ratificato le tre convenzioni dell'ONU sul controllo degli stupefacenti - che vengono considerate come indispensabili per il conseguimento degli obiettivi della strategia dell'UE sugli stupefacenti. L'Estonia, nel 2000, è stato l'ultimo paese a ratificare la «Convenzione delle Nazioni Unite contro il traffico illecito di stupefacenti e sostanze psicotrope», del 1988. Tutti i PECO candidati hanno firmato e ratificato la «Convenzione del 1990 del Consiglio d'Europa su riciclaggio, identificazione, sequestro e confisca di proventi di reato» (convenzione di Strasburgo).

Il processo di adozione della legislazione nazionale varia nell'area, per intensità ed approccio, dall'adozione di numerose leggi che affrontano specifiche questioni correlate agli stupefacenti — come è il caso dell'Ungheria — al concetto di un'unica legge ad ampio raggio, «ad ombrello»: ad esempio, la «Legge sulla lotta alla tossicodipendenza» del 1997 in Polonia. Quest'ultima è stata emendata nel 2000 per rendere più restrittive le disposizioni riguardanti il possesso di modeste quantità di stupefacenti, nonché per rafforzare il ruolo della riduzione della domanda. Una tipologia simile di legge è stata recentemente varata in Bulgaria (1999). Negli ultimi due anni, la Slovenia ha approvato tre importanti leggi sugli stupefacenti: sulla produzione e sul commercio di

⁽³¹⁾ I seguenti PECO sono candidati all'adesione all'UE: Bulgaria, Estonia, Lettonia, Lituania, Polonia, Repubblica ceca, Romania, Slovacchia, Slovenia e Ungheria.

sostanze illecite (1999); sui precursori delle sostanze illecite (2000); una legge che tratta esclusivamente della prevenzione del consumo di stupefacenti, della terapia e del reinserimento sociale dei tossicodipendenti (1999). La legge approvata dalla Romania nel 2000 su «Lotta al traffico ed al consumo di sostanze illecite» è piuttosto breve e verrà probabilmente seguita da un numero rilevante di misure legislative di attuazione. Tutti i paesi candidati hanno adottato una legislazione ad hoc sul controllo dei precursori, largamente compatibile con la normativa dell'UE. Ad esempio, nel 2000 sono state varate delle leggi in Slovenia e Slovacchia, mentre dei regolamenti sui precursori sono stati introdotti in Lituania, Polonia e Bulgaria.

Coordinamento nazionale

In linea con la nuova legislazione, nella maggior parte dei PECO candidati le strutture nazionali decisionali e di coordinamento hanno vissuto significativi cambiamenti nel corso del 1999 e del 2000. Nel 1999, la commissione nazionale ceca sugli stupefacenti ha approvato lo statuto del suo organo consultivo — il consiglio dei rappresentanti dei ministeri — cui ha affidato il compito di elaborare una nuova strategia nazionale. La commissione ungherese per il coordinamento in materia di stupefacenti è stata riformata, in modo tale da rafforzarne il mandato e la capacità operativa. Le nuove leggi varate in Slovenia e Bulgaria hanno fermamente introdotto in questi paesi degli organismi interministeriali di coordinamento, valorizzandone il ruolo attraverso la creazione di strutture permanenti di supporto — rispettivamente l'ufficio governativo sugli stupefacenti ed il segretariato del consiglio nazionale sugli stupefacenti — simili a quelle della Repubblica ceca e della Slovacchia. In Romania il «comitato interministeriale per la lotta agli stupefacenti» è stato creato nel 1999 ma deve ancora diventare pienamente operativo, mentre in Polonia un organo di questo genere non è attivo dal 1998. La maggior parte di questa riorganizzazione ha consentito con successo ai vari paesi di dotarsi di una struttura atta a rispondere alle esigenze specifiche di una società in via di mutamento ed ai problemi che essa si trova a dover affrontare.

La leadership dell'organismo interministeriale di coordinamento è solitamente assicurata da uno dei ministeri partecipanti. Nella maggior parte dei paesi, si tratta di un ministero che tratta di affari sociali: il ministero della Sanità in Bulgaria, Lituania e Slovenia, il ministero degli Affari sociali in Estonia, il ministero della Gioventù e dello sport in Ungheria. In altri paesi, spetta direttamente all'ufficio del governo — presieduto dal primo ministro nella Repubblica ceca e dal vice primo ministro in Slovacchia — oppure al ministero dell'Interno, come in

Lettonia. In Romania, l'organo interministeriale è formalmente «sotto la leadership» del primo ministro, ma i lavori vengono organizzati dal ministero dell'Interno.

