



Osservatorio europeo delle
droghe e delle tossicodipendenze

IT

ISSN 2314-9116

Relazione europea sulla droga

Tendenze e sviluppi

2016



Osservatorio europeo delle
droghe e delle tossicodipendenze

Relazione europea sulla droga

Tendenze e sviluppi

2016

Avviso legale

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

Europe Direct è un servizio a disposizione dei cittadini per aiutarli a trovare le risposte ai loro interrogativi sull'Unione europea.

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

(*) Le informazioni fornite sono gratuite, come anche la maggior parte delle chiamate. Tuttavia, è possibile che alcuni operatori, alberghi o cabine telefoniche addebitino un costo.

Maggiori informazioni sull'Unione europea sono disponibili su Internet (<http://europa.eu>).

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

Lussemburgo: Ufficio delle pubblicazioni ufficiali dell'Unione europea, 2016

ISBN: 978-92-9168-888-3

doi:10.2810/608754

© Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, 2016

La riproduzione è autorizzata con citazione della fonte.

Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (2016), *Relazione europea sulla droga 2016: Tendenze e sviluppi*, Ufficio delle pubblicazioni ufficiali dell'Unione europea, Lussemburgo.

Printed in Belgium

STAMPATO SU CARTA SBIANCATA SENZA CLORO ELEMENTARE (ECF)



Osservatorio europeo delle
droghe e delle tossicodipendenze

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

Tel. +351 211210200

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

twitter.com/emcdda | facebook.com/emcdda

| Indice

5	Prefazione
9	Introduzione e ringraziamenti
11	SINTESI Protrarsi dei segnali di resilienza nel mercato europeo della droga
17	CAPITOLO 1 L'offerta di droga e il mercato
37	CAPITOLO 2 Prevalenza e tendenze del consumo di droga
53	CAPITOLO 3 Danni correlati al consumo di droga e relative risposte
71	ALLEGATO Tabelle di dati nazionali

| Prefazione

Abbiamo il grande piacere di presentare la 21ª analisi annuale dell'EMCDDA sulla situazione della droga in Europa, la nostra prima relazione in qualità, rispettivamente, di direttore dell'EMCDDA e di presidente del Consiglio di Amministrazione dell'agenzia neoeletti. Come negli anni precedenti, la Relazione europea sulla droga 2016 fornisce una rassegna puntuale delle tendenze e degli sviluppi più recenti riguardo alla situazione della droga in Europa, sotto forma di pacchetto multimediale integrato. Si tratta di una relazione unica poiché offre una panoramica aggiornata e di alto livello del consumo di droga, dei problemi connessi alla droga e dei mercati della stessa; inoltre, integra tale analisi situazionale con informazioni su politiche e pratiche in materia di droga.

L'analisi di quest'anno evidenzia per l'ennesima volta come l'Europa si trovi ad affrontare un problema di droga caratterizzato da una crescente complessità, in cui stimolanti, nuove sostanze psicoattive, abuso di farmaci e consumo problematico di cannabis svolgono tutti un ruolo più ampio. La relazione ci ricorda inoltre che alcune criticità del passato permangono, anche se le sfide che ora presentano a livello sia di politiche che di pratiche stanno cambiando. Il problema degli oppiacei in Europa resta una questione centrale nell'analisi del 2016, che riflette il notevole impatto che queste droghe continuano ad avere in termini di mortalità e morbilità. Attualmente assistiamo a una relazione sempre più complessa tra il consumo di eroina e di oppiacei sintetici, accompagnata da un preoccupante aumento delle stime globali dei decessi correlati agli oppiacei. In Europa, i servizi di trattamento devono ora rispondere anche alla maggiore complessità delle esigenze sanitarie di una coorte sempre meno giovane di consumatori di eroina; a tale proposito, i responsabili a livello politico devono dirimere la difficile questione di quali siano gli obiettivi terapeutici a lungo termine più appropriati per questo gruppo. Al contempo, le nuove epidemie di eroina segnalate in altre parti del mondo ci ricordano che questo è un ambito che richiede vigilanza e in cui resta fondamentale esercitare una sorveglianza costante.

La nostra relazione è sostanzialmente frutto di uno sforzo collettivo e in questa sede dobbiamo ringraziare tutti coloro che l'hanno resa possibile con i loro contributi. Come sempre, l'apporto dei punti focali nazionali Reitox e degli esperti nazionali costituisce la base dell'analisi che vi viene fornita. Dobbiamo inoltre riconoscere il contributo che abbiamo ricevuto dai nostri partner istituzionali a livello europeo, in particolare la Commissione europea, Europol, il Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie e l'Agenzia europea per i medicinali. Siamo altresì lieti di rilevare che nella



relazione di quest'anno sono state inserite informazioni supplementari relative alla situazione nelle città, fornite dalle reti europee di ricerca, che integrano i dati nazionali sulle analisi delle acque di scarico e i ricoveri ospedalieri d'urgenza correlati alla droga e ci permettono di comprendere meglio sia i modelli di consumo di droga in tutta Europa sia i danni che ne derivano.

Sottolineiamo infine che la pubblicazione della presente relazione avviene in un momento importante per lo sviluppo delle politiche in materia di droga, sia in Europa che a livello internazionale. In Europa saranno valutati i risultati dell'attuale piano d'azione in termini di lotta contro la droga, mentre sono iniziate le discussioni sulle azioni necessarie per portare avanti la strategia dell'UE in materia di droga nei prossimi anni. I paesi europei sono stati attivi anche nei dibattiti internazionali svoltisi a margine della sessione speciale dell'Assemblea generale delle Nazioni Unite che si è tenuta a New York nell'aprile di quest'anno. La posizione europea ha sottolineato l'importanza di un approccio equilibrato e basato su dati, fondato su un forte impegno a favore dei diritti umani. A nostro parere, uno dei motivi per cui l'Europa può pronunciarsi con autorevolezza in questo dibattito è il suo impegno a comprendere la natura mutevole dei problemi che è chiamata ad affrontare e a operare valutazioni critiche per capire che cosa funziona e che cosa no. Siamo orgogliosi che la presente relazione e il lavoro dell'EMCDDA e dei suoi partner nazionali continuino a contribuire alla comprensione di tale questione e restiamo del parere che l'affidabilità delle informazioni sia un requisito indispensabile per l'attuazione di politiche e azioni valide in quest'ambito.

Laura d'Arrigo

Presidente del Consiglio di Amministrazione dell'EMCDDA

Alexis Goosdeel

Direttore dell'EMCDDA

Introduzione e ringraziamenti

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

Il suo obiettivo è fornire una panoramica e una sintesi della situazione europea nell'ambito della droga e delle relative risposte. I dati statistici riportati si riferiscono al 2014 (o comunque all'ultimo anno per il quale sono disponibili dati). L'analisi delle tendenze si basa solo su quei paesi che forniscono una quantità di dati sufficiente a descrivere i cambiamenti avvenuti durante il periodo specificato. La significatività statistica è testata al livello 0,05, salvo diversamente indicato. Inoltre, il lettore deve tenere presente che monitorare i modelli e le tendenze di un comportamento nascosto e stigmatizzato come il consumo di droghe è un compito impegnativo, dal punto di vista pratico e metodologico. Perciò, ai fini dell'analisi, nella presente relazione si è fatto ricorso a svariate fonti di dati. Benché si possano notare miglioramenti considerevoli, sia a livello nazionale sia per quanto riguarda i possibili risultati derivanti da un'analisi di portata europea, bisogna riconoscere le difficoltà metodologiche di questo settore. Occorre pertanto cautela nell'interpretazione dei dati, soprattutto quando si mettono a confronto i paesi in merito a una singola misura. Le avvertenze relative ai dati e le caratteristiche degli stessi si possono reperire nella versione online della presente relazione e nel bollettino statistico, che contiene informazioni dettagliate su metodologia, caratteristiche dell'analisi e osservazioni sui limiti delle informazioni disponibili. Sono presenti inoltre informazioni sui metodi e sui dati impiegati per le stime a livello europeo, dove è possibile che siano state effettuate interpolazioni.

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

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

Punti focali nazionali Reitox

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

Sintesi

**La strategia europea in materia
di droga deve contemplare
un insieme di questioni politiche
più vasto e più complicato**

Protrarsi dei segnali di resilienza nel mercato europeo della droga

L'analisi qui presentata descrive un mercato europeo della droga che si conferma resiliente, con alcuni indicatori, per la cannabis e gli stimolanti in particolare, attualmente in ascesa. Nel complesso, dai dati relativi all'offerta si evince che la purezza o la potenza della maggior parte delle sostanze illecite sono elevate o in aumento. La maggioranza dei recenti dati relativi all'indagine sulla prevalenza mostra a sua volta modesti aumenti nel consumo stimato delle sostanze stupefacenti più comunemente assunte. Il mercato della droga è inoltre più complesso: oltre alle droghe tradizionali, infatti, i consumatori hanno a disposizione nuove sostanze, vi sono segnali che i farmaci stanno acquistando maggiore importanza e i modelli di poliassunzione sono la norma tra coloro che hanno problemi di droga. Gli sforzi di interdizione sono messi a dura prova dal fatto che la produzione di cannabis, droghe sintetiche e persino alcuni oppiacei e nuove sostanze

psicoattive ora avviene in Europa, vicino ai mercati dei consumatori. Nel complesso, questa nuova analisi evidenzia la necessità che la strategia europea in materia di droga contempli un insieme di questioni politiche più vasto e più complicato rispetto al passato.

| Ripresa del consumo di MDMA

Il ritorno dell'MDMA come stimolante comunemente apprezzato dai giovani è indicativo di alcune delle nuove sfide poste dall'attuale mercato della droga. Fattori quali l'innovazione nel rifornimento di precursori, nuove tecniche di produzione e l'offerta online sembrano trainare tutti la ripresa di un mercato ora caratterizzato da una molteplicità di prodotti. Sono disponibili polveri, cristalli e compresse ad alto dosaggio con loghi, colori e forme differenti e vi sono prove dell'esistenza di un sistema di produzione su ordinazione nonché del ricorso a una commercializzazione sofisticata e mirata. Potrebbe trattarsi di una strategia messa deliberatamente in atto dai produttori per migliorare la percezione di tale droga dopo un lungo periodo in cui, a causa della scarsa qualità e dell'adulterazione delle sostanze stupefacenti, si era registrato un calo dei consumi. Vi sono segnali da cui si evince che la suddetta strategia starebbe dando i suoi frutti e che l'MDMA si sta diffondendo sia presso i consumatori tradizionali di stimolanti che presso una nuova generazione di giovani

utenti. È pertanto necessario attuare misure preventive e di riduzione del danno destinate a una nuova popolazione di consumatori che potrebbero utilizzare prodotti ad alto dosaggio senza comprenderne appieno i rischi associati.

Consumo di stimolanti e danni correlati: i nuovi dati evidenziano l'esistenza di modelli regionali

Dalla presente relazione emerge la necessità di attribuire maggiore priorità all'individuazione di modelli locali di consumo degli stimolanti e dei danni correlati nonché di adottare le misure adeguate per farvi fronte. I recenti risultati delle analisi delle acque di scarico forniscono indicazioni compatibili con i dati relativi ai sequestri e ai risultati delle indagini: tutti hanno evidenziato differenze regionali nei modelli di consumo degli stimolanti in Europa. Il consumo di cocaina sembra maggiore nei paesi dell'Europa occidentale e meridionale, mentre le amfetamine sono più diffuse nell'Europa settentrionale e orientale. Si è registrato un aumento del grado di purezza nel medio periodo sia per la cocaina che per le amfetamine e i prezzi di queste sostanze sono rimasti sostanzialmente stabili. Anche i problemi connessi al consumo di stimolanti stanno acquistando maggiore visibilità. In alcuni paesi sussistono preoccupazioni riguardo all'aumento del numero delle richieste di trattamento per problemi connessi al consumo di nuove amfetamine e circa la metà dei pazienti che entrano in trattamento per la prima volta ha indicato la via parenterale come metodo di assunzione. Il consumo di stimolanti con quest'ultima modalità è stato inoltre associato ai recenti casi di HIV registrati presso alcune categorie emarginate della popolazione. Quando è anche associato a livelli elevati di comportamenti sessuali a rischio, costituisce un'ulteriore fonte di preoccupazione crescente. Tale fenomeno, rilevato in seno a piccoli gruppi di uomini che hanno rapporti sessuali con altri uomini in alcune città europee, evidenzia la necessità di una maggiore cooperazione e di risposte sistematiche da parte dei servizi di salute sessuale e di trattamento delle tossicodipendenze.

Contrasto del consumo di cannabis: tuttora una sfida fondamentale per le politiche europee in materia di droga

Sia a livello internazionale che in Europa è attualmente in corso un considerevole dibattito pubblico e politico sui costi e i benefici delle differenti opzioni politiche in materia di cannabis. I dati forniti nella presente relazione informano il suddetto dibattito illustrando alcune delle complesse questioni che devono essere prese in considerazione. Si tratta di un argomento importante,

poiché in generale i livelli di consumo di cannabis non sembrano in calo e presso alcune popolazioni potrebbero addirittura iniziare ad aumentare. In particolare, la maggior parte dei paesi che hanno presentato una stima in seguito a un'indagine recente (a partire dal 2013) ha segnalato un aumento del consumo di questa droga.

Le nuove stime evidenziano che, in termini di valore, la cannabis rappresenta la quota più ampia del mercato europeo delle sostanze illecite. La produzione di tale sostanza è diventata una delle principali fonti di reddito per la criminalità organizzata. L'importazione di cannabis da molteplici paesi di approvvigionamento e l'aumento della produzione interna in Europa costituiscono una notevole sfida per l'attività di contrasto, mettendo così a dura prova le già esigue risorse delle autorità doganali e di polizia. I reati legati alla cannabis, la maggior parte dei quali riguarda il consumo o il possesso per uso personale, rappresentano inoltre circa i tre quarti di tutti i reati connessi alla droga.

Esiste inoltre una sempre maggiore consapevolezza dei costi sanitari e sociali che possono derivare dal consumo di cannabis. Tali costi sono più elevati fra i consumatori più frequenti e di più lungo periodo; a tale proposito, si stima che circa l'1 % degli adulti europei faccia un uso quotidiano o quasi quotidiano di cannabis. I livelli di potenza sia della resina che delle foglie di cannabis sono elevati in termini storici: è un dato preoccupante, poiché potrebbe aumentare i rischi di problemi di salute gravi e cronici per i consumatori. La cannabis è ora responsabile anche della maggior parte dei trattamenti ai quali i pazienti si sottopongono per la prima volta, benché i dati relativi all'inizio del trattamento debbano essere interpretati nel contesto di percorsi di segnalazione e di una definizione ampia di ciò che costituisce una cura appropriata per questa popolazione. Le risposte politiche in quest'ambito devono inoltre tenere presente che, diversamente da quanto avviene in alcune parti del mondo, in Europa la cannabis è in genere fumata insieme al tabacco e, di conseguenza, è importante istituire una sinergia tra la politica di controllo della cannabis e quella di controllo del tabacco.

In termini di valore, la cannabis rappresenta la quota più ampia del mercato europeo delle sostanze illecite

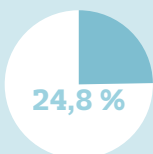
IN BREVE — STIME DEL CONSUMO DI DROGHE NELL'UNIONE EUROPEA

Cannabis



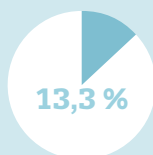
Adulti
(15-64)

Consumo:
Nell'ultimo anno **22,1 milioni** Nell'arco della vita **83,2 milioni**



Giovani adulti
(15-34)

Nell'ultimo anno
16,6 milioni

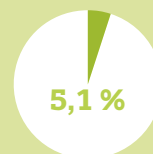
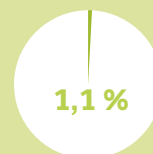


Cocaina



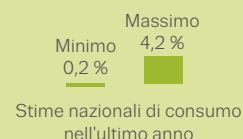
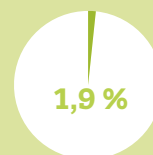
Adulti
(15-64)

Consumo:
Nell'ultimo anno **3,6 milioni** Nell'arco della vita **17,1 milioni**



Giovani adulti
(15-34)

Nell'ultimo anno
2,4 milioni

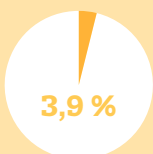
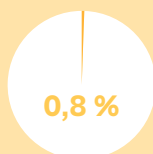


MDMA



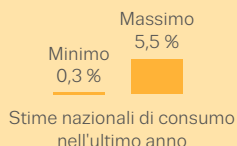
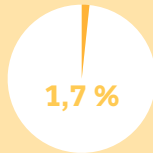
Adulti
(15-64)

Consumo:
Nell'ultimo anno **2,5 milioni** Nell'arco della vita **13,0 milioni**



Giovani adulti
(15-34)

Nell'ultimo anno
2,1 milioni

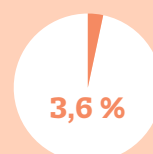
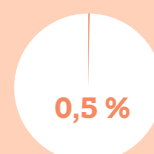


Amfetamine



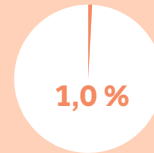
Adulti
(15-64)

Consumo:
Nell'ultimo anno **1,6 milioni** Nell'arco della vita **12,0 milioni**



Giovani adulti
(15-34)

Nell'ultimo anno
1,3 milioni

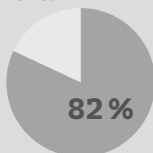


Oppiacei



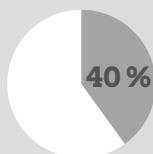
Consumatori ad alto rischio di oppiacei
1,3 milioni

Casi di overdose mortali



Richieste di trattamento della tossicodipendenza

Principale sostanza stupefacente nel 40 % circa delle richieste di trattamento della tossicodipendenza nell'Unione europea

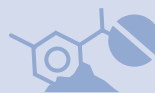


Gli oppiacei sono rinvenuti nel 82 % dei casi di overdose mortali

644 000

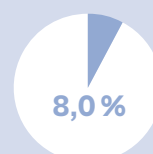
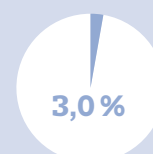
consumatori di oppiacei si sono sottoposti alla terapia sostitutiva nel 2014

Nuove sostanze psicoattive



Giovani adulti
(15-24)

Consumo:
Nell'ultimo anno Nell'arco della vita



Fonte: Eurobarometro Flash sui giovani e la droga (2014)

Sequestri di nuove sostanze psicoattive: prevalenza dei cannabinoidi sintetici

Una sfida altrettanto impegnativa per le politiche internazionali ed europee consiste nell'individuare il modo di fornire una risposta efficace al mercato dinamico e in costante evoluzione delle nuove droghe. Sono disponibili informazioni molto scarse sul consumo delle nuove sostanze psicoattive, ma i 50 000 sequestri segnalati nel 2014 permettono di fare luce sulla disponibilità relativa che le caratterizza. Per oltre il 60 % si tratta di cannabinoidi sintetici, che rivestono un ruolo di rilievo anche tra le 98 nuove sostanze individuate per la prima volta nel 2015 e segnalate al sistema di allerta rapido dell'UE per le nuove sostanze psicoattive. Di queste, venticinque erano appunto cannabinoidi sintetici, droghe che si legano agli stessi recettori cerebrali su cui agisce il tetraidrocannabinolo (THC), uno dei principali composti attivi presenti nella cannabis naturale. Tuttavia, dal punto di vista sanitario, molti cannabinoidi sintetici sono decisamente più tossici, tanto che a loro carico sono stati segnalati avvelenamenti di massa e addirittura decessi. La minaccia posta da queste sostanze è evidenziata da un allarme lanciato dall'EMCDDA nel febbraio 2016 sul cannabinoide sintetico MDMB-CHMICA, una droga che è stata collegata a tredici decessi e a ventitré intossicazioni non letali. Tale sostanza chimica era stata individuata in più di venti miscele da fumo differenti; inoltre, casi di decessi e di avvelenamento erano stati riscontrati in otto paesi e potrebbero essersi verificati anche in altri. I consumatori di questi prodotti sono generalmente ignari delle sostanze chimiche che contengono.

Episodi avversi sono associati anche a stimolanti e oppiacei non controllati segnalati al sistema di allerta rapido. Saper rispondere in maniera rapida ed efficace alla vendita di sostanze chimiche sconosciute, alcune delle quali si rivelano in seguito estremamente tossiche, costituisce una delle principali sfide politiche in quest'ambito. I giovani consumatori potrebbero involontariamente fungere da cavie umane per sostanze i cui potenziali rischi per la salute sono in ampia misura sconosciuti. Un esempio in tal senso è rappresentato dal catinone sintetico alfa-PVP, che è stato sottoposto a una valutazione dei rischi nel novembre 2015. Questo potente psicostimolante è stato associato a quasi 200 intossicazioni gravi e a oltre 100 decessi in Europa.