Allo scopo di realizzare e coordinare le politiche nazionali a livello locale, delle commissioni locali sugli stupefacenti sono state create nel 1999 nella Repubblica ceca e nel 2000 in Bulgaria, così come è stata avviata l'istituzione di consigli pluridisciplinari sugli stupefacenti. Si tratta di strutture simili alle commissioni regionali e distrettuali sugli stupefacenti istituite in Slovacchia nel 1997.

Strategie nazionali e piani di intervento

Nei paesi in cui l'organismo interministeriale sugli stupefacenti è ben funzionante, come nella Repubblica ceca ed in Slovacchia, vengono elaborate e poi attuate con maggiore coerenza delle strategie nazionali pluridisciplinari. La Repubblica ceca, ad esempio, ha adottato la sua terza strategia nazionale consecutiva. Il processo di elaborazione di documenti strategici e piani di intervento si è intensificato nel 1999 e nel 2000 e strategie nazionali sugli stupefacenti sono state adottate in Slovacchia (1999), Polonia (1999), Ungheria (2000) e Repubblica ceca (2000).

Sono in corso di revisione, in Estonia, il «Programma per la prevenzione dell'alcolismo e dell'abuso di stupefacenti» (1997-2007), in Lettonia, il «Piano per la repressione e la prevenzione dell'abuso di stupefacenti» (1999-2003) e, in Lituania, il «Programma nazionale per la repressione e la prevenzione degli stupefacenti» (1999-2003). In Slovenia, un «Programma nazionale per la prevenzione dell'abuso di stupefacenti», adottato nel 1992, è stato realizzato negli anni passati. Sulla base della più recente legislazione, deve essere approvato un nuovo programma. In Romania ed in Bulgaria devono ancora essere adottate delle strategie complessive per il controllo degli stupefacenti e la relativa prevenzione. La Bulgaria ha approvato un «Programma nazionale per la prevenzione, la terapia e la riabilitazione delle tossicodipendenze» per il periodo 2001-2005.

Le nuove strategie dimostrano un impegno, nel senso che il problema della droga viene riconosciuto al massimo livello politico ed esecutivo. Esse forniscono inoltre la base di programmi pluridisciplinari. I documenti strategici di recente adozione sono in gran parte dei veri e propri piani concreti di intervento, che fissano obiettivi, destinatari, indicatori di risultato ecc. e spesso definiscono, o invitano all'impiego di, maggiori risorse finanziarie. L'esigenza di migliorare le informazioni riguardanti gli stupefacenti e di procedere ad una valutazione

Il problema della droga nei paesi dell'Europa centrale ed orientale

degli interventi viene riconosciuta in maniera crescente ed inclusa, come parte integrante, fra le iniziative nazionali. La partnership tra i comparti governativi e quelli non governativi nello sviluppo delle politiche e nella realizzazione dei programmi sembra rispondere sempre di più alle esigenze individuali e collettive della popolazione in generale, nonché della popolazione che consuma stupefacenti. Vale la pena rilevare che tutte le nuove strategie nei paesi candidati cercano di assicurare una certa coerenza tra le politiche nazionali e le politiche e le strategie accolte a livello comunitario.

La Repubblica ceca

Alla fine del 2000, il governo della Repubblica ceca ha adottato una *Strategia nazionale in materia di stupefacenti 2001-2004*. La strategia elenca 82 compiti specifici e prevede che tutti i ministeri competenti che abbiano un mandato nell'area degli stupefacenti, nonché le autorità regionali e distrettuali responsabili delle politiche sulle droghe, abbiano il compito di preparare, in linea con la strategia, uno specifico piano di intervento sulle droghe per il periodo 2001-2004. La strategia tiene conto della riorganizzazione amministrativa e della creazione di unità amministrative e territoriali più ampie; prevede inoltre un maggiore coordinamento a livello regionale.

Ungheria

La *Strategia nazionale per la soppressione del fenomeno della droga*, elaborata dal ministero della Gioventù e dello sport, è stata varata dal Parlamento alla fine del 2000. Si tratta del primo documento strategico completo ed ufficialmente adottato che affronti il fenomeno della droga in Ungheria. Per giustificare l'approccio pluridisciplinare per «obiettivi» adottato, la strategia si fonda largamente sull'analisi dei dati disponibili e delle precedenti esperienze nazionali ed internazionali. La strategia identifica degli obiettivi a lungo (2009), a medio (2002) ed a breve termine, nonché degli indicatori di risultato per monitorare i progressi. Definisce inoltre la cornice organizzativa e finanziaria che è necessaria per realizzare le iniziative. La strategia comprende quattro obiettivi principali: efficienti capacità locali e di cooperazione; disponibilità di misure di prevenzione; accesso a terapia e riabilitazione mediante lavori socialmente utili; riduzione dell'offerta.