I produttori delle nuove sostanze psicoattive sembrano rivolgersi con sempre maggiore frequenza ai settori più cronici e problematici del mercato della droga. Sono disponibili oppiacei sintetici non controllati, come gli appartenenti alla famiglia del fentanil, ad esempio. Queste droghe possono essere particolarmente dannose. Un

esempio significativo in tal senso è l'acetilfentanil, i cui rischi sono stati valutati dall'EMCDDA e da Europol nel 2015. Nuove sostanze psicoattive sono state riscontrate anche in prodotti commercializzati in sostituzione di farmaci come le benzodiazepine, medicinali che, se assunti in eccesso, sono parte del problema della droga in alcuni paesi.

Aumento dei decessi per overdose: l'eroina di nuovo al centro dell'attenzione

Dall'analisi di quest'anno emergono anche nuove preoccupazioni correlate all'aumento dei casi di overdose associati all'eroina e ad altri oppiacei. L'eroina, oltre a occupare un ruolo rilevante nei dati sui casi mortali di overdose, è anche la sostanza illecita più comune segnalata nei nuovi dati sulle città europee relativi alle emergenze ospedaliere. Le sostanze responsabili delle emergenze tossicologiche variano considerevolmente da una città all'altra, per cui la cannabis, la cocaina e altri stimolanti rivestono un ruolo di rilievo in alcune località. Al momento, a livello europeo i dati relativi a gravi problemi di droga non sono raccolti sistematicamente. Lo studio pilota condotto nelle città suggerisce che un monitoraggio regolare in quest'ambito permetterebbe di comprendere e osservare meglio gli effetti dei problemi emergenti in materia di droga.

Alcuni paesi con problemi di lunga data legati agli oppiacei, prevalentemente nell'Europa settentrionale, segnalano recenti aumenti dei decessi correlati a queste sostanze. È tuttavia complicato capire i fattori che determinano le tendenze in questo settore. Tra le possibili spiegazioni figurano un aumento della disponibilità di eroina, una maggiore purezza, una coorte di utenti meno giovani e più vulnerabili nonché cambiamenti nei modelli di consumo delle droghe (compresa l'assunzione di farmaci e oppiacei sintetici). Anche i cambiamenti nelle pratiche di segnalazione potrebbero essere importanti. I dati relativi all'offerta, tra cui un aumento delle stime della produzione di eroina in Afghanistan, sequestri di eroina più ingenti e livelli di purezza più elevati sembrano indicare tutti un possibile aumento della disponibilità. Attualmente però non esistono elementi che chiaramente attestino un aumento dei neo-consumatori di eroina; inoltre, il numero di persone che entrano in trattamento per dipendenza da eroina è in calo o è rimasto stabile, mentre i casi di overdose rimangono un problema essenzialmente tra i consumatori di oppiacei più anziani. Ciò nonostante, in alcuni paesi si è osservato un lieve incremento dei decessi per overdose tra i consumatori più giovani, una tendenza che merita maggiore attenzione.

Consumo di oppiacei sintetici: motivo di preoccupazione

Anche gli oppiacei sintetici e i farmaci sembrano svolgere un ruolo importante nei decessi per droga in alcune parti d'Europa. Preoccupano l'abuso di benzodiazepine e di altri medicinali, dirottati da fornitori terapeutici oppure ottenuti da fonti non autorizzate, ma il ruolo svolto da queste droghe nei decessi per overdose in Europa è ancora scarsamente sconosciuto. Sugli oppiacei sintetici sono invece disponibili maggiori informazioni. I prodotti a base di tali sostanze, che sono farmaci utilizzati principalmente ma non esclusivamente per le terapie sostitutive, figurano in misura preminente nei dati sui decessi per droga in alcuni paesi e si è anche registrato un aumento delle richieste di trattamento correlate a tali sostanze. Alla luce dei gravi problemi di salute pubblica causati dall'abuso di farmaci oppiacei nell'America settentrionale e in altre parti del mondo, è opportuno aumentare la sorveglianza per individuare le crescenti difficoltà esistenti in quest'ambito a livello europeo. Inoltre, come rilevato nel corpus della presente relazione, quadri normativi e linee guida cliniche possono svolgere una funzione positiva nella riduzione del rischio di diversione dei farmaci dagli usi terapeutici appropriati.

Riduzione dei danni correlati al consumo di droga: nuove opzioni farmacologiche

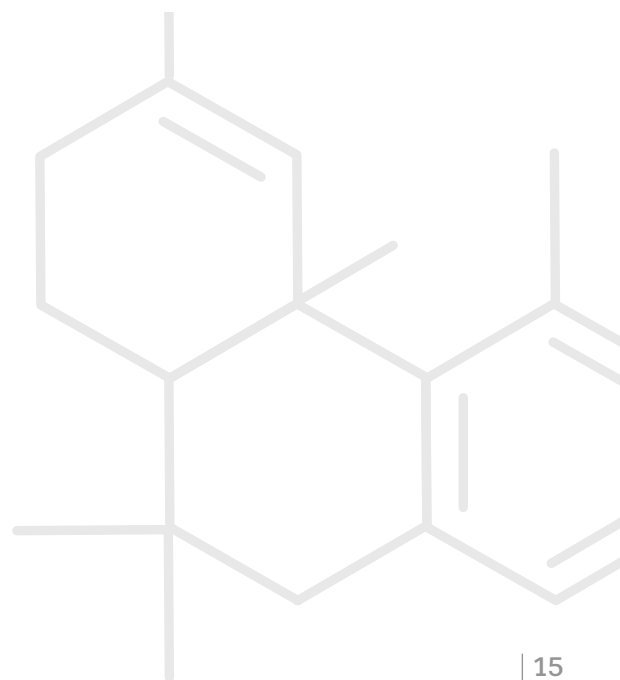
Nei prossimi anni si assisterà probabilmente alla comparsa di una serie di nuove opzioni farmacologiche che potrebbero aumentare le possibilità di ridimensionare alcuni dei problemi connessi al consumo di droga. La presente relazione illustra due ambiti in cui si stanno introducendo nuove terapie e metodi di somministrazione innovativi. Al fine di ridurre i decessi per overdose, alcuni paesi dell'UE, attraverso programmi di comunità, forniscono naloxone come antidoto in caso di overdose ai consumatori di oppiacei o ai tossicodipendenti che escono di prigione. Potrebbe essere prevista una più ampia diffusione dell'utilizzo a domicilio di naloxone in Europa, con lo sviluppo di preparati a base di tale sostanza somministrati per via nasale, come quello di cui è stata recentemente autorizzata la vendita in farmacia negli Stati Uniti. Si stanno inoltre rendendo disponibili nuovi farmaci che offrono maggiori opportunità per il trattamento delle infezioni da virus dell'epatite C tra i consumatori attivi di droga per via parenterale, anche per i pazienti sottoposti a trattamento della tossicodipendenza. Nelle nuove terapie è insito un notevole potenziale in termini di benefici per la salute nell'ambito del consumo di droghe, ma la sfida consiste nel ridurre gli ostacoli alla loro diffusione e nel

garantire la disponibilità di risorse sufficienti per rispondere alle esigenze di trattamento.

I mercati della droga su Internet: nuove minacce e opportunità

Una nuova e importante sfida per la politica in materia di droga è come rispondere al ruolo di Internet sia come mezzo di comunicazione che come fonte emergente per l'offerta di droga. L'attenzione si è concentrata essenzialmente sulla minaccia posta dai mercati della droga della cosiddetta *darknet*, la rete oscura dove vige l'anonimato. È inoltre necessario comprendere il crescente ruolo svolto sia dai siti web di superficie, specialmente per quanto riguarda l'offerta di farmaci contraffatti e di nuove sostanze psicoattive, sia dalle applicazioni utilizzate nell'ambito dei mezzi di comunicazione sociale per gli scambi tra pari. Le piattaforme online offrono anche possibilità a livello di attività di prevenzione, trattamento e riduzione del danno, che però sono spesso trascurate.

L'offerta di droghe attraverso fonti online sembra in aumento, anche se a partire da un livello basso, e il potenziale di espansione del fenomeno sembra considerevole. Inoltre, la rapida evoluzione di questo settore, favorita dalla sempre maggiore diffusione di Internet, dall'utilizzo di nuove tecnologie di pagamento, dalle innovazioni nella cifratura nonché da nuove opzioni per la creazione di mercati online distribuiti, fa sì che per le risposte sociali sia difficile stare al passo di tali cambiamenti. Il modo migliore di reagire a questa nuvola sempre più scura che si profila all'orizzonte e di sfruttare le opportunità offerte da Internet per combattere i problemi di droga rappresenteranno probabilmente questioni di importanza cruciale per la futura strategia europea.



1

**L'Europa è anche una regione
produttrice di cannabis e droghe sintetiche**

L'offerta di droga e il mercato

Nel contesto globale, l'Europa è un mercato importante per le droghe, alimentato sia dalla produzione interna che dall'importazione illecita di droghe da altre regioni. America meridionale, Asia occidentale e Africa settentrionale sono importanti aree di approvvigionamento per le sostanze illecite che giungono in Europa, mentre Cina e India sono paesi di approvvigionamento per le nuove sostanze psicoattive. Inoltre, oltre a fungere da punto di transito per alcuni stupefacenti e precursori diretti verso altri continenti, l'Europa è anche una regione produttrice di cannabis e di droghe sintetiche, in cui la maggior parte della cannabis prodotta è destinata al consumo locale, mentre alcune droghe sintetiche vengono fabbricate per essere esportate in altre parti del mondo.

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

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

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

Altre informazioni sulle normative e sulle politiche europee in materia di droga sono reperibili sul sito web dell'EMCDDA.

In molti paesi europei esistono dagli anni settanta e ottanta mercati di dimensioni considerevoli per la cannabis, l'eroina e le amfetamine. Nel corso del tempo si sono affermate anche altre sostanze, tra cui l'MDMA negli anni Novanta e la cocaina a partire dal 2000. Il mercato europeo continua a evolversi e nell'ultimo decennio si è diffusa una vasta gamma di nuove sostanze psicoattive. Fra i recenti cambiamenti sul mercato delle sostanze illecite, collegati in ampia misura alla globalizzazione e alle nuove tecnologie, figurano l'innovazione nella produzione della droga e nei metodi di traffico nonché, relativamente a quest'ultimo, la nascita di nuove rotte.

Le misure volte a prevenire l'offerta delle droghe prevedono azioni da parte dei governi e degli organismi preposti all'applicazione della legge e spesso dipendono dalla cooperazione internazionale. A livello dell'UE, gli sforzi sono coordinati attraverso i piani d'azione e la strategia dell'UE in materia di droga nonché tramite il ciclo programmatico dell'UE per contrastare la criminalità di ampio respiro e quella organizzata. L'approccio adottato dai paesi si riflette nelle loro strategie e legislazioni nazionali in materia di droga e i dati sugli arresti e sui sequestri sono attualmente gli indicatori che meglio documentano gli sforzi per contrastare l'offerta di droga.

Mercati delle droghe: stima del valore economico

I mercati delle sostanze illecite sono sistemi di produzione e distribuzione complessi che generano ingenti introiti a vari livelli. Secondo una stima conservativa, nel 2013 il valore del mercato al dettaglio delle sostanze illecite nell'Unione europea era di 24,3 miliardi di EUR (intervallo probabile: 21-31 miliardi di EUR). I prodotti a base di cannabis, che hanno un valore al dettaglio stimato di 9,3 miliardi di EUR (intervallo probabile: 8,4-12,9 miliardi di EUR) e sono responsabili di circa il 38 % del totale, rappresentano la quota più ampia del mercato delle sostanze illecite in Europa. Seguono l'eroina e la cocaina, per le quali il valore al dettaglio è stimato rispettivamente a 6,8 miliardi di EUR (6,0-7,8 miliardi di EUR) (28 %) e 5,7 miliardi di EUR (4,5-7,0 miliardi di EUR) (24 %). Le amfetamine occupano una quota di mercato inferiore, stimata a 1,8 miliardi di EUR (1,2-2,5 miliardi di EUR) (8 %), seguite dall'MDMA, che si attesta su quasi 0,7 miliardi di EUR (0,61-0,72 miliardi di EUR) (3 %). Queste stime si basano su dati molto limitati, per i quali è stato necessario formulare alcune ipotesi di ampia portata, e di conseguenza devono essere considerate come stime

minime iniziali che dovranno essere riviste in futuro, allorché le informazioni ad esse sottese saranno più precise.

Nuovi metodi di approvvigionamento: i mercati della droga online

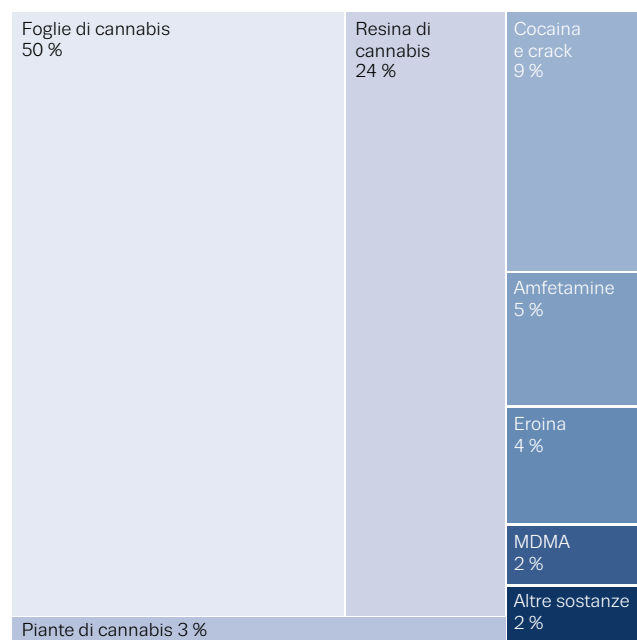
Benché i mercati delle sostanze illecite siano tradizionalmente collocati in luoghi fisici, nell'ultimo decennio si è assistito all'emergere di nuove tecnologie basate su Internet che hanno favorito lo sviluppo di mercati online. I mercati della droga possono operare sia sul web di superficie, su cui solitamente si vendono al dettaglio precursori chimici non controllati, nuove sostanze psicoattive o farmaci falsificati e contraffatti, sia nel *deep web* (web profondo), attraverso mercati della rete oscura o criptomercati come AlphaBay o l'ormai smantellato Silk Road. Stando alle segnalazioni, i prodotti a base di cannabis e l'MDMA, insieme a una serie di farmaci, sono le sostanze illecite vendute più di frequente sui mercati della rete oscura.

Un mercato della rete oscura è una piattaforma di vendita o un mercato online che, con il supporto di tecnologie a tutela della vita privata, raggruppa i venditori ed elenca prodotti e servizi prevalentemente illeciti a disposizione degli acquirenti. In questi mercati, che hanno molte caratteristiche in comune con siti come eBay e Amazon, i clienti possono cercare e confrontare prodotti e venditori. Per occultare sia le transazioni che la collocazione fisica dei server è messa in atto una serie di strategie, utilizzando ad esempio servizi di anonimizzazione come Tor (acronimo di *the Onion Router*), che nascondono l'indirizzo di protocollo Internet (IP) di un computer, e criptovalute decentralizzate e relativamente non tracciabili come Bitcoin e Litecoin per effettuare i pagamenti nonché sistemi di comunicazione cifrata tra i soggetti attivi sul mercato. Anche i sistemi di passaparola svolgono un ruolo importante nella determinazione dei venditori presenti sui mercati. Tra gli sviluppi recenti figurano un rafforzamento della sicurezza volto a prevenire truffe da parte dei venditori, compreso l'utilizzo di sofisticati sistemi di deposito di garanzia, nonché la decentralizzazione delle piattaforme commerciali per far fronte alle minacce poste dalle attività di contrasto. Attualmente si ritiene che questi mercati rappresentino una piccola quota del commercio delle sostanze illecite, mentre molte delle transazioni avvengono a livello di consumatore. Tuttavia, esiste il potenziale per un ulteriore ampliamento del commercio online della droga.

I prodotti a base di cannabis rappresentano la quota più ampia del mercato delle sostanze illecite

FIGURA 1.1

Numero di sequestri di stupefacenti segnalati, ripartito per sostanze (2014)



Sequestri di droga: netta prevalenza della cannabis

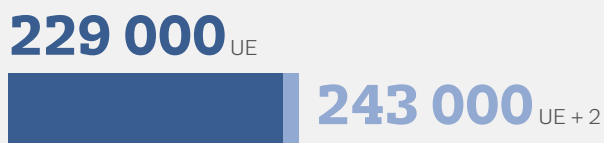
Ogni anno in Europa si segnala oltre un milione di sequestri di sostanze illecite. Per la maggior parte si tratta di piccole quantità di droga confiscate ai consumatori, benché le partite di diversi chilogrammi di droga sequestrate a trafficanti e produttori rappresentino un'ampia percentuale della quantità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

La cannabis, responsabile di oltre tre quarti dei sequestri effettuati in Europa (78 %) (figura 1.1), è la sostanza che viene confiscata più spesso, a dimostrazione della sua prevalenza relativamente alta in termini di consumo. Complessivamente la cocaina occupa il secondo posto (9 %). Per le amfetamine (5 %), l'eroina (4 %) e l'MDMA (2 %) le percentuali dei sequestri sono più basse.

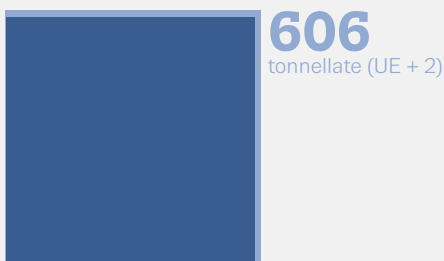
CANNABIS

Resina

Numero di sequestri



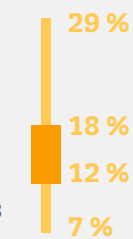
Quantità sequestrate
574 tonnellate (UE)



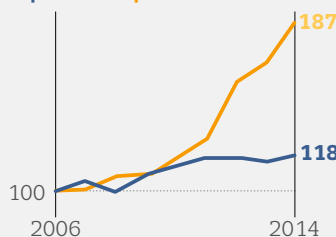
Prezzo (EUR/g)



Potenza (% THC)



Tendenze indicizzate: prezzo e potenza

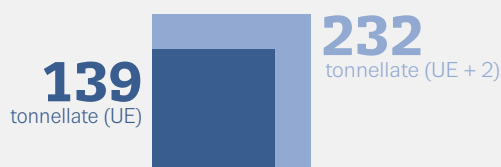


Foglie

Numero di sequestri



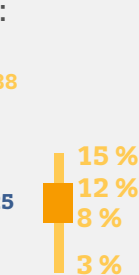
Quantità sequestrate



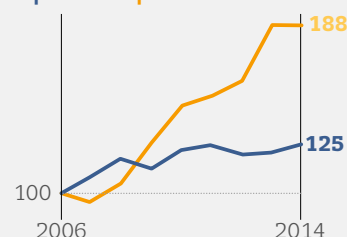
Prezzo (EUR/g)



Potenza (% THC)



Tendenze indicizzate: prezzo e potenza



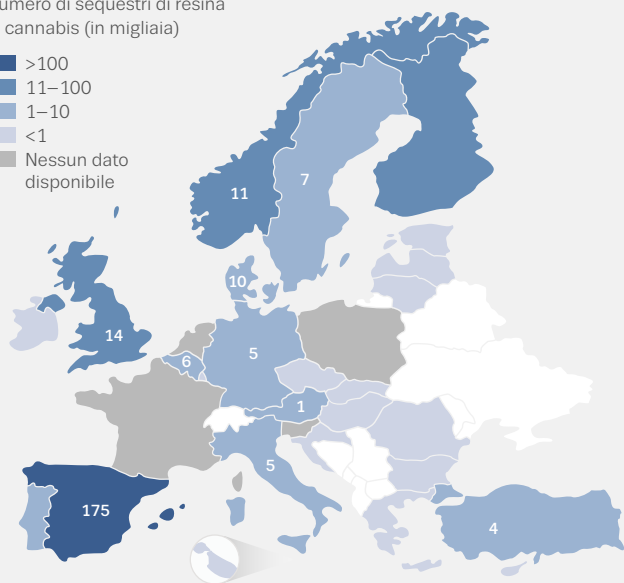
NB: UE + 2 si riferisce a Stati membri dell'UE, Turchia e Norvegia. Prezzo e potenza dei prodotti a base di cannabis: valori medi nazionali - intervallo minimo, massimo e interquartile. I paesi compresi nella statistica variano per indicatore.