Polonia

Nonostante l'assenza di un organismo interministeriale di coordinamento, il *Programma nazionale per la lotta alla tossicodipendenza in Polonia, 1999-2001* è stato adottato alla fine del 1999. Sulla scia del piano d'azione dell'UE in materia di droga (2000-2004), il programma elenca

otto obiettivi intesi a rafforzare gli interventi per la riduzione della domanda, ad aumentare l'efficacia delle iniziative riguardanti la riduzione del traffico illecito di stupefacenti e sostanze psicotrope, nonché le misure volte a rafforzare le strutture nazionali di coordinamento e la cooperazione internazionale. Nell'area della riduzione della domanda, il programma presta specifica attenzione ad obiettivi che sono altamente compatibili con quelli della strategia dell'UE, come attività di prevenzione rivolte ai giovani, miglioramento delle varie misure riguardanti la riabilitazione ed il reinserimento sociale, riduzione delle conseguenze sulla salute del consumo di stupefacenti ecc. Viene affrontata anche l'esigenza di valutare le iniziative e di individuare delle modalità di monitoraggio.

Slovacchia

Il *Programma nazionale per la lotta contro gli stupefacenti fino all'anno 2003*, con uno sguardo fino all'anno 2008 è un documento politico adottato in aggiunta alla realizzazione del primo programma nazionale (1995-1999). Il programma cerca di conseguire un equilibrio tra le iniziative volte a ridurre la domanda e quelle volte a ridurre l'offerta, ponendosi quattro obiettivi principali: prevenzione primaria, terapia ed inserimento; riduzione dell'offerta di stupefacenti ed applicazione della legge nella lotta contro gli stupefacenti; politica dei mass-media; cooperazione internazionale, dove la preparazione per l'adesione e l'esigenza di una cooperazione continuativa con l'UE e le sue istituzioni, fra cui l'OEDT, viene vista come una priorità. Il programma affronta anche l'esigenza di mettere in pratica le decisioni della XX sessione speciale dell'Assemblea generale delle Nazioni Unite. Le fonti principali di finanziamento per le attività in programma sono: il fondo sanitario statale, principalmente per le attività di prevenzione; il fondo antidroga, principalmente per le attività delle ONG nel campo della riabilitazione e l'assistenza a posteriori; il bilancio dello Stato, principalmente per i ministeri o la realizzazione di progetti definiti nel programma.

Riciclaggio del denaro sporco

La maggioranza dei paesi candidati dell'Europa centrale ed orientale ha attuato delle misure antiriciclaggio. Quasi tutti hanno introdotto un quadro giuridico, istituzionale e giudiziario per l'antiriciclaggio, nonché un'unità di informazione finanziaria, che è diventata operativa oppure è stata ulteriormente rafforzata negli ultimi due anni. Inoltre, la maggior parte di queste strutture è stata formalmente accettata tra i membri a pieno titolo dell'Egmont

Group ⁽³²⁾ e può essere così considerata adempiere completamente agli standard ed alle prassi dell'UE, in grado in gran parte di rispettare i propri futuri obblighi nei confronti dell'UE.

Una nuova legislazione in materia di antiriciclaggio è entrata in vigore in Romania nel 1999 ed è stata varata dai Parlamenti della Slovacchia e della Polonia nel 2000. Nel 1999 la legge bulgara sugli istituti di credito è stata emendata ed un emendamento alla legge sull'antiriciclaggio è entrato in vigore nella Repubblica ceca nel 2000.

Riassunto

Nonostante il fatto che, in genere, nei PECO esista una cornice legislativa ed istituzionale, la capacità complessiva di realizzare con efficacia le misure adottate, oltre che le risorse assegnate, rimangono complessivamente limitate. Il basso livello operativo dei meccanismi nazionali di coordinamento di alcuni paesi ostacola l'efficacia dell'attuazione politica e ci sono carenze nella cooperazione regionale. Nella maggior parte dei paesi, questo influenza la capacità delle istituzioni interessate ad affrontare il problema e limita la loro capacità di partecipare con efficacia alle misure di cooperazione internazionale volte ad affrontare le minacce transfrontaliere che sia i PECO che l'UE si trovano ad affrontare. È pertanto

essenziale che i paesi interessati continuino a rafforzare le loro politiche e le loro istituzioni, nonché i loro meccanismi di coordinamento, assegnando le risorse che sono necessarie per raggiungere questo obiettivo. Per incentivare ulteriormente questo processo nel 2000, la Commissione europea ha assegnato una somma supplementare di 1 milione di euro a ciascun paese candidato, allo scopo di sviluppare una specifica componente dedicata agli stupefacenti nei rispettivi programmi nazionali Phare. La maggior parte di questi progetti verrà sviluppata attraverso un gemellaggio con gli Stati membri dell'UE.