FIGURA 1.2

Sequestri di resina e foglie di cannabis (2014 o nell'anno più recente)

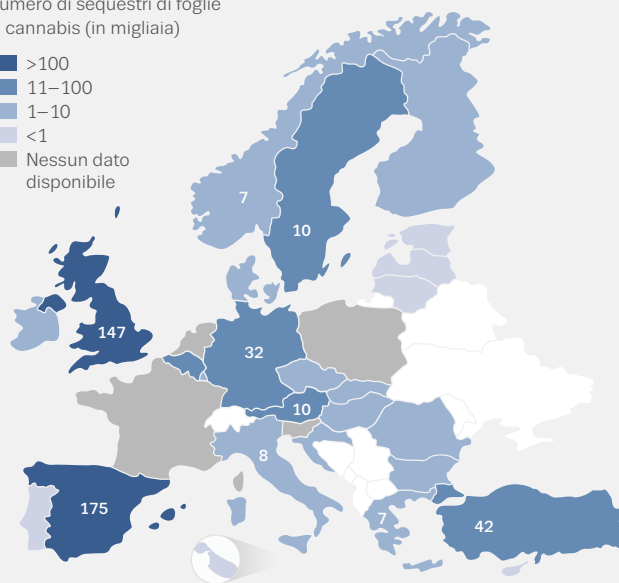
Numero di sequestri di resina di cannabis (in migliaia)

- >100
- 11-100
- 1-10
- <1
- Nessun dato disponibile



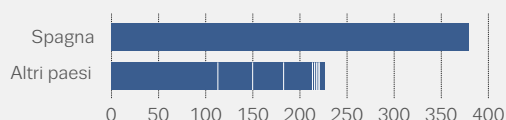
Numero di sequestri di foglie di cannabis (in migliaia)

- >100
- 11-100
- 1-10
- <1
- Nessun dato disponibile

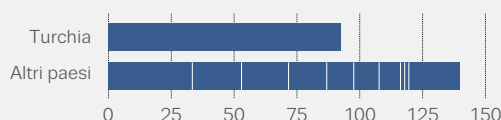


NB: numero di sequestri per i 10 paesi con i valori più alti.

Quantità di resina di cannabis sequestrata (in tonnellate)



Quantità di foglie di cannabis sequestrata (in tonnellate)



Nel 2014 circa il 60 % di tutti i sequestri effettuati nell'Unione europea è stato segnalato da due soli paesi, la Spagna e il Regno Unito, benché un numero di sequestri significativo sia stato denunciato anche da Belgio, Germania e Italia. È inoltre opportuno rilevare che non sono disponibili dati recenti sul numero dei sequestri per la Francia e i Paesi Bassi (che in passato ne hanno segnalato un alto numero) e nemmeno per la Finlandia e la Polonia. L'assenza di questi dati rende maggiormente incerta l'analisi qui presentata. Un altro paese importante per i sequestri di droga è la Turchia, dove le sostanze intercettate sono destinate ad altri paesi, sia in Europa sia in Medio Oriente, nonché al consumo locale.

Cannabis: eterogeneità di prodotti

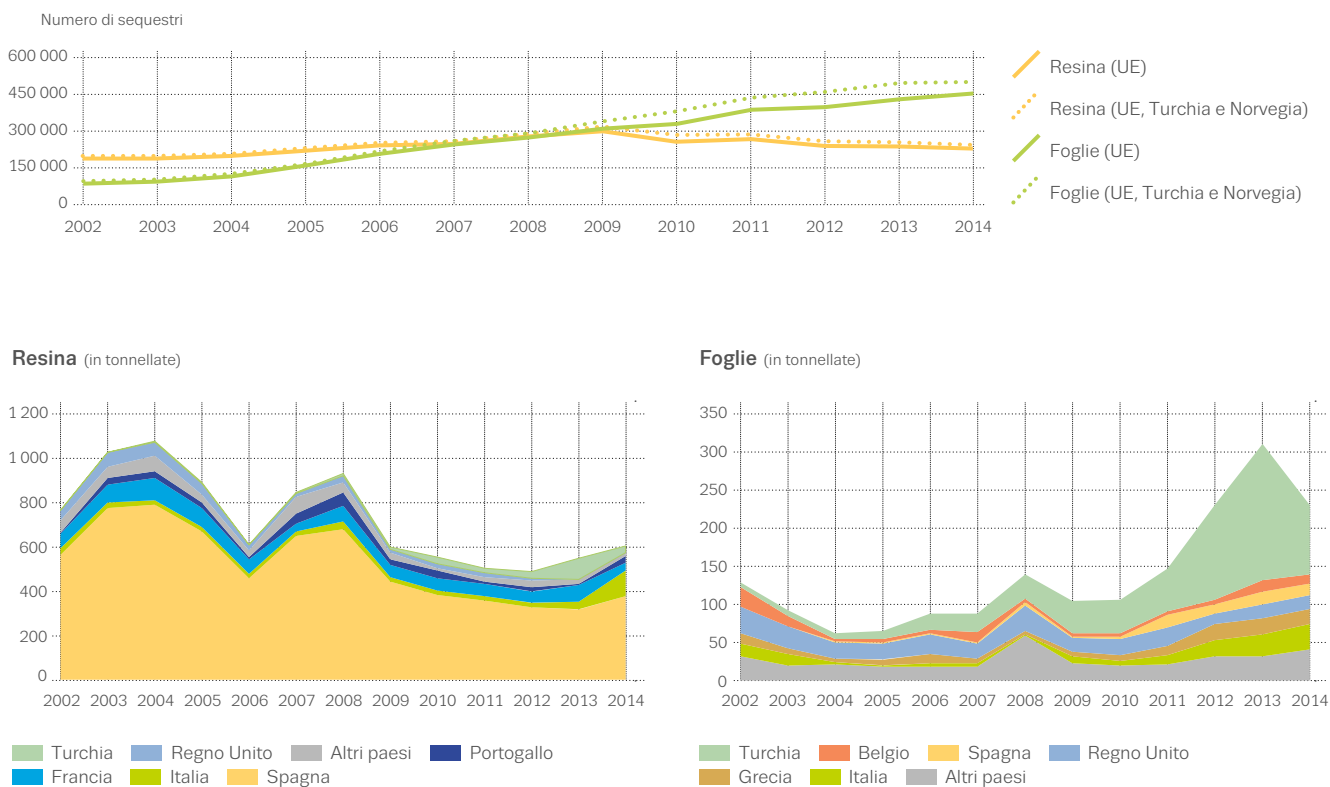
Le foglie di cannabis (marijuana) e la resina di cannabis (hashish) sono i due prodotti principali a base di cannabis presenti sul mercato europeo della droga. Le foglie di cannabis consumate in Europa sono sia coltivate internamente sia importate da altri paesi. Quelle prodotte in Europa sono coltivate prevalentemente al chiuso. Gran parte della resina di cannabis viene importata via mare o per via aerea dal Marocco.

Nel 2014 sono stati segnalati nell'Unione europea 682 000 sequestri di cannabis (453 000 riguardanti foglie e 229 000 riguardanti resina). Inoltre, sono stati effettuati anche 33 000 sequestri di piante di cannabis. Nondimeno, la quantità di resina di cannabis sequestrata nell'Unione europea è ancora molto più alta di quella delle foglie di cannabis (574 tonnellate contro 139 tonnellate). Questo dato si spiega in parte con il fatto che la resina di cannabis viene trasportata in grandi quantità su lunghe distanze e attraverso i confini nazionali, il che la espone maggiormente a misure di interdizione. Nell'analisi della quantità di cannabis sequestrata, un numero ristretto di paesi assume un'importanza notevole perché si trova sulle principali rotte del relativo traffico. La Spagna, per esempio, in quanto punto di accesso principale per la resina di cannabis prodotta in Marocco, ha segnalato circa due terzi della quantità totale sequestrata in Europa nel 2014 (figura 1.2). Negli ultimi anni la Turchia ha segnalato sequestri di quantitativi di foglie di cannabis superiori a tutti gli altri paesi europei.

Nell'Unione europea si segnalano anche sequestri di altri prodotti a base di cannabis, tra cui circa 200 relativi all'olio di tale pianta.

FIGURA 1.3

Tendenze nel numero di sequestri e nella quantità di cannabis sequestrata: resina e foglie



Dal 2009 il numero dei sequestri di foglie di cannabis in Europa supera quello dei sequestri di resina e il divario fra i due dati continua ad aumentare (figura 1.3). Nello stesso periodo, la quantità di foglie sequestrate ha continuato ad aumentare nell'Unione europea. I dati più recenti rivelano che la quantità di resina sequestrata nell'Unione europea è aumentata, mentre la quantità di foglie sequestrate in Turchia ha subito un brusco calo.

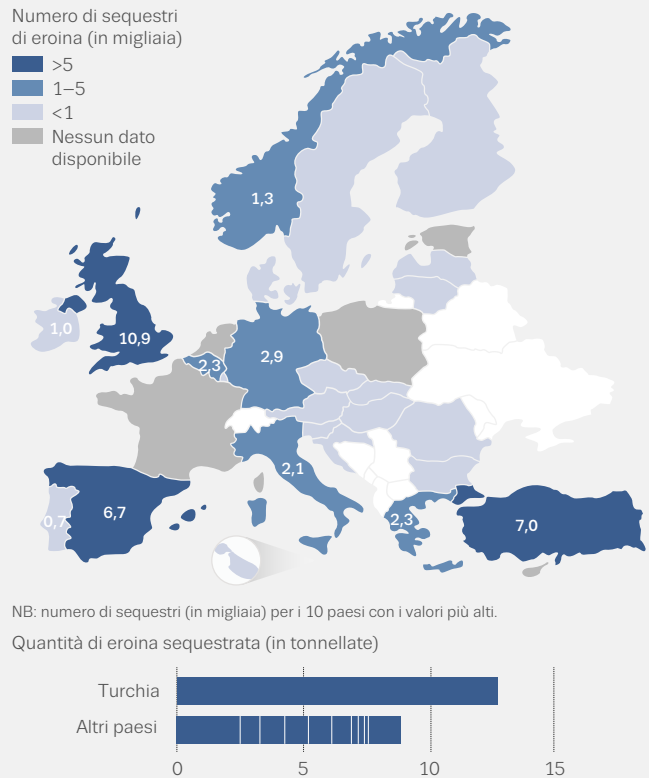
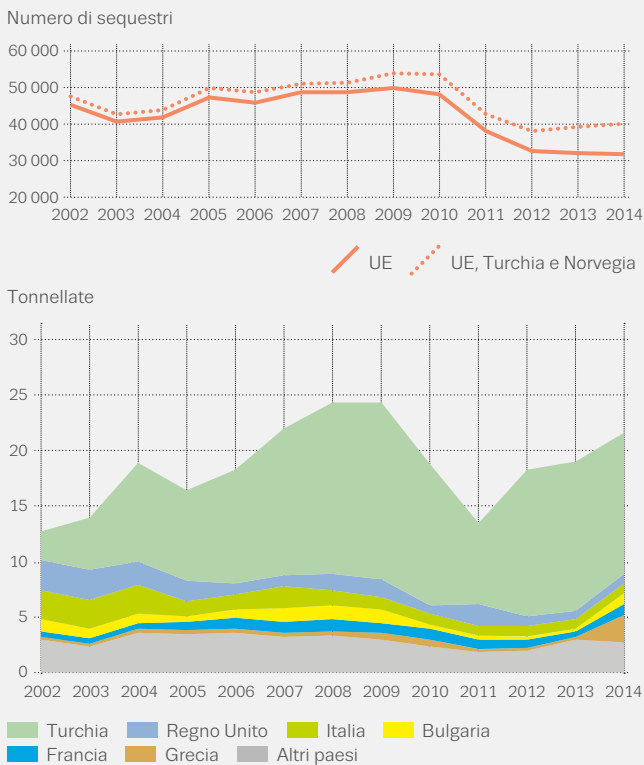
I sequestri di piante di cannabis possono essere considerati un indicatore della produzione interna di droga di un paese. I problemi metodologici implicano che i dati sui sequestri di piante di cannabis vadano presi con cautela; nondimeno, il numero delle piante sequestrate è più che raddoppiato, passando da 1,5 milioni nel 2002 a 3,4 milioni nel 2014.

L'analisi delle tendenze indicizzate presso quei paesi che effettuano periodicamente segnalazioni evidenzia un forte aumento della potenza (livello di tetraidrocannabinolo, THC) delle foglie e della resina di cannabis tra il 2006 e il 2014. Tra gli elementi che hanno determinato questo aumento si possono annoverare l'introduzione di tecniche di produzione intensiva in Europa e, più recentemente, di piante particolarmente potenti in Marocco.



FIGURA 1.4

Numero di sequestri di eroina e quantità sequestrata: tendenze e nel 2014 o nell'anno più recente



Oppiacei: evoluzione del mercato?

L'eroina è l'oppiaceo più diffuso sul mercato europeo degli stupefacenti. Tradizionalmente, quella importata in Europa è di due tipi: il tipo più comune è l'eroina *brown* (forma chimica base), proveniente in prevalenza dall'Afghanistan; molto meno comune è l'eroina bianca (sotto forma di sali), che generalmente proviene dall'Asia sudorientale, ma adesso può anche essere prodotta in Afghanistan o in paesi vicini. Fra gli altri oppiacei sequestrati nel 2014 dagli organismi preposti all'applicazione della legge figurano l'oppio e prodotti medicinali quali la morfina, il metadone, la buprenorfina, il tramadol e il fentanil. Alcuni farmaci oppiacei possono essere stati dirottati da forniture farmaceutiche, mentre altri vengono fabbricati specificamente per il mercato illegale.

L'Afghanistan rimane il maggiore produttore illecito di oppio al mondo. Si ritiene che la maggior parte dell'eroina che si trova in Europa sia fabbricata in quel paese o nei vicini Iran o Pakistan. Tradizionalmente, nell'Unione europea la produzione di oppiacei si limita a derivati del papavero prodotti in alcuni paesi orientali su scala domestica. Tuttavia, la scoperta di due laboratori che trasformavano la morfina in eroina in Spagna e di uno nella Repubblica ceca nel 2013-2014 indica che ora l'eroina potrebbe essere fabbricata anche in Europa.

L'eroina entra in Europa attraverso quattro rotte di traffico. Le due più importanti sono la "rotta dei Balcani" e la "rotta meridionale". La prima corre attraverso la Turchia e nei paesi balcanici (Bulgaria, Romania o Albania) per poi giungere in Europa centrale, meridionale e occidentale. Di recente è emersa una diramazione della rotta dei Balcani che interessa la Siria e l'Iraq. Nell'ambito della rotta meridionale, che sembra aver acquisito importanza negli ultimi anni, le spedizioni di eroina dall'Iran e dal Pakistan entrano in Europa via mare o per via aerea, direttamente o transitando attraverso i paesi dell'Africa occidentale, meridionale e orientale. Altre rotte attualmente meno importanti comprendono la "rotta settentrionale" e una nuova rotta dell'eroina che sembra svilupparsi attraverso il Caucaso meridionale e il Mar Nero.

Dopo un decennio di relativa stabilità, nel 2010-2011 sui mercati di alcuni paesi europei si è registrata una ridotta disponibilità di eroina, come evidenziano i dati sui sequestri di questa sostanza, che nell'Unione europea sono diminuiti da circa 50 000 nel 2009 a 32 000 nel 2014. La quantità di eroina sequestrata nell'UE è calata nel lungo periodo, passando da 10 tonnellate nel 2002 a 5 tonnellate nel 2012, prima di aumentare notevolmente fino ad arrivare a 8,9 tonnellate nel 2014. Questa inversione di tendenza è dovuta a un aumento dei sequestri di notevole entità (superiori ai 100 kg), come testimoniano diversi paesi che hanno messo a segno

sequestri record di eroina nel 2013 e nel 2014. In particolare, dai dati più recenti emerge che la Grecia e in misura minore la Bulgaria hanno segnalato notevoli aumenti delle quantità di eroina sequestrate. Dal 2003 la Turchia sequestra molta più eroina di qualsiasi paese dell'UE: nel 2014 i quantitativi sequestrati sono stati pari a circa 13 tonnellate (figura 1.4).

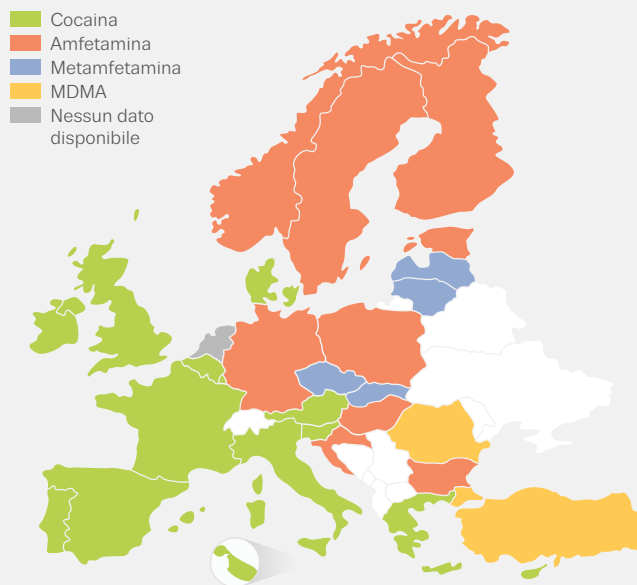
Presso quei paesi che segnalano regolarmente i dati, le tendenze indicizzate suggeriscono che nel 2014 la purezza dell'eroina in Europa è aumentata. Questo dato, contestualmente alle maggiori quantità sequestrate e ad altri sviluppi, potrebbe indicare che esiste il potenziale per un aumento della disponibilità di tale sostanza.

Il mercato degli stimolanti in Europa: ripartizione geografica

Sul mercato degli stupefacenti dell'UE è disponibile una serie di stimolanti illeciti, con differenze a livello regionale riguardo al tipo di stimolante sequestrato più di frequente (figura 1.5). Tali differenze rispecchiano in ampia misura il luogo in cui si trovano i principali impianti di produzione nonché i porti di arrivo e le rotte di traffico. La cocaina, per esempio, è lo stimolante sequestrato più di frequente in molti paesi occidentali e meridionali, un dato che rispecchia fedelmente le località di ingresso di tale droga in Europa. I sequestri di amfetamina prevalgono nell'Europa settentrionale e centrale e la metamfetamina è lo stimolante confiscato più di frequente in Repubblica ceca, Slovacchia, Lettonia e Lituania. Infine, l'MDMA è lo stimolante più comunemente sequestrato in Romania e in Turchia.

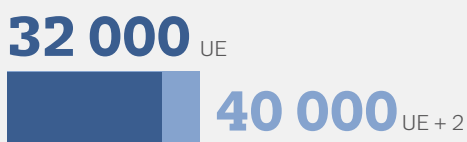
FIGURA 1.5

Stimolante sequestrato più frequentemente in Europa (2014 o nell'anno più recente)



EROINA

Numero di sequestri



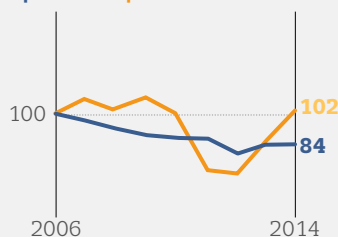
Quantità sequestrate



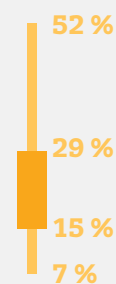
Prezzo (EUR/g)



Tendenze indicizzate: prezzo e purezza



Purezza (%)



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

Cocaina: stabilizzazione del mercato

In Europa esistono due tipi di cocaina: il più comune è la polvere di cocaina (un sale cloridrato, HCl), mentre meno facilmente reperibile è la cocaina crack, che si assume inalandone il fumo (base libera). La cocaina è prodotta dalle foglie di coca, quasi esclusivamente in Bolivia, Colombia e Perù, e viene trasportata in Europa sia per via aerea sia via mare. Per il trasporto in Europa si utilizza una serie particolarmente varia di metodi, tra cui corrieri aerei su voli commerciali, trasporti aerei commerciali, colli espressi e servizi postali nonché aeromobili privati. Via mare, la cocaina può essere contrabbandata in partite di grandi dimensioni utilizzando yacht privati e container marittimi. Insieme, Spagna, Belgio, Paesi Bassi (in base ai dati del 2012), Francia e Italia rappresentano l'84 % delle 61,6 tonnellate stimate sequestrate nel 2014 (figura 1.6).

Nel 2014 sono stati segnalati circa 78 000 sequestri di cocaina nell'Unione europea. Dal 2010 la situazione è relativamente stabile, benché il numero di sequestri e i quantitativi sequestrati si attestino entrambi su livelli sensibilmente più bassi rispetto ai valori raggiunti negli anni di picco (cfr. figura 1.6). Mentre la Spagna resta il paese in cui viene sequestrata la maggior quantità di cocaina, ci sono segnali di una diversificazione in corso delle rotte del traffico in Europa, tra cui i sequestri recentemente denunciati nei porti del Mediterraneo orientale, del Mar Baltico e del Mar Nero. Nel complesso, le tendenze indicizzate suggeriscono che l'aumento della purezza della cocaina registrato negli ultimi anni si sia ora stabilizzato.