⁽³²⁾ L'Egmont Group è una organizzazione informale istituita nel 1995 con l'obiettivo di essere un forum delle unità di informazione finanziaria, per migliorare il sostegno ai rispettivi programmi nazionali di antiriciclaggio. Attualmente 53 strutture di questo tipo fanno parte dell'Egmont Group.

Punti focali Reitox

Austria — Ms Sabine Haas
ÖBIG — Österreichisches
Bundesinstitut für
Gesundheitswesen
Stubenring 6
A-1010 Wien
Tel. (43-1) 515 61-160
Fax (43-1) 513 84 72
E-mail: HAAS@oebig.at

Belgio — Ms Denise Walckiers
Scientific Institute of Public
Health
Rue Juliette Wytsman 14
B-1050 Bruxelles
Tel. (32-2) 642 50 35
Fax (32-2) 642 54 10
E-mail: BIRN@iph.fgov.be

Danimarca — Mr Thomas
Clement
National Board of Health
Amaliegade 13 — Post Box 2020
DK-1012 Copenhagen
Tel. (45-33) 48 76 82
Fax (45-33) 48 75 33
E-mail: tcl@sst.dk
Kari Grasaasen —
Tel.(45-33) 48 76 54
Fax (45-33) 48 75 33
E-mail: kag@sst.dk

Finlandia — Mr Ari Virtanen
National Research and
Development Centre for Welfare
and Health
PO Box 220
FIN-00531 Helsinki
Tel. (358-9) 39 67 23 78
Fax (358-9) 39 67 23 24
E-mail: ari.virtanen@stakes.fi

Francia — Mr Jean Michel Costes
French Observatory for Drugs and
Drug Addiction
105, rue Lafayette
F-75110 Paris
Tel. (33) 153 20 16 16
Fax (33) 153 20 16 00
E-mail: jecos@ofdt.fr

Germania — Mr Roland Simon
Institut für Therapieforschung
Parzivalstraße 25
D-80804 München
Tel. (49-89) 36 08 04-40
Fax (49-89) 36 08 04-49
E-mail: Simon@ift.de

Grecia — Ms Manina Terzidou
Official address
University of Mental Health
Research Institute (UMHRI)
Eginitou 12
GR-11528 Athina
Tel. (30-10) 653 69 02
Fax (30-10) 653 72 73
Postal address
Greek Reitox Focal Point
PO Box 66 517
GR-15601 Papagou
Tel. (30-10) 617 00 14/653 69 02
Fax (30-10) 653 72 73
E-mail: ektepn@hol.gr

Irlanda — Mr Hamish Sinclair
Drug Misuse Research Division
Health Research Board
73 Lower Baggot Street
Dublin 2
Ireland
Tel. (353-1) 676 11 76 extn 163
Fax (353-1) 661 18 56
E-mail: Hsinclair@HRB.ie

Italia — Mr Franco Scarpino
Presidenza del Consiglio dei
ministri, dipartimento per gli
affari sociali, ufficio per il coordi-
namento delle attività di preven-
zione a recupero delle tossicodipen-
denze
Via Veneto, 56
I-00187 Roma
Tel. (39) 06 48 16 14 95/16 16 30
Fax (39) 064 82 49 34
E-mail:
puntofocale@minwelfare.it

Lussemburgo — Mr Alain Origer
Direction de la santé —
EMCDDA Focal Point
Luxembourg
Allée Marconi — Villa Louvigny
L-2120 Luxembourg
Tel. (352) 47 85 625
Fax (352) 46 79 65
E-mail: alain.origer@ms.etat.lu

Portogallo — Ms Elza Pais
(Responsible Head FP)
Ms Maria Moreira
(Operational contact person)
Instituto Português da Droga e da
Toxicodipendência (IPDT)
Av. João Crisóstomo, 14
P-1000 — 179 Lisboa
Tel. (351) 213 10 41 00
(M. Moreira /41 26)
Fax (351) 213 10 41 90
E-mail: mmoreira@mail.ipdt.pt

Spagna — Ms Elena Garzón
Government Delegation to the
National Plan on Drugs —
(DGPND)
C/Recoletos, 22
E-28001 Madrid
Tel. (34) 915 37 27 25
Fax (34) 915 37 26 95
Ana Andrés Ballesteros —
direct tel. (34-91) 537 26 86
E-mail: egarzon@pnd.mir.es

Svezia — Mr Bertil Pettersson
National Institute of Public Health
S-103 52 Stockholm
Tel. (46-8) 56 61 35 13
Fax (46-8) 56 61 35 05
Mobile (46-70) 483 35 13
E-mail: Bertil.Pettersson@fhi.se