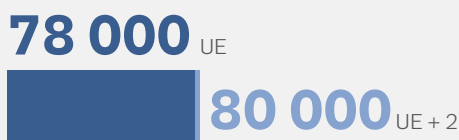
Precursori chimici: in continua crescita il consumo di sostanze non classificate

I precursori chimici sono essenziali per la fabbricazione di stimolanti sintetici e altre droghe. La loro disponibilità ha un ampio impatto sul mercato nonché sui metodi di produzione utilizzati nei laboratori clandestini. Poiché molti di essi presentano usi legittimi, determinate sostanze chimiche sono classificate a livello di regolamenti UE e il loro commercio è strettamente monitorato. I produttori di droghe sintetiche cercano di ridurre al minimo l'impatto dei controlli utilizzando sostanze chimiche non classificate per produrre precursori. Tale approccio potrebbe tuttavia anche aumentare il rischio di individuazione, poiché comporta l'utilizzo di una maggiore quantità di sostanze chimiche e la produzione di più rifiuti.

I dati degli Stati membri dell'UE sui sequestri e sui blocchi delle spedizioni di precursori di droghe confermano il continuo utilizzo di sostanze sia classificate che non classificate per la produzione di droghe illecite nell'Unione europea, in particolare per le amfetamine e l'MDMA (tabella 1.1). Nel 2014 sono stati sequestrati 6 062 kg di APAAN (alfa-fenilacetoacetone nitrile), pre-precursore del BMK, un quantitativo inferiore rispetto ai 48 802 kg del 2013. Questa drastica riduzione dipende probabilmente dal fatto che tale sostanza è stata classificata dalla legislazione dell'UE nel dicembre 2013. Tuttavia, la costante disponibilità dell'MDMA sul mercato, associata a un calo dei sequestri del suo precursore safrolo (dai 13 837 litri sequestrati nel 2013 si è arrivati a zero nel 2014), suggerisce che si stanno utilizzando precursori alternativi. Nel 2014 sono aumentati i sequestri di pre-precursori non classificati dell'MDMA, in particolare del PMK-glicidato.

COCAINA

Numero di sequestri



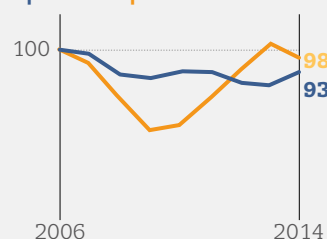
Quantità sequestrate



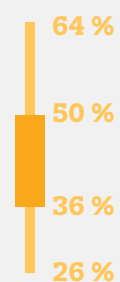
Prezzo (EUR/g)



Tendenze indicizzate: prezzo e purezza



Purezza (%)



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

FIGURA 1.6

Numero di sequestri di cocaina e quantità sequestrata: tendenze e nel 2014 o nell'anno più recente

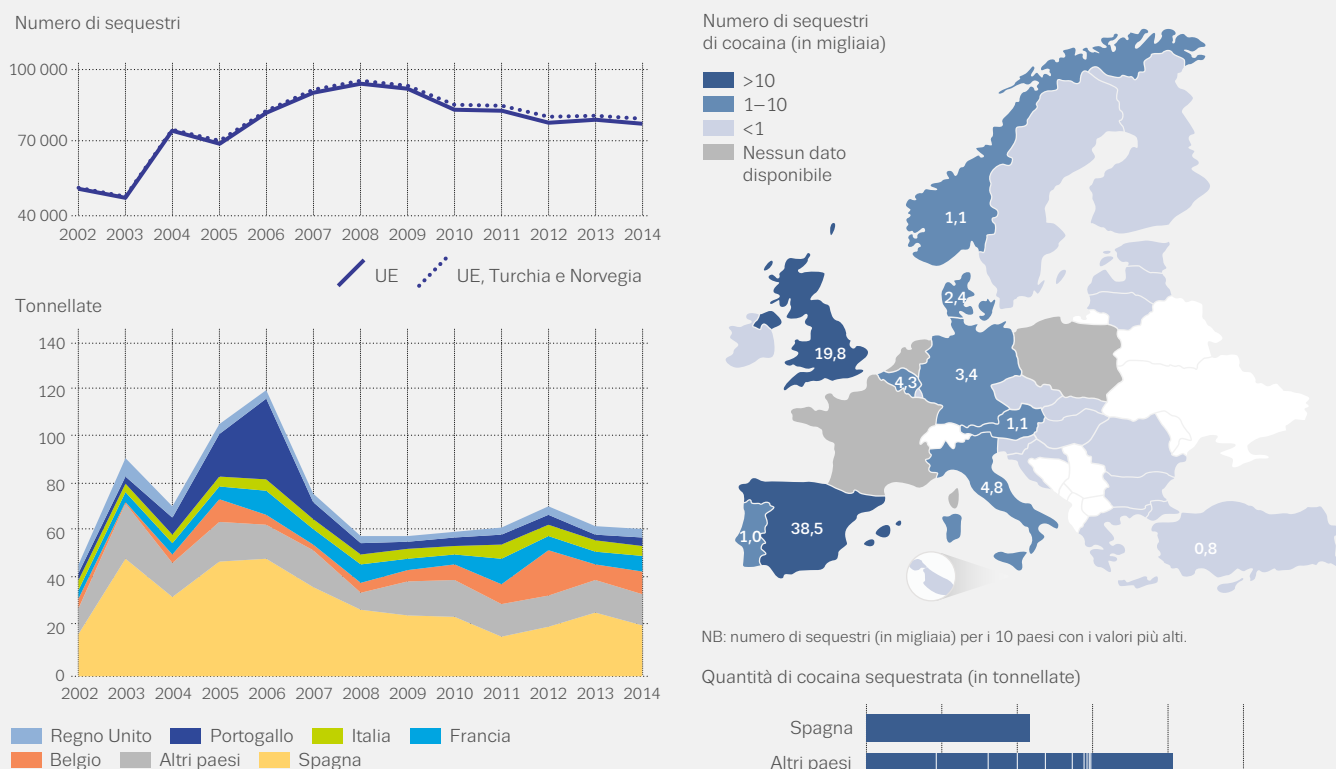


TABELLA 1.1

Sintesi dei sequestri e delle spedizioni bloccate di precursori utilizzati per la produzione di determinate droghe sintetiche in Europa (2014)

Precursore/pre-precursore	Sequestri		Spedizioni bloccate (¹)		TOTALE	
	Casi	Quantità	Casi	Quantità	Casi	Quantità
MDMA o sostanze correlate						
PMK (litri)	1	5	0	0	1	5
Safrolo (litri)	0	0	2	1 050	2	1 050
Piperonale (kg)	3	5	4	2 835	7	2 840
Derivati glicidici del PMK (kg)	6	5 575	1	1 250	7	6 825
Amfetamina e metamfetamina						
BMK (litri)	14	2 353	0	0	14	2 353
PAA, acido fenilacetico (kg)	1	100	2	190	3	290
Efedrina, sfusa (kg)	19	31	1	500	20	531
Pseudoefedrina, sfusa (kg)	8	12	0	0	8	12
APAAN (kg)	18	6 062	1	5 000	19	11 062

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

Amfetamina e metamfetamina

Note genericamente come amfetamine, la metamfetamina e l'amfetamina sono stimolanti sintetici strettamente correlati e difficili da distinguere in alcune serie di dati. Delle due, l'amfetamina è sempre stata la più comune in Europa, ma negli ultimi anni si sono evidenziati segnali di una crescente disponibilità di metamfetamina sul mercato.

Entrambe queste droghe vengono fabbricate in Europa per uso interno. Una certa quantità di amfetamina e di metamfetamina è fabbricata anche per essere esportata, soprattutto in Medio Oriente (dove esiste un mercato di compresse di "captagon", all'interno delle quali è stata segnalata la presenza di amfetamine), Estremo Oriente e

Oceania. L'Europa è anche uno snodo di transito per la metamfetamina importata dall'Africa occidentale e dall'Iran verso il Medio Oriente. La produzione di amfetamina ha luogo principalmente in Belgio, nei Paesi Bassi, in Polonia e in Germania nonché, in misura minore, nei paesi baltici. Uno sviluppo recente è la rilocalizzazione della fase finale della produzione; attualmente, infatti, alcuni paesi riferiscono che sui loro territori l'olio dell'amfetamina base è trasformato in benzedrina.

In Europa, gran parte della metamfetamina è prodotta nella Repubblica ceca e nei paesi limitrofi. Tuttavia, esiste una certa capacità di produzione anche nei Paesi Bassi e in Lituania, mentre in Bulgaria si è osservato un aumento del numero di laboratori smantellati.

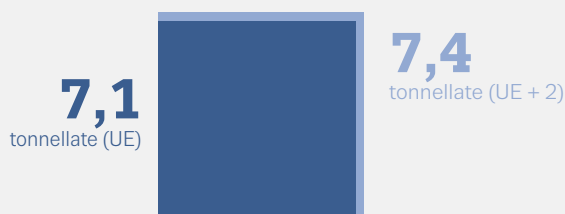
AMFETAMINE

Amfetamina

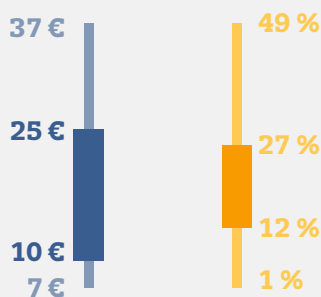
Numero di sequestri



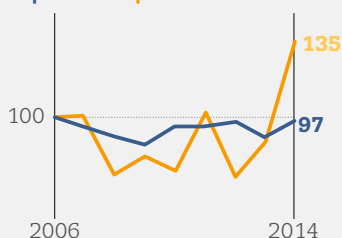
Quantità sequestrate



Prezzo (EUR/g) Purezza (%)



Tendenze indicizzate:
prezzo e purezza



Metamfetamina

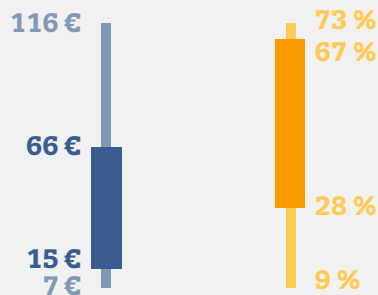
Numero di sequestri



Quantità sequestrate



Prezzo (EUR/g) Purezza (%)

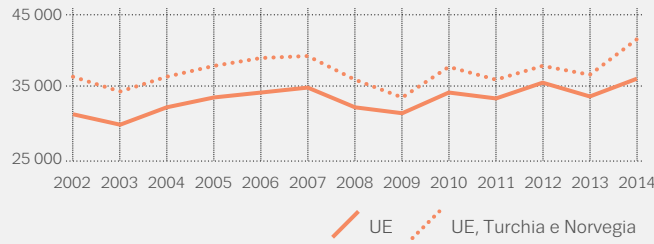


NB: UE + 2 si riferisce a Stati membri dell'UE, Turchia e Norvegia. Prezzo e purezza delle amfetamine: valori medi nazionali – intervallo minimo, massimo e interquartile. I paesi compresi nella statistica variano per indicatore. Le tendenze indicizzate non sono disponibili per la metamfetamina.

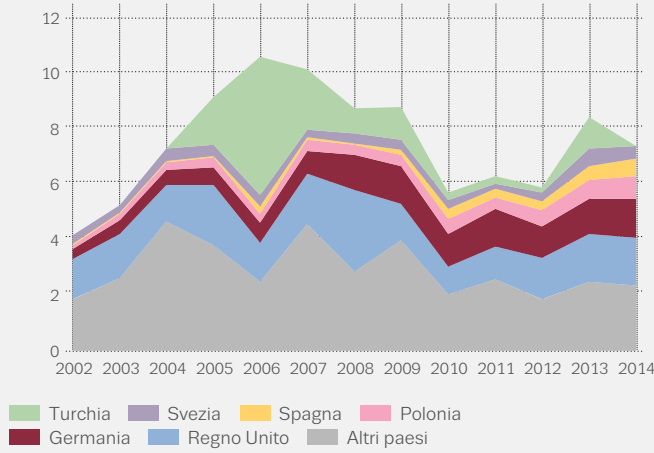
FIGURA 1.7

Numero di sequestri di amfetamina e quantità sequestrata: tendenze e nel 2014 o nell'anno più recente

Numero di sequestri

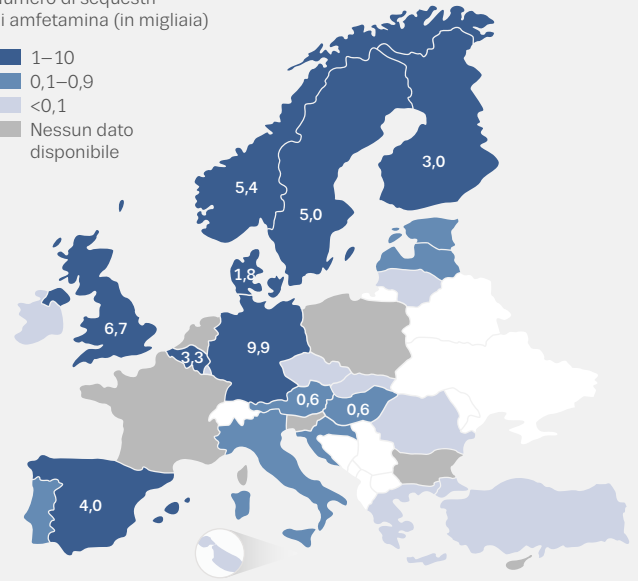


Tonnellate



Numero di sequestri di amfetamina (in migliaia)

- 1-10
- 0,1-0,9
- <0,1
- Nessun dato disponibile



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

Quantità di amfetamina sequestrata (in tonnellate)

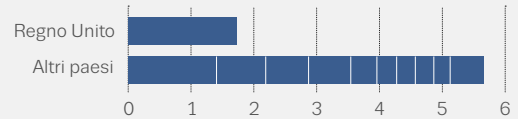
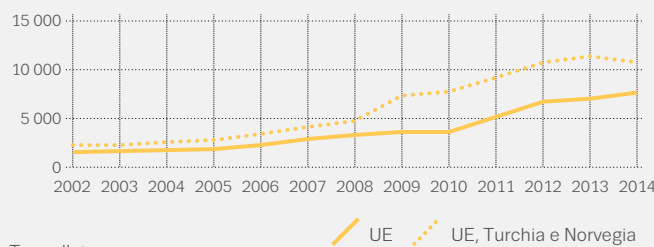


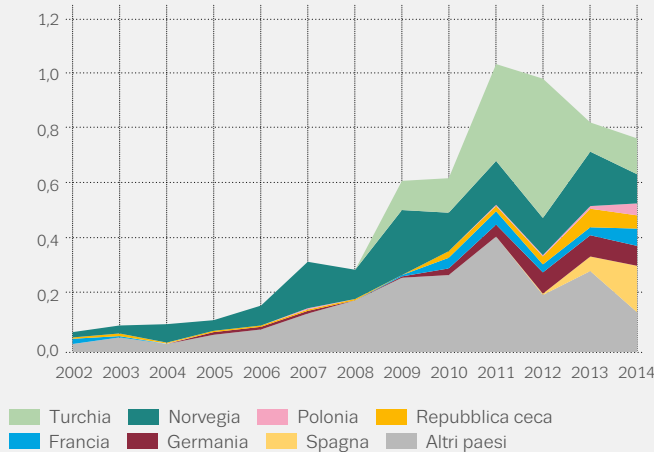
FIGURA 1.8

Numero di sequestri di metamfetamina e quantità sequestrata: tendenze e nel 2014 o nell'anno più recente

Numero di sequestri

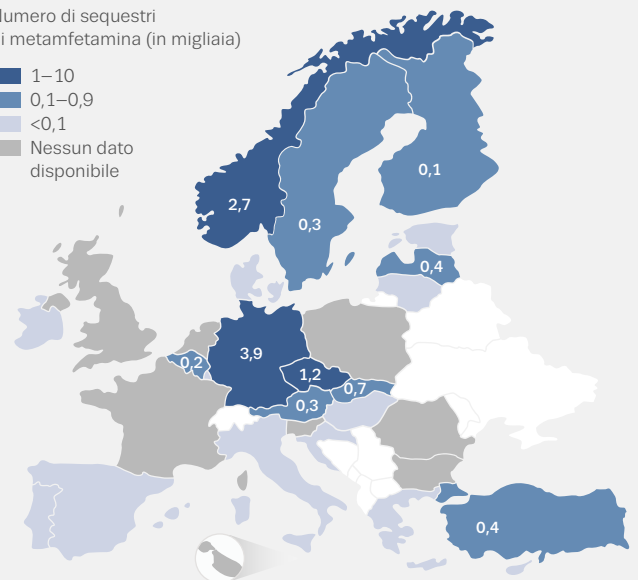


Tonnellate



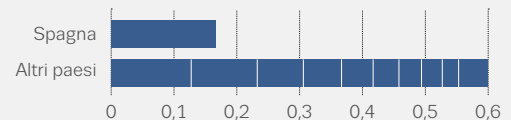
Numero di sequestri di metamfetamina (in migliaia)

- 1-10
- 0,1-0,9
- <0,1
- Nessun dato disponibile



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

Quantità di metamfetamina sequestrata (in tonnellate)



La produzione di metamfetamina che utilizza il BMK (benzil-metil-chetone) è segnalata da Lituania e Bulgaria, mentre nella Repubblica ceca e nei paesi limitrofi si utilizzano efedrina e pseudoefedrina. Tradizionalmente, in Repubblica ceca la metamfetamina viene prodotta perlopiù in piccoli impianti da consumatori per uso personale o locale. Tale caratteristica si rispecchia nell'alto numero di siti di produzione individuati nel paese (nel 2013 ne sono stati smantellati 261 su un totale di 294 in Europa). Recentemente, tuttavia, i volumi di produzione sono aumentati e sono stati utilizzati nuovi pre-precursori; è stato inoltre segnalato che gruppi della criminalità organizzata producono questa sostanza sia per il mercato interno che per quelli esteri.

Nel 2014 gli Stati membri dell'UE hanno segnalato 36 000 sequestri di amfetamina, per un totale di 7,1 tonnellate. Nel complesso, dal 2002 la quantità di metamfetamina sequestrata nell'Unione europea è aumentata (figura 1.7). Il numero dei sequestri di metamfetamina è di gran lunga più basso e rappresenta circa un quinto di tutti i sequestri di amfetamine del 2014, con 7 600 sequestri segnalati nell'Unione europea, per una quantità pari a 0,5 tonnellate (figura 1.8). Dal 2002 si registra una tendenza all'aumento sia per il numero che per la quantità di sostanza sequestrata.

Solitamente la purezza media denunciata per i campioni di metamfetamina è superiore a quella dei campioni di amfetamina, e, nonostante le più recenti tendenze indicizzate suggeriscano che la purezza dell'amfetamina è aumentata, il livello di purezza media resta relativamente basso.

MDMA: aumento dei prodotti ad alto dosaggio

La sostanza sintetica MDMA (3,4-metilenediossimetamfetamina) è chimicamente correlata alle amfetamine, ma ha effetti differenti. Storicamente, le compresse di ecstasy sono il principale prodotto dell'MDMA sul mercato, benché spesso abbiano contenuto una gamma di sostanze simili all'MDMA e sostanze chimiche non correlate. Dopo un periodo di segnalazioni in base alle quali la maggioranza delle compresse vendute come ecstasy in Europa conteneva dosi ridotte di MDMA o non ne conteneva affatto, dai dati recenti si evince che questa situazione è cambiata. Le segnalazioni indicano un aumento della disponibilità di compresse ad alto contenuto di MDMA nonché di MDMA in polvere o in cristalli.

In Europa la produzione di MDMA appare concentrata nei Paesi Bassi, lo Stato che ha storicamente denunciato il

maggior numero di siti di produzione di questa sostanza stupefacente. Dopo il declino della produzione di MDMA alla fine dello scorso decennio, ci sono stati segnali di una ripresa, come dimostrano le segnalazioni di impianti di produzione su vasta scala recentemente smantellati nei Paesi Bassi e in Belgio.

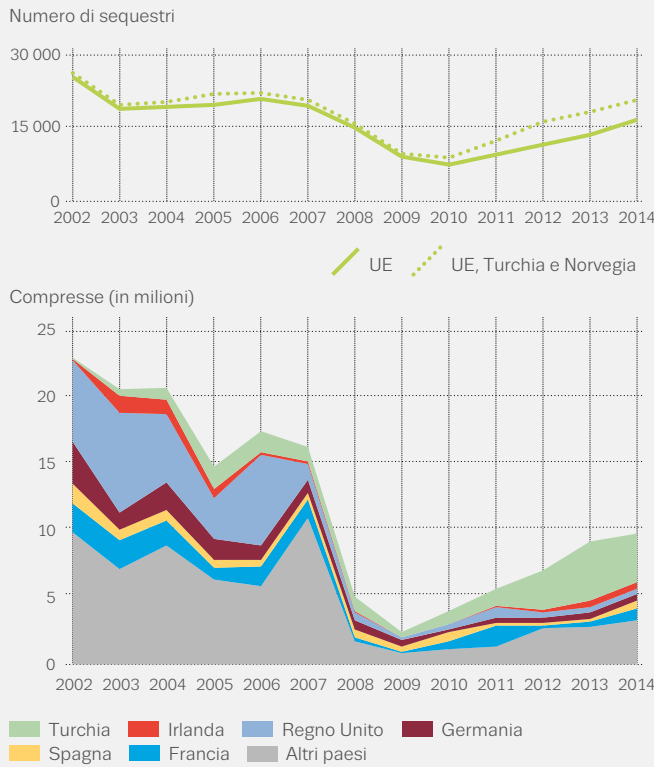
Valutare le tendenze recenti relative ai sequestri di MDMA è difficile perché mancano i dati di alcuni paesi che probabilmente contribuiscono al numero totale in misura significativa. Per quanto riguarda il 2014, non sono disponibili dati sui Paesi Bassi e non è noto il numero dei sequestri avvenuti in Finlandia, Francia, Polonia e Slovenia. Nel 2012 i Paesi Bassi hanno segnalato il sequestro di 2,4 milioni di compresse di MDMA e, se si può presupporre che il dato per il 2014 sia simile, si stima che in quell'anno nell'Unione europea siano stati sequestrati circa 6,1 milioni di compresse di MDMA, ossia oltre il doppio del quantitativo sequestrato nel 2009. Inoltre, nel 2014 sono state sequestrate 0,2 tonnellate di MDMA in polvere. Anche in Turchia si sequestrano grandi quantitativi di MDMA, per un totale di 3,6 milioni di compresse di MDMA nel 2014 (figura 1.9).

Presso i paesi che segnalano regolarmente i dati, dal 2010 le tendenze indicizzate mostrano un incremento del contenuto di MDMA. In tal senso, la disponibilità di prodotti ad alto contenuto della sostanza ha indotto Europol e l'EMCDDA a lanciare allarmi congiunti nel 2014.

La disponibilità di prodotti ad alto contenuto di MDMA ha indotto Europol e l'EMCDDA a lanciare allarmi congiunti

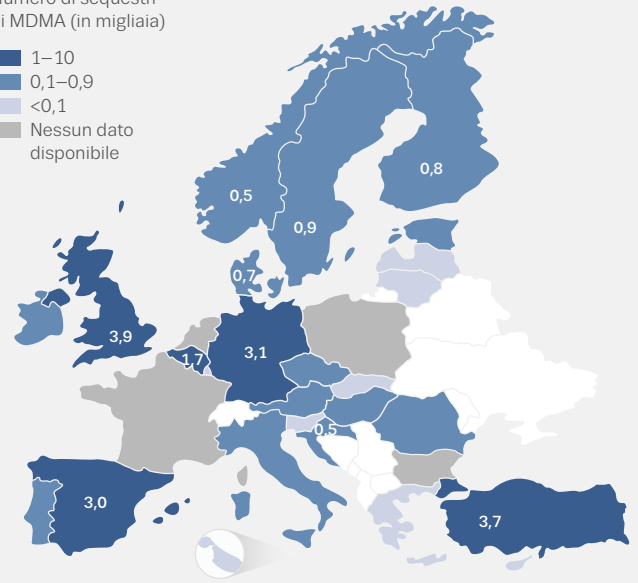
FIGURA 1.9

Numero di sequestri di MDMA e quantità sequestrata: tendenze e nel 2014 o nell'anno più recente



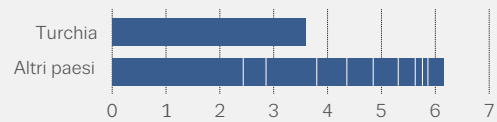
Numero di sequestri di MDMA (in migliaia)

- 1-10
- 0,1-0,9
- <0,1
- Nessun dato disponibile



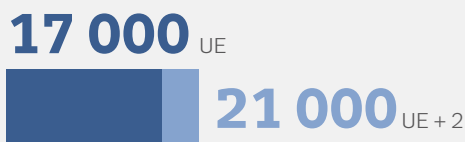
NB: numero di sequestri (in migliaia) per i 10 paesi con i valori più alti.

Comprese di MDMA sequestrate (in milioni)



MDMA

Numero di sequestri



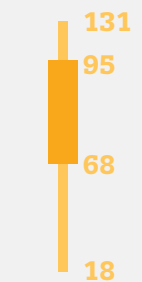
Quantità sequestrate



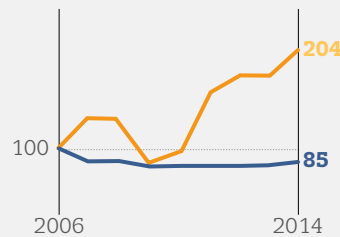
Prezzo (EUR/compressa)



Purezza (mg MDMA/compressa)



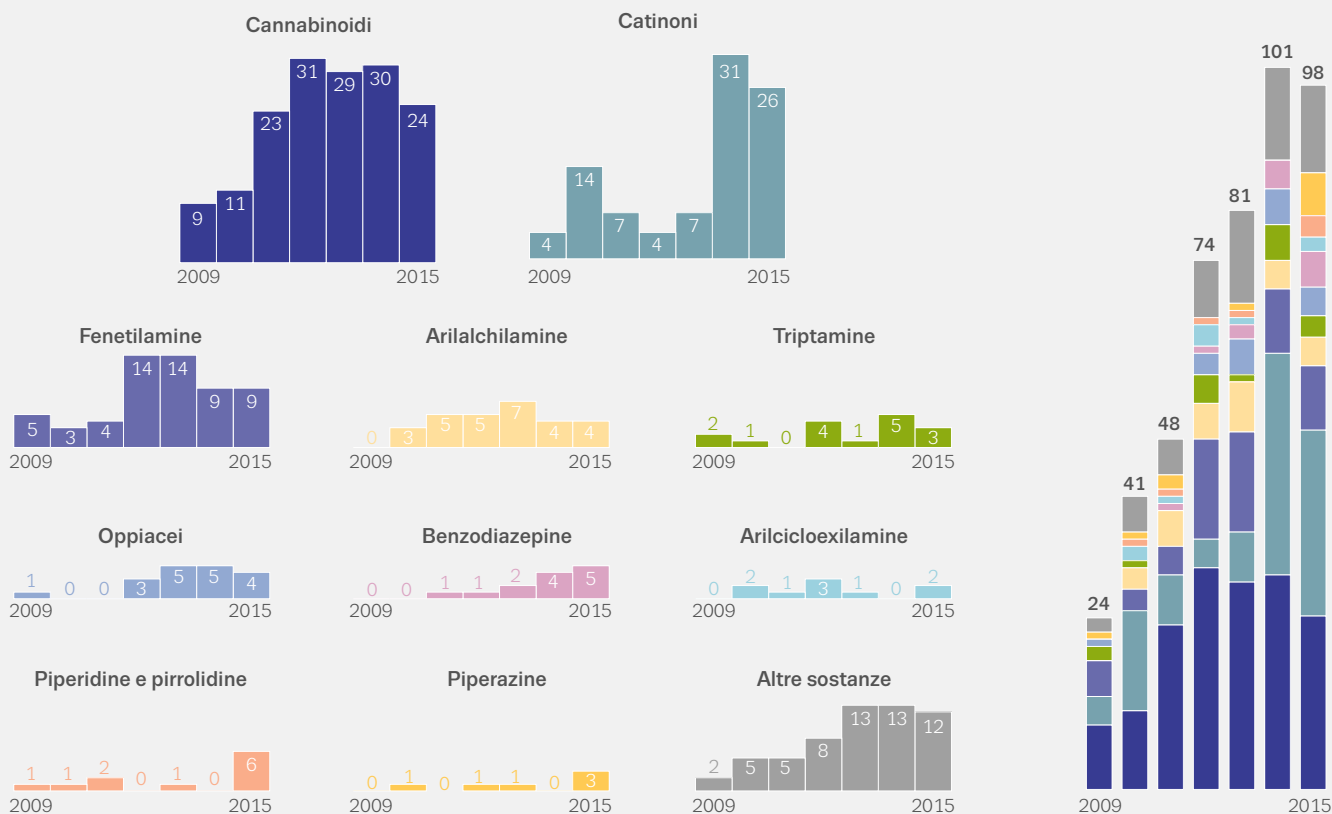
Tendenze indicizzate: prezzo e purezza



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

FIGURA 1.10

Numero e categorie delle nuove sostanze psicoattive notificate per la prima volta al sistema di allerta rapido dell'UE (2009-2015)



Sequestri di LSD, GHB, chetamina e mefedrone

Nell'Unione europea si sequestrano alcune altre sostanze illecite; nel 2014, per esempio, sono stati effettuati 1 700 sequestri di LSD, per un totale di 156 000 dosi. Inoltre, il Belgio ha sequestrato 3 kg della sostanza, il quantitativo più elevato che sia mai stato registrato per tale paese. Per la maggior parte delle altre droghe, serie di dati incomplete non permettono di eseguire confronti tra paesi o analisi delle tendenze. Nel 2014, 18 paesi hanno segnalato sequestri di GHB o GBL. Nell'ambito dei 1 243 sequestri effettuati, che per oltre un terzo sono avvenuti rispettivamente in Belgio (40 %) e in Norvegia (34 %), sono stati intercettati 176 kg e 544 litri di questa sostanza. Undici paesi hanno segnalato 793 sequestri di chetamina, per un totale di 246 kg. Oltre la metà dei suddetti sequestri è avvenuta nel Regno Unito. Nell'ambito dei 1 645 sequestri di mefedrone, segnalati da 10 paesi, sono stati intercettati 203 kg di questa sostanza, quasi tutti nel Regno Unito (101 kg) e a Cipro (99 kg).

Nuove sostanze psicoattive: eterogeneità del mercato

L'EMCDDA monitora un'ampia gamma di nuove sostanze psicoattive, tra cui cannabinoidi sintetici, catinoni sintetici,

fenetilamine, oppiacei, triptamine, benzodiazepine, arilalchilamine e una serie di altre sostanze. Nel 2015 sono state individuate per la prima volta 98 nuove sostanze e, di conseguenza, le nuove sostanze monitorate sono diventate oltre 560, 380 delle quali (70 %) sono state rilevate negli ultimi 5 anni (figura 1.10).

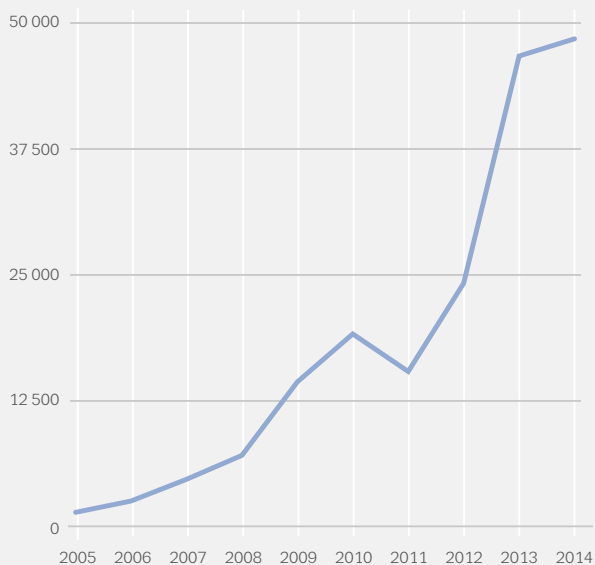
Dal 2008 sono stati individuati 160 cannabinoidi sintetici in una serie di prodotti differenti, tra cui 24 nuovi cannabinoidi segnalati nel 2015. I cannabinoidi sintetici sono venduti come sostituti "legali" della cannabis e potrebbero essere pubblicizzati come "miscele di incenso esotico" e "non destinati al consumo umano" per eludere le leggi sulla tutela dei consumatori e sui farmaci. Questo è il gruppo più ampio di nuove sostanze monitorate dall'EMCDDA, che rispecchia sia la vasta richiesta di cannabis in Europa sia la capacità dei produttori di immettere sul mercato nuovi cannabinoidi quando quelli esistenti sono soggetti a misure di controllo.

I catinoni sintetici, che costituiscono il secondo gruppo più numeroso di sostanze monitorate dall'EMCDDA, sono stati individuati per la prima volta in Europa nel 2004; da allora, ne sono stati identificati 103 di nuovi, di cui 26 nel 2015. I catinoni sintetici sono generalmente venduti come

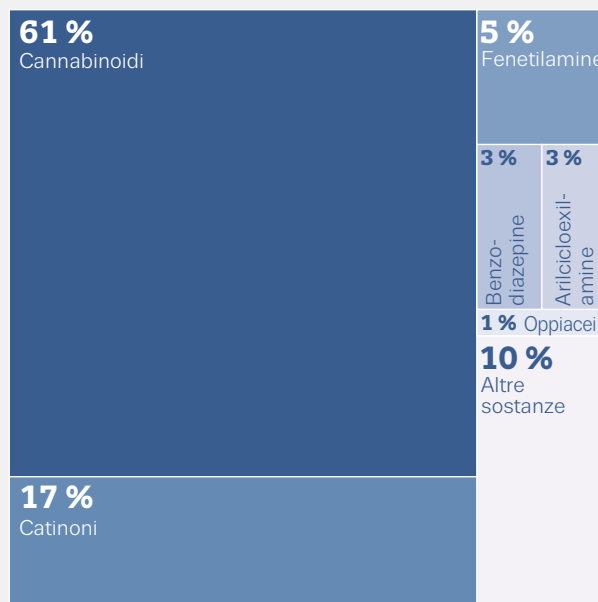
FIGURA 1.11

Numero di sequestri di nuove sostanze psicoattive notificate al sistema di allerta rapido dell'UE: disaggregazione per categoria di sostanza nel 2014 e tendenze

Numero di singoli casi



NB: dati per Stati membri dell'UE, Turchia e Norvegia.



sostituti "legali" di stimolanti come l'amfetamina, l'MDMA e la cocaina.

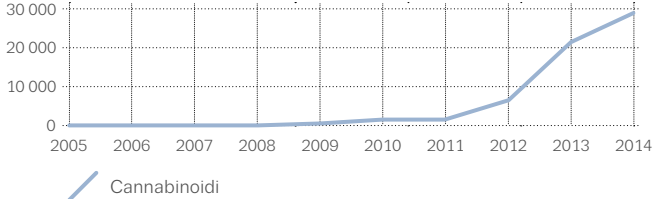
Attualmente l'EMCDDA monitora 14 benzodiazepine nuove e non controllate, che talvolta sono utilizzate dai

contraffattori per produrre medicinali falsi venduti in Europa. Esempi di questa prassi sono le compresse contraffatte di alprazolam, intercettate nel 2015, in cui si è riscontrata la presenza di flubromazolam, e le false compresse di diazepam, che contenevano fenazepam. In alcuni paesi

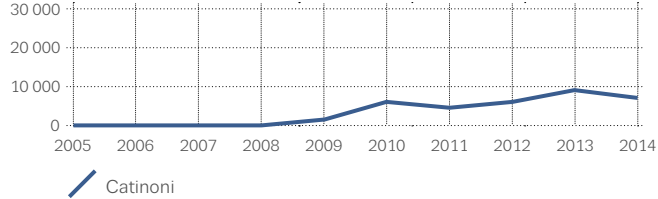
FIGURA 1.12

Sequestri di cannabinoidi sintetici e catinoni segnalati al sistema di allerta rapido dell'UE: tendenze nel numero di sequestri e quantità sequestrata

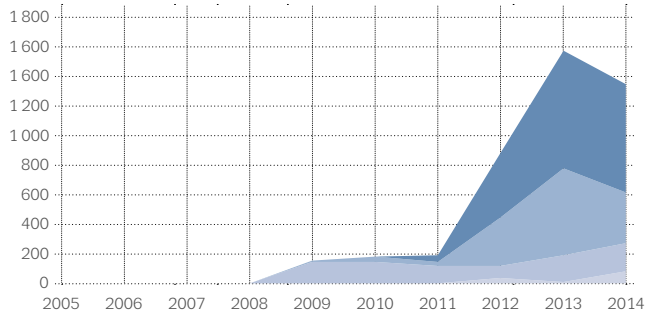
Numero di singoli casi



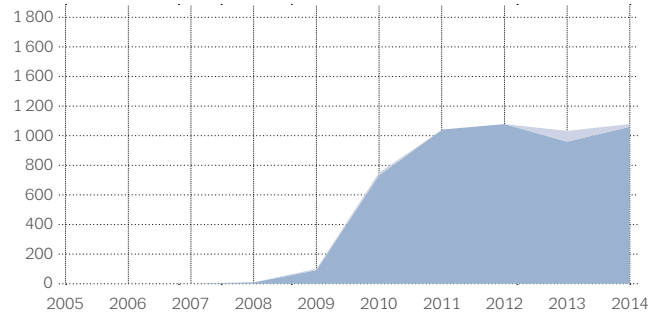
Numero di singoli casi



Cannabinoidi (chilogrammi)



Catinoni (chilogrammi)



Tutte le altre forme Piante Polvere Forma non specificata

Polvere Tutte le altre forme

NB: dati per UE, Turchia e Norvegia.

europei questi farmaci contraffatti sono diventati una parte importante del mercato delle sostanze illecite.

Aumento dei sequestri di nuove sostanze psicoattive

I dati sui sequestri rilevati a livello di caso e segnalati al sistema di allerta rapido dell'UE indicano che il mercato delle nuove droghe è in costante crescita. Nel 2014 in Europa sono stati effettuati quasi 50 000 sequestri di nuove sostanze, per un peso di quasi 4 tonnellate (figura 1.11). La maggior parte di esse era rappresentata dai cannabinoidi sintetici, di cui sono stati effettuati quasi 30 000 sequestri, per un peso di oltre 1,3 tonnellate (figura 1.12). Il secondo gruppo più numeroso era costituito dai catinoni sintetici, i cui sequestri sono stati più di 8 000, per oltre 1 tonnellata di peso. Insieme, cannabinoidi e catinoni sintetici rappresentavano quasi l'80 % del numero totale di sequestri e oltre il 60 % della quantità sequestrata durante il 2014. Altri gruppi comprendevano benzodiazepine non controllate e analgesici narcotici potenti, come ad esempio il fentanil, che potrebbero essere venduti come eroina.

Nel 2014 i sequestri di nuove sostanze psicoattive sono stati dominati dai cannabinoidi sintetici, che hanno rappresentato oltre il 60 % del numero totale di sequestri e quasi il 35 % della quantità sequestrata (figura 1.11). Nella maggior parte dei casi si è trattato di sequestri di polvere, spesso in grossi quantitativi; per il resto, in genere sono stati effettuati sequestri di materiale vegetale su cui era stata spruzzata la sostanza. Le polveri sono utilizzate per fabbricare prodotti venduti come "droghe legali" e i sequestri rappresentano milioni di dosi. I cinque principali cannabinoidi sequestrati sotto forma di polvere nel 2014 sono stati: AM-2201 (70 kg), MDMB-CHMICA (40 kg), AB-FUBINACA (35 kg), MAM-2201 (27 kg) e XLR-11 (5F-UR-144) (26 kg).

Nel 2014 i catinoni sintetici hanno rappresentato oltre il 15 % di tutti i sequestri di nuove sostanze psicoattive e quasi il 30 % della quantità totale sequestrata (figura 1.11). Tra i cinque principali catinoni sequestrati figuravano il mefedrone (222 kg) e i suoi isomeri 3-MMC (388 kg) e 2-MMC (55 kg) nonché il pentedrone (136 kg) e l'alfa-PVP (135 kg).