Paesi Bassi — Mr Franz Trautmann
Trimbos-instituut
Netherlands Institute of Mental Health
and Addiction
Da Costakade 45 — PO Box 725
3500 AS Utrecht
Netherlands
Tel. (31-30) 297 11 86
Fax (31-30) 297 11 87
E-mail: ftrautmann@trimbos.nl

Norvegia — Mr Knut Brofoss
National Research Center (SIRUS) —
SIFA
Øvre Slottsgate 2B
N-0157 Oslo
Tel. (47-22) 34 04 00
Fax (47-22) 34 04 01
E-mail: postmaster@sirus.no

Regno Unito — Mr Nicholas Dorn
DrugScope
Waterbridge House
32-36 Loman Street
London SE1 OEE
United Kingdom
Tel. (44-20) 79 28 12 11
Fax (44-20) 79 28 17 71
E-mail: Nicholas@DrugScope.org.uk

Commissione europea — Mr Timo Jetsu
European Commission
Justice and Home Affairs DG — Drugs Coordination Unit
Rue de la Loi/Weststraat 200
(Lx — 46 3/186)
B-1049 Brussels
Tel. (32-2) 29-95784
Fax (32-2) 29-53205
E-mail: Timo.Jetsu@cec.eu.int

Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze

2001 — Relazione annuale sull'evoluzione del fenomeno della droga nell'Unione europea

Lussemburgo: Ufficio delle pubblicazioni ufficiali delle Comunità europee

2001 — 59 pagg. — 21 x 29,7 cm

ISBN 92-9168-116-4

Venta • Salg • Verkauf • Πωλήσεις • Sales • Vente • Vendita • Verkoop • Venda • Myynti • Försäljning
<http://eur-op.eu.int/general/en/s-ad.htm>

BELGIQUE/BELGIË

Jean De Lannoy
 Avenue du Roi 202/Koningslaan 202
 B-1190 Bruxelles/Brussel
 Tél. (32-2) 538 43 08
 Fax (32-2) 538 08 41
 E-mail: jean.de.lannoy@infoboard.be
 URL: <http://www.jean-de-lannoy.be>

**La librairie européenne/
 De Europese Boekhandel**

Rue de la Loi 244/Wetstraat 244
 B-1040 Bruxelles/Brussel
 Tél. (32-2) 295 26 39
 Fax (32-2) 705 08 60
 E-mail: mail@libeurop.be
 URL: <http://www.libeurop.be>

Moniteur belge/Belgisch Staatsblad

Rue de Louvain 40-42/Leuvenseweg 40-42
 B-1000 Bruxelles/Brussel
 Tél. (32-2) 552 22 11
 Fax (32-2) 511 01 84
 E-mail: eusales@just.fgov.be

DANMARK

J. H. Schultz Information A/S

Herstedvang 12
 DK-2620 Albertslund
 Tlf. (45) 43 63 23 00
 Fax (45) 43 63 19 69
 E-mail: schultz@schultz.dk
 URL: <http://www.schultz.dk>

DEUTSCHLAND

Bundesanzeiger Verlag GmbH

Vertriebsabteilung
 Amsterdamer Straße 192
 D-50735 Köln
 Tel. (49-221) 97 66 80
 Fax (49-221) 97 66 82 78
 E-Mail: vertrieb@bundesanzeiger.de
 URL: <http://www.bundesanzeiger.de>

ΕΛΛΑΔΑ/GREECE

G. C. Eleftheroudakis SA

International Bookstore
 Panepistimiou 17
 GR-10564 Athina
 Tel. (30-1) 351 41 80/1/2/3/4/5
 Fax (30-1) 323 98 21
 E-mail: elebooks@netor.gr
 URL: <http://www.hellasnet.gr>

ESPAÑA

Boletín Oficial del Estado

Trafalgar, 27
 E-28071 Madrid
 Tel. (34) 915 38 21 11 (libros)
 913 84 17 15 (suscripción)
 Fax (34) 915 38 21 21 (libros),
 913 84 17 14 (suscripción)
 E-mail: clientes@com.boe.es
 URL: <http://www.boe.es>

Mundi Prensa Libros, SA

Castelló, 37
 E-28001 Madrid
 Tel. (34) 914 36 37 00
 Fax (34) 915 75 39 98
 E-mail: libreria@mundiprensa.es
 URL: <http://www.mundiprensa.com>

FRANCE

Journal officiel

Service des publications des CE
 26, rue Desaix
 F-75727 Paris Cedex 15
 Tél. (33) 140 58 77 31
 Fax (33) 140 58 77 00
 E-mail: europublications@journal-officiel.gouv.fr
 URL: <http://www.journal-officiel.gouv.fr>