Mercati della droga: risposte politiche

Alla luce del carattere globale dell'offerta e del traffico di stupefacenti, è complesso attuare contromisure. I responsabili politici hanno a disposizione una serie di opzioni per il contenimento dell'offerta, tra cui strategie in materia di droga e interventi a livello legislativo nonché approcci

normativi e di contrasto. Alcune istituzioni dell'UE si occupano di coordinare le iniziative europee di contenimento dell'offerta. Nell'ambito di questo processo si utilizzano più strumenti di pianificazione strategica: la strategia dell'UE in materia di droga (2013-2020) e l'attuale piano d'azione in materia (2013-2016), il ciclo programmatico dell'UE per contrastare la criminalità organizzata e le forme gravi di criminalità internazionale nonché le strategie dell'UE in materia di sicurezza. La portata delle sfide che le autorità di contrasto devono affrontare e i metodi sempre più raffinati dei gruppi della criminalità organizzata coinvolti nel commercio di droga rispecchiano l'ampio ventaglio di aree politiche contemplate dalle suddette strategie, che riguardano, per esempio, il settore marittimo e quelli di sicurezza, migrazione e sviluppo. Tali politiche comprendono azioni volte a rafforzare le attività di polizia basate sull'intelligence, la sorveglianza e il trasporto marittimi, l'individuazione e il contrasto dei flussi finanziari illeciti, il controllo delle frontiere, la circolazione delle sostanze chimiche industriali e le misure di sviluppo alternativo. L'Unione europea collabora anche con una serie di partner internazionali al fine di attuare le suddette politiche di contenimento dell'offerta.

A livello nazionale, gli Stati membri sono tenuti ad affrontare una serie altrettanto complessa di dinamiche del mercato della droga e la maggior parte di essi è dotata di strategie nazionali in materia di sicurezza e di polizia che comprendono attività di contenimento dell'offerta di droga. Inoltre, tranne due paesi, tutti gli altri si avvalgono di strategie nazionali sulle droghe per attuare le loro politiche in materia di droga, che spesso includono iniziative di contenimento sia dell'offerta che della domanda. Le eccezioni sono l'Austria, che attua strategie regionali in materia di droga, e la Danimarca, dotata di una politica nazionale che si esprime in una serie di documenti strategici, atti normativi e azioni concrete. Le strategie in materia di droga si traducono in documenti, in genere di limitata validità nel tempo, che solitamente contengono obiettivi e priorità nonché azioni specifiche con le parti responsabili della loro attuazione. L'arena politica della droga è diventata sempre più complessa negli ultimi anni, come dimostra la situazione di pressoché un terzo delle strategie nazionali degli Stati membri dell'UE, il cui campo d'azione va oltre le sostanze illecite per comprendere le sostanze lecite e in alcuni casi i comportamenti che creano dipendenza (cfr. figura 1.13).

I paesi si avvalgono di strategie nazionali sulle droghe per attuare le loro politiche in materia di droga

FIGURA 1.13

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

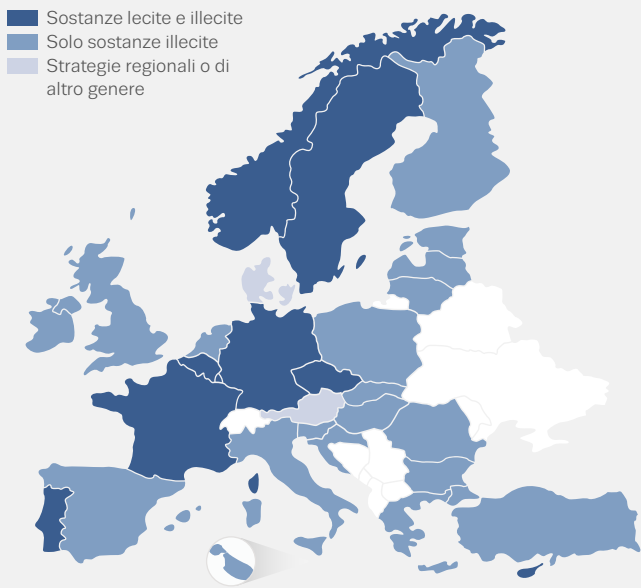
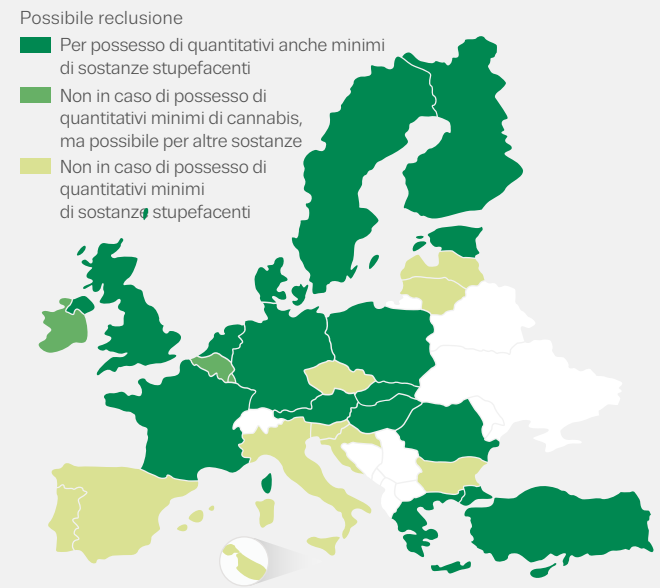


FIGURA 1.14

Sanzioni previste dalla legislazione: possibile reclusione per possesso di sostanze stupefacenti per uso personale (reati minori)



Risposte giuridiche all'offerta e alla detenzione di droga

Gli Stati membri adottano misure per prevenire l'offerta di sostanze illecite nell'ambito di tre convenzioni delle Nazioni Unite, che definiscono un quadro internazionale per il controllo della produzione, del commercio e della detenzione di oltre 240 sostanze psicoattive. Ogni paese è tenuto a considerare il traffico di stupefacenti come un reato penale, ma le sanzioni previste dalla legge variano da uno Stato all'altro. In alcuni paesi un reato relativo all'offerta di stupefacenti può essere punito in base a un unico, ampio ventaglio in termini di condanne, mentre altri distinguono tra reati lievi e gravi variando di conseguenza le pene.

Ogni paese è altresì tenuto a considerare la detenzione di droga per il consumo personale un reato penale, benché alle condizioni dei "principi costituzionali e concetti fondamentali del proprio sistema giuridico". Questa clausola non è stata interpretata in maniera uniforme, come risulta evidente dai differenti approcci giuridici nei paesi europei e altrove. All'incirca dal 2000, in Europa si registra una tendenza generale a ridurre la probabilità di incarcerazione o di altre pene detentive per reati minori connessi al consumo personale di droga. Alcuni paesi sono andati oltre, stabilendo che la detenzione di droga per consumo personale possa essere punita solo con sanzioni non penali, in genere con una multa (figura 1.14).

Reati connessi alla droga: aumenti sul lungo periodo

L'applicazione delle norme per frenare l'offerta e il consumo di droga viene monitorata attraverso i dati sulle segnalazioni di reati contro la legge in materia di sostanze stupefacenti. Secondo le stime, nell'Unione europea nel 2014 ne erano stati segnalati 1,6 milioni (la maggior parte dei quali correlati alla cannabis, 57%), commessi da circa 1 milione di soggetti. I reati denunciati sono aumentati di quasi un terzo (34%) tra il 2006 e il 2014.

Nella maggior parte dei paesi europei la maggioranza delle segnalazioni di violazioni della legge sulle sostanze stupefacenti riguarda il consumo di droghe oppure la detenzione a scopo di consumo. Si stima che in tutta Europa questi reati abbiano superato il milione di casi nel 2014, con un incremento del 24% rispetto al 2006. Più di tre quarti delle segnalazioni di reati relativi alla detenzione di sostanze stupefacenti riguardano la cannabis. Nel 2014 è proseguita la tendenza all'aumento dei reati relativi alla detenzione di cannabis, amfetamine ed MDMA (figura 1.15).

Nel complesso, le segnalazioni di reati relativi all'offerta di stupefacenti sono aumentate del 10% dal 2006, raggiungendo una stima di oltre 214 000 casi nel 2014. Come per i reati relativi alla detenzione, anche in questo caso la maggioranza si riferisce alla cannabis. Una percentuale maggiore di reati connessi all'offerta rispetto a quelli relativi alla detenzione per consumo personale è

stata riconducibile a cocaina, eroina e amfetamine. La tendenza al calo dei reati connessi all'offerta di cocaina ed eroina non è proseguita nel 2014, mentre si è registrata un'impennata delle segnalazioni di quelli relativi all'offerta di MDMA (figura 1.15).

Prevenire la diversione dei farmaci sostitutivi

Desto preoccupazione la diversione dei farmaci sostitutivi degli oppiacei dall'uso al quale sono destinati nel trattamento della tossicodipendenza, all'uso non medico e alla vendita sui mercati delle sostanze illecite. Nella fattispecie, per "diversione" si intendono la condivisione, la vendita, il commercio o la cessione a terzi di farmaci soggetti a prescrizione. Queste azioni possono essere volontarie (offerta intenzionale a un'altra persona) o involontarie (offerta non intenzionale, ad esempio nel caso di smarrimento di dosi e furto).

A livello nazionale, sono molti i provvedimenti attuati per prevenire la diversione dei farmaci sostitutivi, che comprendono, fra l'altro, la formazione di medici e pazienti, la realizzazione di strategie volte a garantire l'osservanza del trattamento mediante una prescrizione e un controllo adeguati del dosaggio, l'indicazione di formulazioni di farmaci abuso-deterrenti, l'utilizzo di dosatori elettronici di farmaci e il ricorso a misure di controllo quali

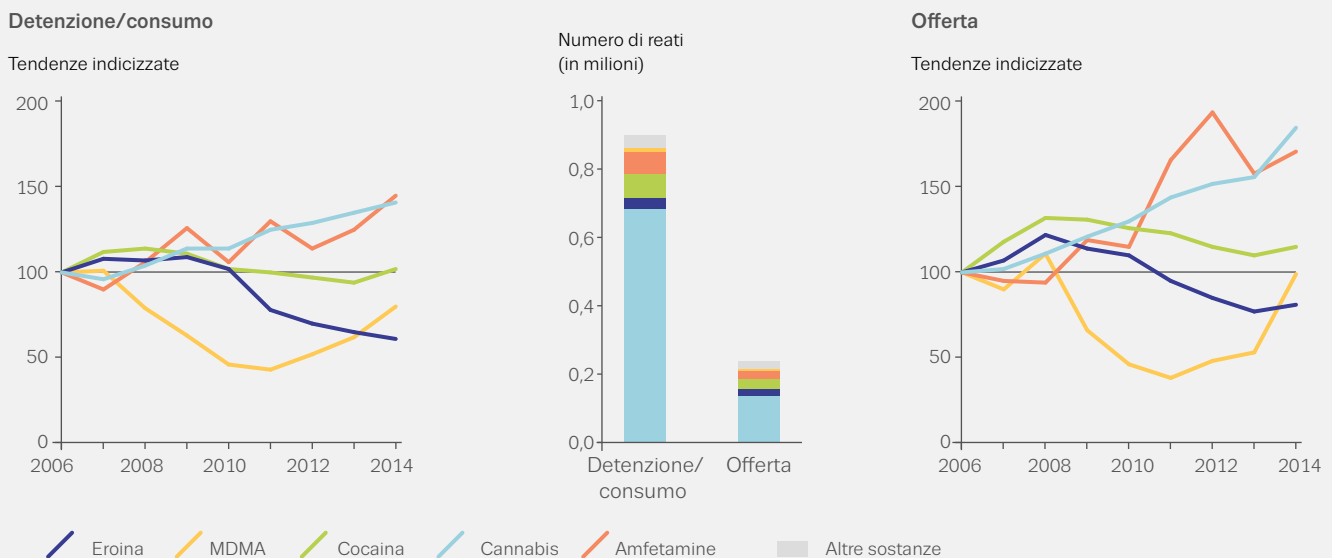
l'effettuazione di prove tossicologiche sui pazienti, il conteggio delle pillole e il monitoraggio a sorpresa. A livello di sistema, la situazione può essere regolamentata tramite registri delle operazioni effettuate dalle farmacie e con il ricorso a misure disciplinari al fine di evitare prescrizioni inappropriate.

Una recente analisi europea suggerisce che molti di questi interventi hanno il potenziale di ridurre l'insorgenza della diversione, anche se le informazioni sulle possibili conseguenze non intenzionali della loro attuazione sono raramente segnalate. Attualmente, permane la sfida di continuare ad agevolare l'accesso dei pazienti ai farmaci sostitutivi definendo al contempo adeguate risposte preventive e normative che riducano al minimo la diversione di questi farmaci sul mercato illecito.

**Sono molti i provvedimenti
attuati per prevenire
la diversione dei farmaci
sostitutivi**

FIGURA 1.15

Reati connessi al consumo o allo spaccio di sostanze stupefacenti in Europa: tendenze indicizzate e reati segnalati nel 2014



MAGGIORI INFORMAZIONI

Pubblicazioni dell'EMCDDA

2016

Cocaine trafficking to Europe, prospettive sulle droghe.

Changes in Europe's cannabis resin market, prospettive sulle droghe.

Internet and drug markets, approfondimenti.

Strategies to prevent diversion of Opioid Substitution Treatment, prospettive sulle droghe.

2015

Drugs policy and the city in Europe, documenti dell'EMCDDA.

Opioid trafficking routes, prospettive sulle droghe.

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

The Internet and drug markets, relazioni tecniche.

2014

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

Drug policy profiles – Austria, documenti dell'EMCDDA.

Drug policy profiles – Poland, documenti dell'EMCDDA.

2013

Drug policy advocacy organisations, documenti dell'EMCDDA.

Drug policy profiles: Ireland.

Drug supply reduction and internal security, documenti dell'EMCDDA.

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

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

Synthetic cannabinoids in Europe, prospettive sulle droghe.

Synthetic drug production in Europe, prospettive sulle droghe.

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

2012

Cannabis production and markets in Europe, approfondimenti.

2011

Drug policy profiles: Portugal

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

Rispondere alle nuove sostanze psicoattive, focus sulle droghe.

Pubblicazioni congiunte EMCDDA ed Europol

2016

EU Drug markets report: in-depth analysis.

EU Drug markets report: a strategic overview.

2015

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: 1-phenyl-2-(1-pyrrolidinyl)-1-pentanone (α -PVP), relazioni congiunte.

EMCDDA–Europol 2014 Annual Report on the implementation of Council Decision 2005/387/JHA.

2013

EU Drug markets report: a strategic analysis.

Amphetamine: a European Union perspective in the global context.

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

2

**Attualmente il consumo di droga in
Europa interessa una serie di sostanze
più ampia**

Prevalenza e tendenze del consumo di droga

Attualmente il consumo di droga in Europa interessa una serie di sostanze più ampia che in passato. Fra i consumatori di stupefacenti è diffusa la poliassunzione e i modelli individuali di consumo vanno da quello sperimentale a quello abituale, fino alla dipendenza. In generale, il consumo di stupefacenti è solitamente maggiore tra i maschi, e questa differenza è in genere accentuata per i modelli di consumo più assiduo e regolare. La prevalenza del consumo di cannabis è circa cinque volte superiore a quella di altre sostanze. Benché il consumo di eroina e di altri oppiacei rimanga relativamente modesto, queste continuano a essere le droghe più comunemente associate alle forme più dannose di consumo, compreso quello per via parenterale.

Monitoraggio dell'offerta di droga

L'EMCDDA raccoglie e conserva delle serie di dati riguardanti il consumo e i modelli di consumo di droga in Europa.

I dati delle indagini sulla popolazione in generale possono fornire una panoramica della prevalenza del consumo di droga in contesti ricreativi. I risultati di tali indagini possono essere integrati da analisi dei residui di droga nelle acque di scarico municipali svolte a livello di comunità nelle città europee.

Gli studi che riportano stime del consumo ad alto rischio di stupefacenti possono permettere di individuare la portata dei problemi di tossicodipendenza più radicati, mentre i dati relativi ai pazienti che si sottopongono a trattamento specialistico, considerati insieme ad altri indicatori, possono consentire di comprendere meglio la natura e le tendenze del consumo ad alto rischio di stupefacenti.

Quasi un europeo su quattro ha provato sostanze illecite

Secondo le stime, oltre 88 milioni di adulti (ossia poco più di un quarto della popolazione di età compresa fra 15 e 64 anni nell'Unione europea) hanno provato sostanze illecite nel corso della vita. Il consumo di droga è più frequentemente segnalato dai maschi (54,3 milioni) che dalle loro controparti di sesso femminile (34,8 milioni). La sostanza stupefacente più consumata è la cannabis (51,5 milioni di maschi e 32,4 milioni di femmine), mentre le stime sono decisamente inferiori per il consumo

nell'arco della vita di cocaina (11,9 milioni di maschi e 5,3 milioni di femmine), MDMA (9,1 milioni di maschi e 3,9 milioni di femmine) e amfetamine (8,3 milioni di maschi e 3,8 milioni di femmine). I livelli dichiarati di consumo di cannabis nell'arco della vita variano in misura considerevole tra i diversi paesi, da circa 4 adulti su 10 in Francia e un terzo degli adulti in Danimarca e in Italia, a meno di un adulto su 10 in Bulgaria, Ungheria, Romania, Turchia e a Malta.

Il consumo di droga nell'ultimo anno è un valido parametro di misura del consumo recente ed è prevalentemente concentrato fra i giovani (15-34 anni). Si stima che nell'ultimo anno abbiano fatto uso di droga 17,8 milioni di giovani adulti; di questi, i maschi erano il doppio delle femmine.

Consumo di cannabis: situazioni nazionali differenti

La cannabis è la sostanza illecita con la maggiore probabilità di essere utilizzata da tutte le fasce di età. Questa sostanza viene generalmente assunta inalandone il fumo; in Europa di solito è mescolata a tabacco. I modelli di consumo della cannabis vanno dal consumatore occasionale a quello abituale e dipendente.

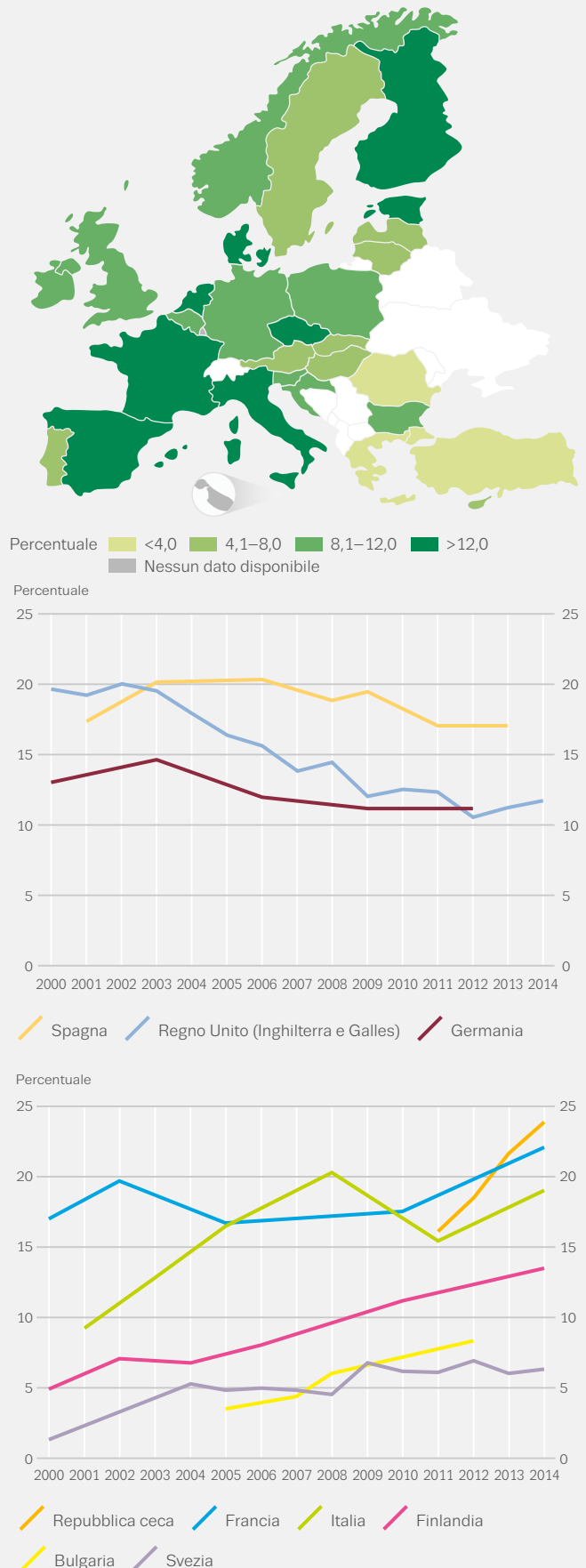
Si stima che 16,6 milioni di giovani europei (15-34 anni), pari al 13,3 % di questa fascia d'età, abbiano consumato cannabis nell'ultimo anno (di cui 9,6 milioni avevano tra i 15 e i 24 anni, ossia il 16,4 % di questa fascia d'età). Fra i giovani che hanno fatto uso di cannabis nell'ultimo anno, il rapporto tra maschi e femmine è di due a uno.

I risultati dell'indagine più recente mostrano che i paesi continuano a seguire percorsi divergenti per quanto riguarda il consumo di cannabis nell'ultimo anno (figura 2.1). Tra i paesi che hanno svolto indagini a partire dal 2013, otto hanno segnalato stime più elevate, quattro le hanno dichiarate stabili e uno ha indicato una stima più bassa rispetto alla precedente indagine confrontabile.