IRELAND

Alan Hanna's Bookshop

270 Lower Rathmines Road
 Dublin 6
 Tel. (353-1) 496 73 98
 Fax (353-1) 496 02 28
 E-mail: hannas@iol.ie

ITALIA

Licosa SpA

Via Duca di Calabria, 1/1
 Casella postale 552
 I-50125 Firenze
 Tel. (39) 055 64 83 1
 Fax (39) 055 64 12 57
 E-mail: licosa@licosa.com
 URL: <http://www.licosa.com>

LUXEMBOURG

Messagerie du livre SARL

5, rue Raiffeisen
 L-2411 Luxembourg
 Tél. (352) 40 10 20
 Fax (352) 49 06 61
 E-mail: mail@mdl.lu
 URL: <http://www.mdl.lu>

NEDERLAND

SDU Servicecentrum Uitgevers

Christoffel Plantijnstraat 2
 Postbus 20014
 2500 EA Den Haag
 Tel. (31-70) 378 98 80
 Fax (31-70) 378 97 83
 E-mail: sdu@sdu.nl
 URL: <http://www.sdu.nl>

ÖSTERREICH

**Manz'sche Verlags- und
 Universitätsbuchhandlung GmbH**

Kohlmarkt 16
 A-1014 Wien
 Tel. (43-1) 53 16 11 00
 Fax (43-1) 53 16 11 67
 E-Mail: manz@schwing.at
 URL: <http://www.manz.at>

PORTUGAL

Distribuidora de Livros Bertrand Ld.ª

Grupo Bertrand, SA
 Rua das Terras dos Vales, 4-A
 Apartado 60037
 P-2700 Amadora
 Tel. (351) 214 95 87 87
 Fax (351) 213 94 57 50
 E-mail: dlb@ip.pt

Imprensa Nacional-Casa da Moeda, SA

Sector de Publicações Oficiais
 Rua da Escola Politécnica, 135
 P-1250-100 Lisboa Codex
 Tel. (351) 213 94 57 00
 Fax (351) 213 94 57 50
 E-mail: spoc@incm.pt
 URL: <http://www.incm.pt>

SUOMI/FINLAND

**Akateeminen Kirjakauppa/
 Akademiska Bokhandeln**

Keskuskatu 1/Centralgatan 1
 PL/PB 128
 FIN-00101 Helsinki/Helsingfors
 P./tfn (358-9) 121 44 18
 F./fax (358-9) 121 44 18
 Sähköposti: sps@akateeminen.com
 URL: <http://www.akateeminen.com>

SVERIGE

BTJ AB

Traktorvägen 11-13
 S-221 82 Lund
 Tlf. (46-46) 18 00 00
 Fax (46-46) 30 79 47
 E-post: btjeu-pub@btj.se
 URL: <http://www.btj.se>

UNITED KINGDOM

The Stationery Office Ltd

Customer Services
 PO Box 29
 Norwich NR3 1GN
 Tel. (44) 870 60 05-522
 Fax (44) 870 60 05-533
 E-mail: book.orders@theso.co.uk
 URL: <http://www.itsofficial.net>

ÍSLAND

Bokabud Larusar Blöndal

Skölavördustig, 2
 IS-101 Reykjavík
 Tel. (354) 552 55 40
 Fax (354) 552 55 60
 E-mail: bokabud@simnet.is

NORGE

Swets Blackwell AS

Østenjoveien 18
 Boks 6512 Etterstad
 N-0606 Oslo
 Tel. (47) 22 97 45 00
 Fax (47) 22 97 45 45
 E-mail: info@no.swetsblackwell.com

SCHWEIZ/SUISSE/SVIZZERA

Euro Info Center Schweiz

c/o OSEC
 Stampfenbachstraße 85
 PF 492
 CH-8035 Zürich
 Tel. (41-1) 365 53 15
 Fax (41-1) 365 54 11
 E-mail: eics@osec.ch
 URL: <http://www.osec.ch/eics>

BÄLGARIJA

Europress Euromedia Ltd

59, blvd Vitosha
 BG-1000 Sofia
 Tel. (359-2) 980 37 66
 Fax (359-2) 980 42 30
 E-mail: Milena@mbox.cit.bg
 URL: <http://www.europress.bg>

ČESKÁ REPUBLIKA

ÚVIS

odd. Publikaci
 Havelkova 22
 CZ-130 00 Praha 3
 Tel. (420-2) 22 72 37 34
 Fax (420-2) 22 71 57 38
 URL: <http://www.uvis.cz>

CYPRUS

Cyprus Chamber of Commerce and Industry

PO Box 21455
 CY-1509 Nicosia
 Tel. (357-2) 88 97 52
 Fax (357-2) 66 10 44
 E-mail: demetrap@ccci.org.cy

EESTI

Eesti Kaubandus-Tööstuskoda

(Estonian Chamber of Commerce and Industry)
 Toom-Kooli 17
 EE-10130 Tallinn
 Tel. (372) 646 02 44
 Fax (372) 646 02 45
 E-mail: einfo@koda.ee
 URL: <http://www.koda.ee>