Solo un numero limitato di paesi dispone di dati d'indagine sufficienti per consentire un'analisi statistica delle tendenze di medio e lungo periodo nel consumo di cannabis tra i giovani adulti (15-34 anni) nell'ultimo anno. Le indagini su paesi con tassi di prevalenza relativamente elevati, quali Germania, Spagna e Regno Unito, evidenziano tutte una prevalenza della cannabis in calo o stabile durante lo scorso decennio, mentre se ne osservano aumenti per la Francia dopo il 2010. Tra i paesi che hanno storicamente i tassi più bassi di consumo di cannabis, la Finlandia segnala regolarmente aumenti della

FIGURA 2.1

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



prevalenza nel lungo periodo, partendo da un livello basso per avvicinarsi alla media europea, mentre per la Svezia, che mantiene un livello basso, i dati mostrano un modesto aumento nell'ultimo decennio. Tra i paesi con il minor numero di punti confrontabili in termini di dati, i dati della Bulgaria mostrano una tendenza all'aumento proseguita fino al 2012, mentre un'indagine annuale condotta nella Repubblica ceca ha riscontrato aumenti dal 2011 al 2014.

Secondo l'ultimo ciclo del progetto europeo di indagini scolastiche sull'alcol e altre droghe (ESPAD), pubblicato nel 2011, la maggior parte del consumo di sostanze illecite tra gli studenti di 15-16 anni riguardava la cannabis. Dati più recenti sugli studenti, in questo caso di 15 anni d'età, sono forniti dallo studio HBSC (Health Behaviour in School-aged Children, comportamenti in materia di salute in ragazzi di età scolare). Nell'indagine HBSC del 2013-2014 i livelli di consumo di cannabis nell'arco della vita variavano dal 5 % tra le ragazze e dal 7 % tra i ragazzi in Svezia al 26 % tra le ragazze e al 30 % tra i ragazzi in Francia.

nell'ultimo mese. Circa il 60 % di queste persone rientra nella fascia d'età compresa fra i 15 e i 34 anni e più di tre quarti sono di sesso maschile.

Considerati insieme ad altri indicatori, i dati sui pazienti che si sottopongono a trattamento per problemi correlati alla cannabis possono consentire di comprendere meglio la natura e l'entità del consumo ad alto rischio in Europa. Complessivamente, il numero di pazienti sottoposti a trattamento per la prima volta per problemi legati alla cannabis è salito da 45 000 nel 2006 a 69 000 nel 2014. In questo gruppo, il numero di persone che hanno dichiarato di fare uso quotidiano di cannabis è aumentato dal 46 % nel 2006 al 54 % nel 2014. Le cause dell'aumento del numero di pazienti che entrano in trattamento non sono chiare, ma potrebbero essere collegate a cambiamenti nella prevalenza del consumo e del consumo intensivo di cannabis nonché ad altri fattori quali la disponibilità di prodotti più dannosi e più potenti, una maggiore disponibilità dei trattamenti per la cannabis e cambiamenti nelle pratiche di segnalazione dei trattamenti.

Trattamento dei consumatori di cannabis: aumento della richiesta

In base alle indagini sulla popolazione generale, si stima che circa l'1 % degli adulti europei siano consumatori quotidiani o quasi quotidiani di cannabis, nel senso che hanno fatto uso di questa droga su 20 o più giorni

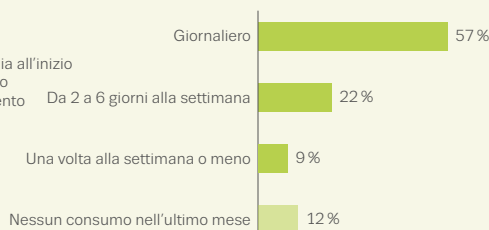
CONSUMATORI DI CANNABIS CHE SI SOTTOPONGONO A TRATTAMENTO

Caratteristiche

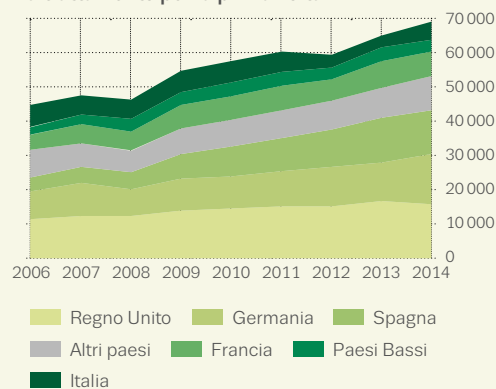


Frequenza di consumo nell'ultimo mese

Consumo medio **5,4** giorni alla settimana



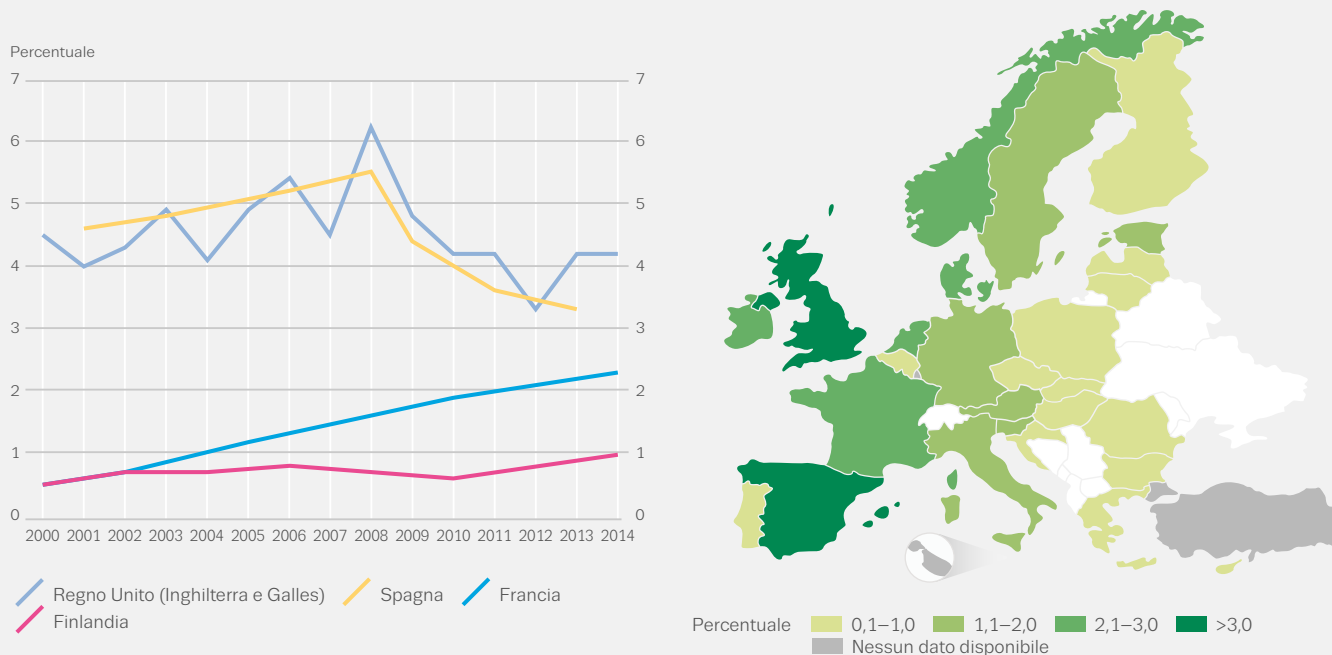
Tendenze relative ai pazienti che si sottopongono a trattamento per la prima volta



NB: le caratteristiche riguardano tutti i pazienti che si sottopongono a trattamento per i quali la cannabis è la droga primaria. A causa di cambiamenti nel flusso dei dati a livello nazionale, i dati del 2014 riferiti all'Italia non sono direttamente confrontabili con gli anni precedenti.

FIGURA 2.2

Prevalenza nell'ultimo anno del consumo di cocaina tra giovani adulti (15-34): tendenze statisticamente significative e dati più recenti



Cocaina: cambiamenti nella prevalenza

La cocaina è lo stimolante illecito più consumato in Europa, benché il suo consumo sia più diffuso nei paesi meridionali e occidentali del continente. La polvere di cocaina (cocaina cloridrato) viene soprattutto sniffata (assunta per inalazione), ma talvolta viene assunta anche per via parenterale, mentre la cocaina crack (cocaina base) solitamente si fuma.

Si stima che circa 2,4 milioni di giovani adulti di età compresa tra i 15 e i 34 anni (l'1,9 % di questa fascia d'età) abbiano consumato cocaina nel corso dell'ultimo anno. Molti consumatori ne fanno uso in contesti ricreativi, con picchi di consumo nei fine settimana e nei periodi di vacanza. Per quanto riguarda i consumatori abituali, si può operare un'ampia distinzione tra quelli socialmente più integrati, che sniffano spesso cocaina in polvere, e i consumatori emarginati, che assumono la cocaina per via parenterale o fumano il crack, talvolta insieme a oppiacei.

Solo Spagna, Paesi Bassi e Regno Unito hanno segnalato una prevalenza nell'ultimo anno del consumo di cocaina

La cocaina è lo stimolante illecito più consumato in Europa

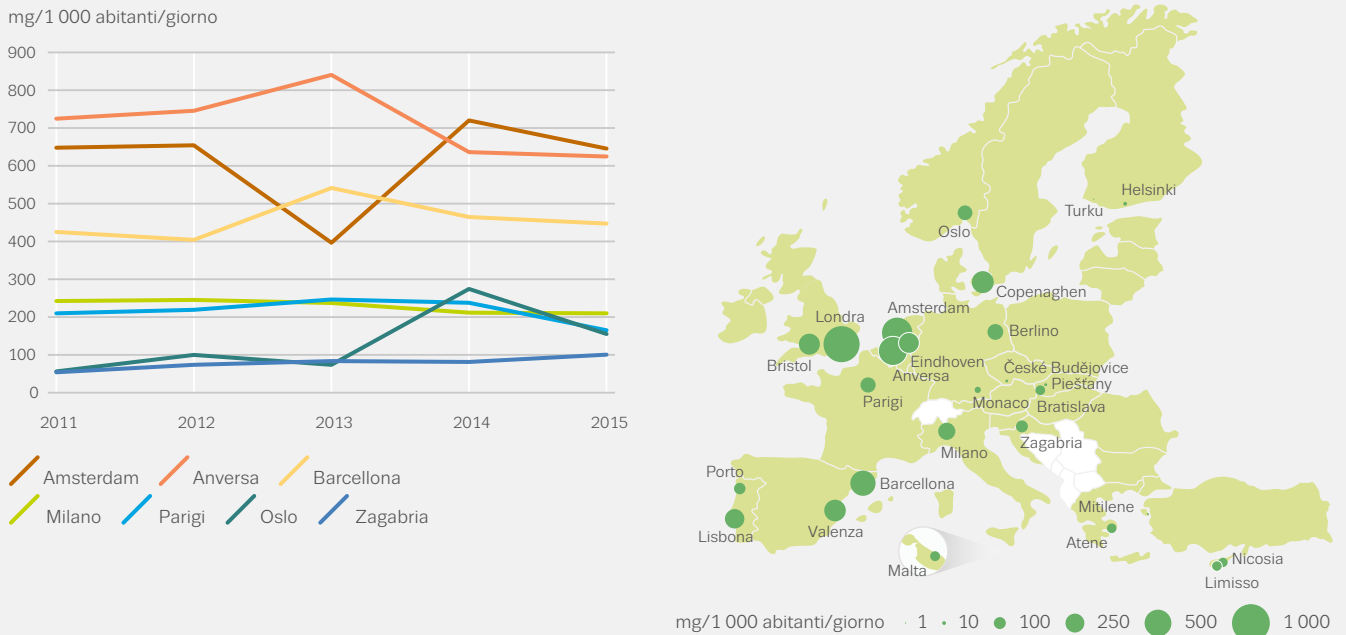
tra i giovani adulti pari o superiore al 3 %. I cali del consumo di cocaina segnalati negli anni precedenti non sono stati osservati nelle indagini più recenti; tra i paesi che hanno presentato le indagini a partire dal 2013, sei hanno segnalato stime più elevate, due le hanno dichiarate stabili e quattro hanno indicato stime più basse rispetto alla precedente indagine confrontabile.

Solo per un numero ristretto di paesi è possibile un'analisi statistica delle tendenze di lungo periodo del consumo di cocaina tra i giovani adulti nell'ultimo anno. Sia la Spagna che il Regno Unito hanno segnalato tendenze all'aumento della prevalenza fino al 2008, cui hanno fatto seguito tendenze stabili o in calo. Dalle segnalazioni del Regno Unito si evince che questo calo è limitato agli adulti più giovani (16-24 anni), mentre la prevalenza nella fascia d'età superiore è rimasta stabile o è in aumento. La Francia registra una tendenza all'aumento, avendo superato il 2 % nel 2014. In Finlandia la prevalenza è aumentata, ma i livelli generali di consumo restano bassi, avendo raggiunto solo l'1 % per la prima volta nel 2014.

L'analisi delle acque di scarico comunali svolta nell'ambito di uno studio condotto in varie città allo scopo di individuare residui di cocaina integra i risultati delle indagini sulla popolazione. Le conclusioni dello studio sono presentate sotto forma di quantitativi standardizzati (carichi di massa) del residuo giornaliero di droga per 1 000 abitanti. L'analisi del 2015 ha rinvenuto i carichi di massa più elevati di benzoilecgonina, il principale

FIGURA 2.3

Residui di cocaina nelle acque reflue in una selezione di città europee: tendenze e dati più recenti



NB: quantità media giornaliera di cocaina in milligrammi per 1 000 abitanti. Mappa: I campioni sono stati prelevati in una selezione di città europee nel corso di una settimana nel 2015.
Fonte: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

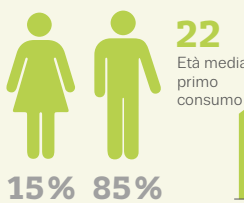
metabolita della cocaina, in alcune città di Belgio, Spagna, Paesi Bassi e Regno Unito (cfr. figura 2.3). I modelli generali individuati nel 2015 sono simili a quelli degli anni precedenti e la maggior parte delle città mostra una tendenza stabile o in calo tra il 2011 e il 2015.

Trattamento per consumo di cocaina: stabilità della richiesta

La prevalenza di modelli particolarmente problematici di consumo di cocaina in Europa è difficile da valutare perché

CONSUMATORI DI COCAINA CHE SI SOTTOPONGONO A TRATTAMENTO

Caratteristiche

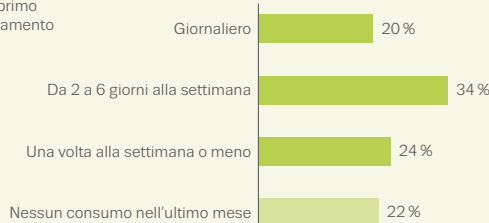


22
Età media al primo consumo

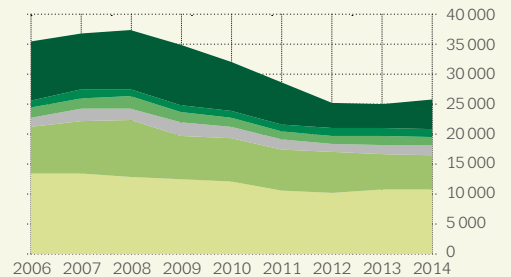
35
Età media all'inizio del primo trattamento

Frequenza di consumo nell'ultimo mese

Consumo medio **3,6** giorni alla settimana



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



Pazienti che si sottopongono a trattamento per la prima volta

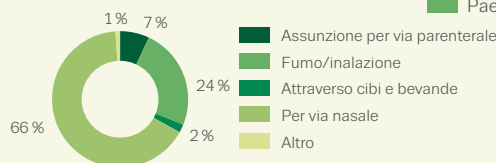
46%



Pazienti che si sono già sottoposti a trattamento

54%

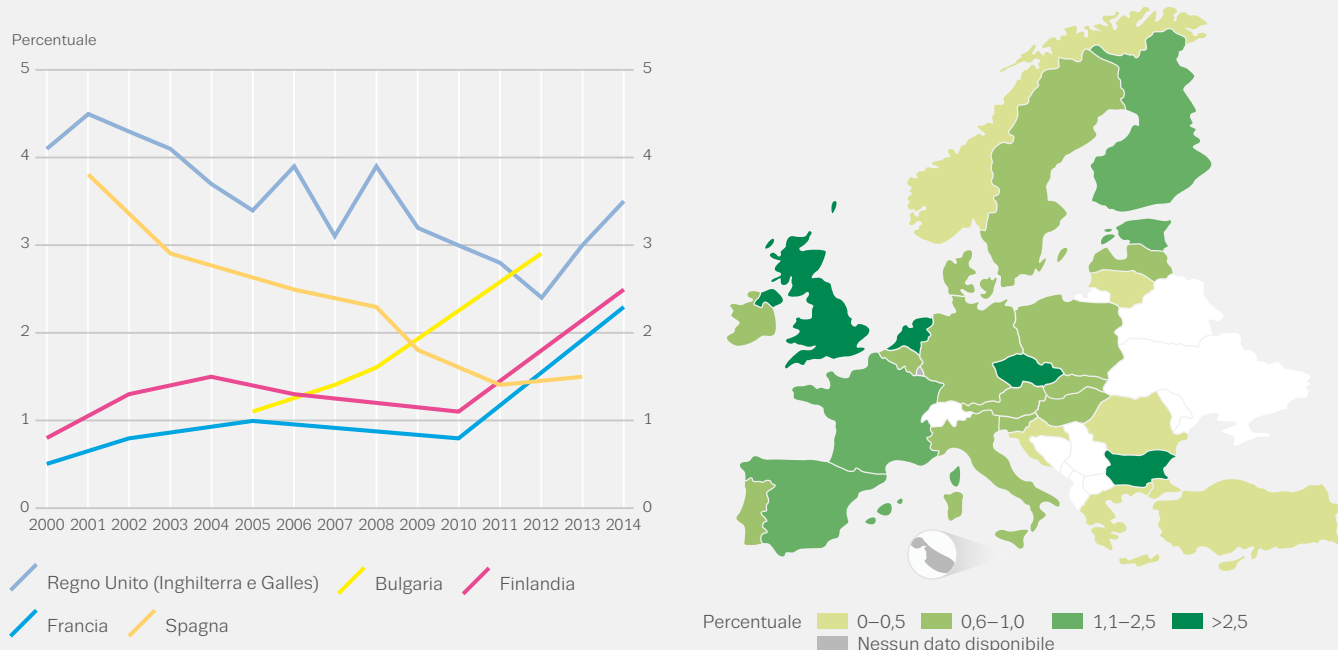
Via di somministrazione



NB: le caratteristiche riguardano tutti i pazienti che si sottopongono a trattamento per i quali la cocaina/crack è la droga primaria. A causa di cambiamenti nel flusso dei dati a livello nazionale, quelli del 2014 riferiti all'Italia non sono direttamente confrontabili con gli anni precedenti.

FIGURA 2.4

Prevalenza nell'ultimo anno del consumo di MDMA tra giovani adulti (15-34): tendenze statisticamente significative e dati più recenti



solo cinque paesi dispongono di stime recenti e sono state utilizzate definizioni e metodologie differenti. Nel 2012, nella popolazione adulta, la Germania ha stimato "problemi di dipendenza dalla cocaina" pari allo 0,20 %. Nel 2014 l'Italia ha presentato una stima pari allo 0,64 % per coloro che necessitano di trattamento per consumo di cocaina, mentre nel 2013 la Spagna ha stimato un consumo di cocaina ad alto rischio pari allo 0,29 %. Per il periodo 2011-2012 il Regno Unito ha stimato un consumo di crack nella popolazione adulta in Inghilterra pari allo 0,48 %; di questi, la maggioranza consumava anche oppiacei. Il consumo di cocaina ad alto rischio in Portogallo è stimato allo 0,62 % sulla base del consumo segnalato nell'ultimo anno.

A Spagna, Italia e Regno Unito è riconducibile circa il 74 % di tutte le richieste di trattamento per dipendenza da cocaina in Europa. Nel complesso, la cocaina è stata indicata come la droga primaria da 60 000 pazienti che si sono sottoposti a trattamento specialistico della tossicodipendenza nel 2014 e da 27 000 di coloro che si sono sottoposti a trattamento per la prima volta. Dopo un periodo di calo, il numero totale dei pazienti che sono entrati in trattamento per la prima volta per consumo di cocaina è stabile dal 2012.

Nel 2014, quasi 5 500 consumatori che si sono sottoposti a trattamento in Europa hanno dichiarato il crack come droga primaria, di cui oltre la metà nel Regno Unito (3 000) e la maggior parte dei rimanenti (2 000) in Spagna, Francia e nei Paesi Bassi.