HRVATSKA

Mediatrade Ltd

Pavla Hatza 1
 HR-10000 Zagreb
 Tel. (385-1) 481 94 11
 Fax (385-1) 481 94 11

MAGYARORSZÁG

Euro Info Service

Szt. István krt.12
 II emelet 1/A
 PO Box 1039
 H-1137 Budapest
 Tel. (36-1) 329 21 70
 Fax (36-1) 349 20 53
 E-mail: euroinfo@euroinfo.hu
 URL: <http://www.euroinfo.hu>

MALTA

Miller Distributors Ltd

Malta International Airport
 PO Box 25
 Luqa LQA 05
 Tel. (356) 66 44 88
 Fax (356) 67 67 99
 E-mail: gwirrh@usa.net

POLSKA

Ars Polonia

Krakowskie Przedmieście 7
 Skr. pocztowa 1001
 PL-00-950 Warszawa
 Tel. (48-22) 826 12 01
 Fax (48-22) 826 62 40
 E-mail: books119@arspolona.com.pl

ROMÂNIA

Euromedia

Str. Dionisie Lupu nr. 65, sector 1
 RO-70184 Bucuresti
 Tel. (40-1) 315 44 03
 Fax (40-1) 312 96 46
 E-mail: euromedia@mailcity.com

SLOVAKIA

Centrum VTI SR

Nám. Slobody, 19
 SK-81223 Bratislava
 Tel. (421-7) 54 41 83 64
 Fax (421-7) 54 41 83 64
 E-mail: europ@ttb1.sltk.stuba.sk
 URL: <http://www.sltk.stuba.sk>

SLOVENIJA

Gospodarski Vestnik

Dunajska cesta 5
 SLO-1000 Ljubljana
 Tel. (386) 613 09 16 40
 Fax (386) 613 09 16 45
 E-mail: europ@gvestnik.si
 URL: <http://www.gvestnik.si>

TÜRKIYE

Dünya Infotel AS

100, Yil Mahallesi 34440
 TR-80050 Bagcilar-Istanbul
 Tel. (90-212) 629 46 89
 Fax (90-212) 629 46 27
 E-mail: infotel@dunya-gazete.com.tr

ARGENTINA

World Publications SA

Av. Córdoba 1877
 C1120 AAA Buenos Aires
 Tel. (54-11) 48 15 81 56
 Fax (54-11) 48 15 81 56
 E-mail: wpbooks@infovia.com.ar
 URL: <http://www.wpbooks.com.ar>

AUSTRALIA

Hunter Publications

PO Box 404
 Abbotsford, Victoria 3067
 Tel. (61-3) 94 17 53 61
 Fax (61-3) 94 19 71 54
 E-mail: jpdavies@ozemail.com.au

BRESIL

Livraria Camões

Rua Bittencourt da Silva, 12 C
 CEP
 20043-900 Rio de Janeiro
 Tel. (55-21) 262 47 76
 Fax (55-21) 262 47 76
 E-mail: livraria.camoes@incm.com.br
 URL: <http://www.incm.com.br>

CANADA

Les éditions La Liberté Inc.

3020, chemin Sainte-Foy
 Sainte-Foy, Québec G1X 3V6
 Tel. (1-418) 658 37 63
 Fax (1-800) 567 54 49
 E-mail: liberte@mediom.qc.ca

Renouf Publishing Co. Ltd

5369 Chemin Canotek Road, Unit 1
 Ottawa, Ontario K1J 9J3
 Tel. (1-613) 745 26 65
 Fax (1-613) 745 76 60
 E-mail: order.dept@renoufbooks.com
 URL: <http://www.renoufbooks.com>

EGYPT

The Middle East Observer

41 Sherif Street
 Cairo
 Tel. (20-2) 392 69 19
 Fax (20-2) 393 97 32
 E-mail: inquiry@meobserver.com
 URL: <http://www.meobserver.com.eg>

INDIA

EBIC India

3rd Floor, Y. B. Chavan Centre
 Gen. J. Bhosale Marg.
 Mumbai 400 021
 Tel. (91-22) 282 60 64
 Fax (91-22) 285 45 64
 E-mail: ebicindia@vsnl.com
 URL: <http://www.ebicindia.com>

JAPAN

PSI-Japan

Asahi Sanbancho Plaza #206
 7-1 Sanbancho, Chiyoda-ku
 Tokyo 102
 Tel. (81-3) 32 34 69 21
 Fax (81-3) 32 34 69 15
 E-mail: books@psi-japan.co.jp
 URL: <http://www.psi-japan.co.jp>

MALAYSIA

EBIC Malaysia

Suite 45.02, Level 45
 Plaza MBF (Letter Box 45)
 8 Jalan Yap Kwan Seng
 50450 Kuala Lumpur
 Tel. (60-3) 21 62 92 98
 Fax (60-3) 21 62 61 98
 E-mail: ebic@tm.net.my

MÉXICO

Mundi Prensa México, SA de CV

Río Pánuco, 141
 Colonia Cuauhtémoc
 MX-06500 México, DF
 Tel. (52-5) 533 56 58
 Fax (52-5) 514 67 99
 E-mail: 101545.2361@compuserve.com

PHILIPPINES

EBIC Philippines

19th Floor, PS Bank Tower
 Sen. Gil J. Puyat Ave. cor. Tindalo St.
 Makati City
 Metro Manila
 Tel. (63-2) 759 66 80
 Fax (63-2) 759 66 90
 E-mail: eccpcom@globe.com.ph
 URL: <http://www.eccp.com>

SOUTH AFRICA

Eurochamber of Commerce in South Africa

PO Box 781738
 2146 Sandton
 Tel. (27-11) 884 39 52
 Fax (27-11) 883 55 73
 E-mail: info@eurochamber.co.za

SOUTH KOREA

The European Union Chamber of Commerce in Korea

5th Fl., The Shilla Hotel
 202, Jangchung-dong 2 Ga, Chung-ku
 Seoul 100-392
 Tel. (82-2) 22 53-5631/4
 Fax (82-2) 22 53-5635/6
 E-mail: eucock@eucock.org
 URL: <http://www.eucock.org>

SRI LANKA

EBIC Sri Lanka

Trans Asia Hotel
 115 Sir Chittampalam
 A. Gardiner Mawatha
 Colombo 2
 Tel. (94-1) 074 71 50 78
 Fax (94-1) 44 87 79
 E-mail: ebicsl@slnet.lk

UNITED STATES OF AMERICA

Bernan Associates

4611-F Assembly Drive
 Lanham MD 20706-4391
 Tel. (1-800) 274 44 47 (toll free telephone)
 Fax (1-800) 865 34 50 (toll free fax)
 E-mail: query@bernan.com
 URL: <http://www.bernan.com>

**ANDERE LÄNDER/OTHER COUNTRIES/
 AUTRES PAYS**

**Bitte wenden Sie sich an ein Büro Ihrer
 Wahl/Please contact the sales office of
 your choice/Veuillez vous adresser au
 bureau de vente de votre choix**

Office for Official Publications of the European
 Communities
 2, rue Mercier
 L-2985 Luxembourg
 Tel. (352) 29 29-42455
 Fax (352) 29 29-42758
 E-mail: info-info-opoce@cec.eu.int
 URL: <http://eur-op.eu.int>

Qualche informazione sull'OEDT

L'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (OEDT) è uno dei 12 organismi decentrati creati dall'Unione europea per condurre ricerche specialistiche in campo tecnico o scientifico.

L'obiettivo principale dell'Osservatorio, istituito nel 1993 e reso operativo nel 1995, consiste nel fornire «informazioni obiettive, affidabili e comparabili a livello europeo sul fenomeno delle droghe e delle tossicodipendenze nonché sulle loro conseguenze». Le informazioni di carattere statistico, documentario e tecnico che l'OEDT raccoglie, analizza e divulga, hanno lo scopo di offrire al pubblico — esponenti del mondo della politica, esperti nel settore delle droghe e della tossicodipendenza in Europa o gli stessi cittadini europei — una visione globale del fenomeno delle droghe e della tossicodipendenza in Europa.

Le principali funzioni svolte dall'Osservatorio sono:

- raccolta ed analisi dei dati esistenti;
- miglioramento della metodologia di comparazione dei dati;
- diffusione dei dati;
- cooperazione con enti ed organizzazioni europee ed internazionali e con i paesi terzi.

L'OEDT opera esclusivamente nel campo dell'informazione.

L'OEDT on line

Una versione on line, interattiva, della relazione annuale 2001 è disponibile anche sul sito Internet <http://www.emcdda.org>. Questa versione fornisce collegamenti alle fonti di dati, alle relazioni ed ai documenti di riferimento che sono stati utilizzati per redigere la presente relazione.

Per cercare informazioni dettagliate sul consumo di stupefacenti in Europa, pubblicazioni nelle 11 lingue ufficiali dell'Unione Europea (di cui è possibile scaricare i file), collegamenti ai centri specializzati di informazione sulle droghe in Europa e nel mondo e libero accesso a banche di dati specializzate, consultare il sito Internet dell'OEDT.



UFFICIO DELLE PUBBLICAZIONI UFFICIALI
DELLE COMUNITÀ EUROPEE

L-2985 Luxembourg

ISBN 92-9168-116-4



9 789291 681167 >