MDMA: cambiamenti di tendenza e consumo in crescita

L'MDMA (3,4-metilenediossimetamfetamina) viene consumata soprattutto in compresse, ma è sempre più diffusa anche in cristalli e in polvere; le compresse vengono solitamente deglutite ma, sotto forma di polvere, la droga viene anche assunta per inalazione.

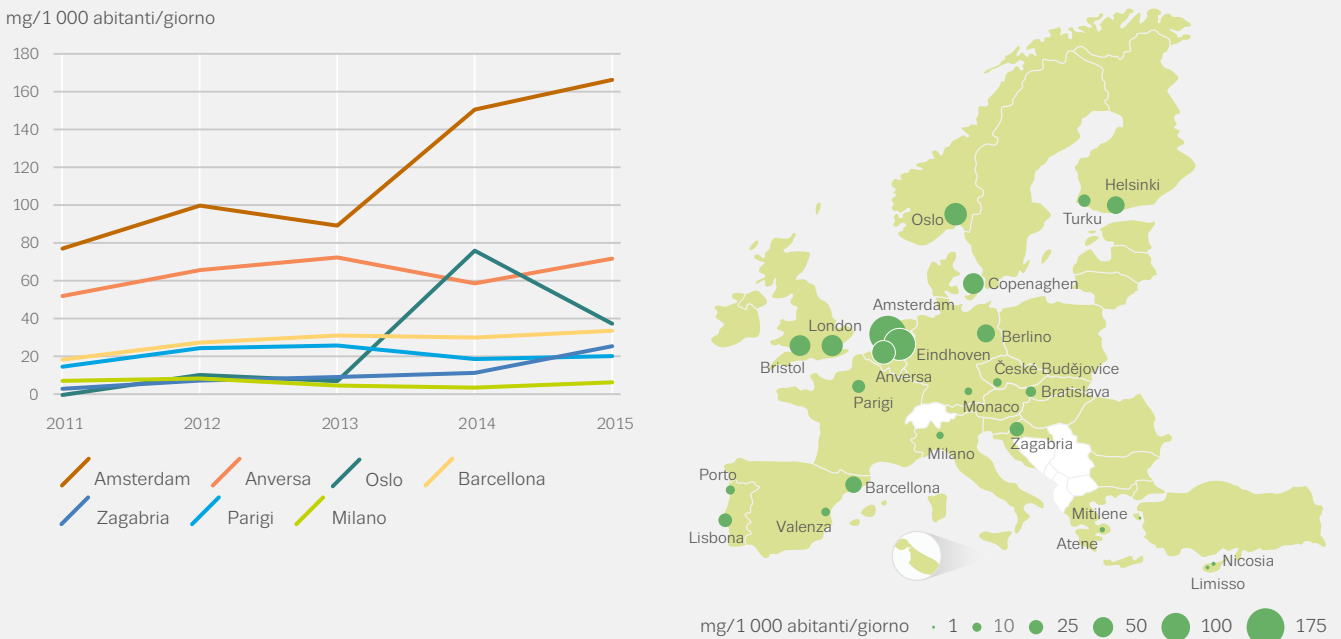
Negli ultimi anni le fonti di monitoraggio situate in vari paesi hanno segnalato nuovi sviluppi nel mercato europeo dell'MDMA, indicando tra l'altro un aumento del consumo.

Storicamente, la maggior parte delle indagini europee raccoglie dati sul consumo di ecstasy anziché su quello di MDMA, anche se ora questa tendenza sta cambiando. Si stima che 2,1 milioni di giovani di età compresa tra i 15 e i 34 anni (l'1,7 % di questa fascia di età) abbiano consumato MDMA/ecstasy nell'ultimo anno, con stime nazionali che variano dallo 0,3 % al 5,5 %. Fra i giovani che hanno fatto uso di MDMA nell'ultimo anno, il rapporto tra maschi e femmine è di 2,4 a 1.

Fino a poco tempo fa, in molti paesi la prevalenza dell'MDMA era in calo rispetto ai livelli record raggiunti tra l'inizio e la metà degli anni 2000. Ora sembra che questa tendenza stia cambiando. Tra i paesi che hanno presentato nuove indagini a partire dal 2013, dai cui risultati emerge un aumento generale in Europa, nove segnalano stime più elevate e tre le indicano

FIGURA 2.5

Residui di MDMA nelle acque reflue in una selezione di città europee: tendenze e dati più recenti



NB: quantità media giornaliera di MDMA in milligrammi per 1 000 abitanti. Mappa: I campioni sono stati prelevati in una selezione di città europee nel corso di una settimana nel 2015.

Fonte: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

più basse rispetto alla precedente indagine confrontabile. Dal 2010 in alcuni tra i paesi in cui esistono dati che permettono di effettuare un'analisi più solida delle tendenze nel consumo di MDMA tra i giovani adulti nell'ultimo anno, si osservano degli aumenti di consumo. In questo arco di tempo Bulgaria, Finlandia e Francia continuano a registrare tendenze all'aumento nel lungo periodo, mentre nel Regno Unito un'interruzione della tendenza al calo nel 2011-2012 è seguita da aumenti statisticamente rilevanti (figura 2.4). Benché questo dato non sia direttamente confrontabile con le indagini precedenti, i Paesi Bassi segnalano una prevalenza del 5,5 % nel 2014.

Un'analisi condotta in varie città nel 2015 ha rilevato i carichi di massa di MDMA più elevati nelle acque di scarico delle città belghe e olandesi (figura 2.5). Nella maggior parte delle città i carichi di MDMA nelle acque di scarico erano più elevati nel 2015 che nel 2011 e in alcune città sono stati osservati aumenti considerevoli, che potrebbero essere connessi a una maggiore purezza dell'MDMA o a una disponibilità e a un consumo maggiori della droga.

L'MDMA è spesso consumata insieme ad altre sostanze, tra cui l'alcol. Solitamente, le indagini riguardanti i giovani frequentatori di eventi notturni mostrano livelli di consumo di stupefacenti più elevati rispetto alla popolazione generale. Ciò vale in particolare per l'MDMA, che per tradizione è strettamente associata a contesti di vita notturna e nella fattispecie alla musica elettronica da

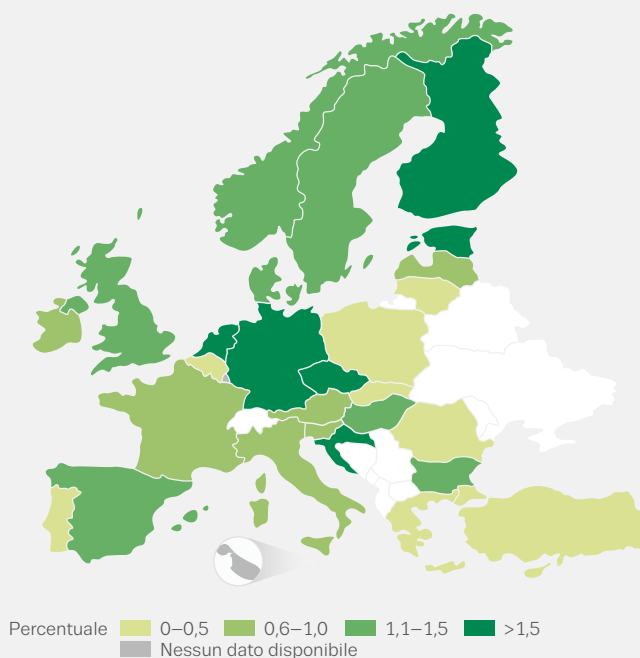
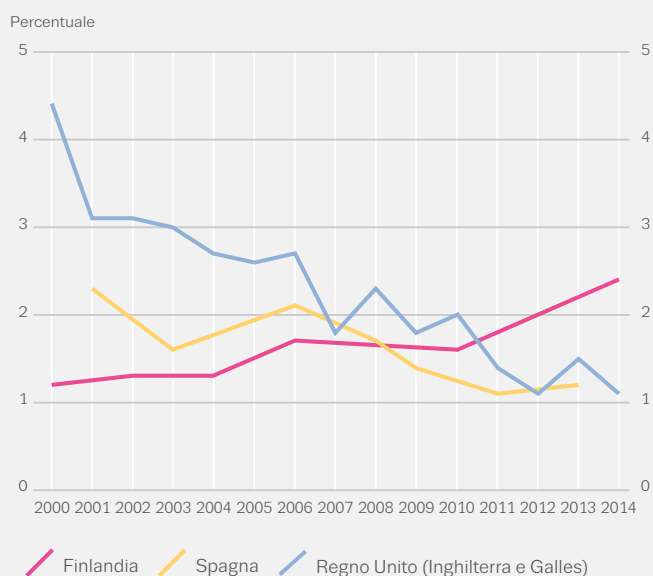
discoteca. Le indicazioni attuali suggeriscono che, nei paesi a più alta prevalenza, l'MDMA non è più una droga destinata al consumo di nicchia o al consumo sottoculturale: non è circoscritta alle discoteche e alle feste, ma è utilizzata da un bacino di giovani più ampio in contesti tradizionali di vita notturna, come bar e feste in casa.

Il consumo di MDMA è raramente segnalato come motivo per sottoporsi a trattamento specialistico della tossicodipendenza. Nel 2014 la sostanza è stata segnalata da meno dell'1 % (quasi 800 casi) dei pazienti che si sono sottoposti a trattamento per la prima volta in Europa.

L'MDMA è spesso consumata insieme ad altre sostanze

FIGURA 2.6

Prevalenza nell'ultimo anno del consumo di amfetamina tra giovani adulti (15-34): tendenze statisticamente significative e dati più recenti



Consumo di amfetamine: tendenze nazionali divergenti

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

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

Si stima che nell'ultimo anno 1,3 milioni (1,0 %) di giovani adulti (15-34) abbiano consumato amfetamine: le stime più recenti della prevalenza a livello nazionale vanno dallo 0,1 % al 2,9 %. I dati disponibili indicano che, dal 2000 circa, la situazione riguardante le tendenze nel consumo si è mantenuta relativamente stabile nella maggior parte dei paesi europei. Dei paesi che hanno presentato indagini a partire dal 2013, sette hanno segnalato stime più alte, uno le ha dichiarate stabili e quattro hanno indicato stime più basse rispetto alla precedente indagine confrontabile. Benché questo dato non sia confrontabile con alcuna

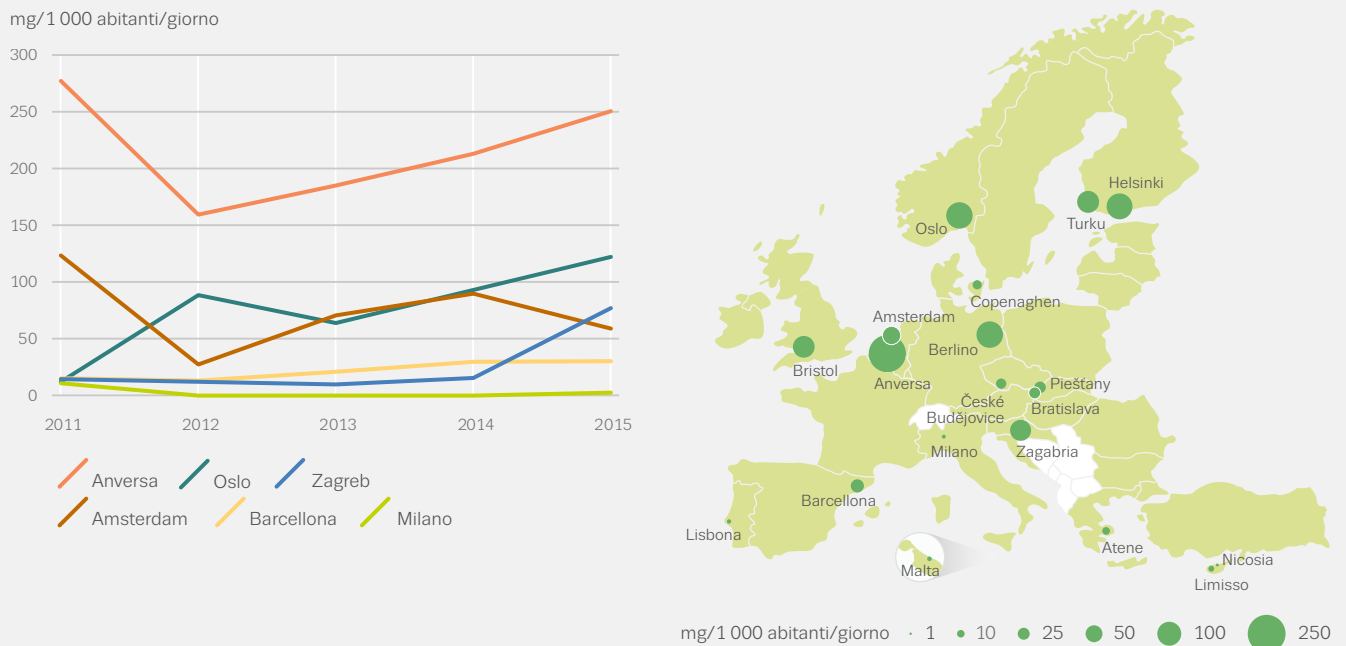
indagine precedente, i Paesi Bassi hanno recentemente segnalato una prevalenza del 2,9 % tra i giovani adulti.

Nel numero limitato di paesi in cui è possibile analizzare tendenze statisticamente rilevanti a più lungo termine, dal 2000 si osserva un calo della prevalenza sia per la Spagna che per il Regno Unito (figura 2.6). La Finlandia ha invece registrato un costante aumento della prevalenza nello stesso periodo e ora segnala uno dei livelli più elevati in Europa.

L'analisi delle acque di scarico comunali svolta nel 2015 ha rinvenuto livelli apprezzabili di amfetamine nelle città europee. I carichi di massa di amfetamina variavano considerevolmente e i livelli più elevati sono stati riscontrati in città dell'Europa settentrionale (cfr. figura 2.7). Sono stati rilevati livelli di amfetamina decisamente inferiori nelle città dell'Europa meridionale. I carichi di massa di metamfetamina più elevati sono stati riscontrati in città della Repubblica ceca, della Slovacchia e della Norvegia. Nel complesso, i dati relativi al periodo 2011-2015 hanno evidenziato tendenze relativamente stabili per entrambe le droghe.

FIGURA 2.7

Residui di amfetamina nelle acque reflue in una selezione di città europee: tendenze e dati più recenti



NB: quantità media giornaliera di amfetamina in milligrammi per 1 000 abitanti. Mappa: I campioni sono stati prelevati in città europee selezionate nel corso di una settimana nel 2015.

Fonte: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

Trattamento dei consumatori di amfetamina: richiesta in aumento

I problemi connessi al consumo prolungato e cronico e all'assunzione per via parenterale di amfetamina sono sempre stati più evidenti nei paesi dell'Europa settentrionale. Per contro, i problemi correlati al consumo di metamfetamina nel lungo periodo si sono maggiormente evidenziati in Repubblica ceca e Slovacchia. Stime recenti del consumo ad alto rischio di metamfetamina sono disponibili per la Repubblica ceca e Cipro. Nella Repubblica ceca le stime del consumo ad alto rischio di metamfetamina tra i giovani adulti (15-64) erano pari allo 0,51 % circa nel 2014; fra il 2007 e il 2014, inoltre, si è osservato un sensibile aumento del consumo di questa sostanza, in particolare per via parenterale (da circa 20 000 a oltre 36 000 consumatori). Per Cipro la stima è dello 0,02 %, pari a 127 consumatori, nel 2014. Quanto alla Norvegia, nel 2013 il consumo ad alto rischio di amfetamina e metamfetamina è stimato allo 0,33 %, pari a 11 200 adulti. I consumatori di amfetamine rappresentano probabilmente la maggioranza dei 2 177 (0,17 %) consumatori di stimolanti ad alto rischio segnalati dalla Lettonia, un numero inferiore rispetto ai 6 540 (0,46 %) del 2010.

L'assunzione di metamfetamina per via parenterale associata al consumo di altri stimolanti e di GHB (gammaidrossibutirrato) continua a essere segnalata in alcuni paesi tra piccoli gruppi di omosessuali maschi. Le

pratiche che prevedono il cosiddetto "slamming" (ossia l'assunzione per via parenterale) destano preoccupazione a causa della combinazione di comportamenti a rischio relativi sia alle abitudini sessuali sia al consumo di droga.

Le metamfetamine sono state indicate come la droga primaria da circa 32 000 pazienti che si sono sottoposti a trattamento specialistico della tossicodipendenza in Europa nel 2014, circa 13 000 dei quali entravano in trattamento per la prima volta. I consumatori primari di amfetamine costituiscono una percentuale significativa dei pazienti sottoposti a trattamento per la prima volta segnalati in Bulgaria, Germania, Lettonia, Ungheria, Polonia e Finlandia. Di tali pazienti, quelli che hanno segnalato la metamfetamina come droga primaria sono concentrati in Repubblica ceca e Slovacchia, che insieme rappresentano quasi il 95 % degli 8 700 consumatori di metamfetamina in Europa. Nel complesso, in Europa il numero di pazienti sottoposti a trattamento per la prima volta a causa del consumo di amfetamine come droga primaria ha registrato un aumento del 50 % dal 2006, riconducibile in ampia misura ad aumenti segnalati in Germania e, in misura minore, nella Repubblica ceca.

Consumo di chetamina, GHB e allucinogeni

In Europa vengono consumate alcune altre sostanze con proprietà allucinogene, anestetiche, dissociative e

depressive, tra cui LSD (dietilammide dell'acido lisergico), funghi allucinogeni, chetamina e GHB (gammaidrossibutirrato).

Negli ultimi due decenni, presso diversi sottogruppi di consumatori di droga in Europa, è stato segnalato l'uso in ambienti ricreativi di chetamina e GHB (compreso il suo precursore GBL, gammabutirrolattone). Laddove disponibili, le stime nazionali sulla prevalenza del consumo di GHB e chetamina negli adulti e nella popolazione scolastica rimangono basse. Nelle loro indagini più recenti, i Paesi Bassi hanno segnalato una prevalenza del consumo di GHB dello 0,4 % tra gli adulti (15-64) nell'ultimo anno, che per la Norvegia è invece stata pari allo 0,1 % (16-64), mentre in Romania è stata segnalata dallo 0,5 % dei giovani adulti (15-34). Livelli più elevati sia di consumo di GHB che dei problemi ad esso correlati sono stati segnalati da gruppi sociali specifici nelle città e in ambito locale in alcuni Stati, tra cui Paesi Bassi, Norvegia e Regno Unito. La prevalenza del consumo di chetamina nell'ultimo anno tra i giovani adulti (15-34) era stimata allo 0,3 % in Danimarca e Spagna; nel Regno Unito l'1,6 % dei giovani tra i 16 e i 24 anni ha dichiarato di averne consumata nell'ultimo anno, una tendenza che si mantiene stabile dal 2008.

I livelli generali di prevalenza del consumo di funghi allucinogeni e LSD in Europa sono generalmente bassi e stabili ormai da qualche anno. Tra i giovani adulti (15-34),

le stime derivate da indagini nazionali relative alla prevalenza nell'ultimo anno sono inferiori all'1 % per entrambe le sostanze, ad eccezione della Finlandia, con una prevalenza dell'1,3 % per l'LSD; per i funghi allucinogeni, invece, la prevalenza è dell'1 % per il Regno Unito, dell'1,3 % per i Paesi Bassi, dell'1,9 % per la Finlandia e del 2,3 % per la Repubblica ceca.



CONSUMATORI DI AMFETAMINE IN TRATTAMENTO

Caratteristiche

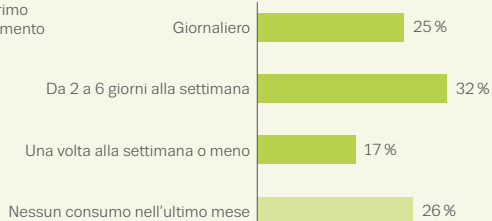


19
Età media al primo consumo

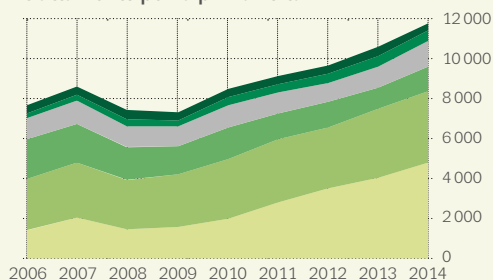
30
Età media all'inizio del primo trattamento

Frequenza di consumo nell'ultimo mese

Consumo medio **3,9** giorni alla settimana



Tendenze relative ai pazienti sottoposti al trattamento per la prima volta



■ Germania ■ Repubblica ceca ■ Regno Unito
■ Altri paesi ■ Slovacchia ■ Paesi Bassi

Pazienti che si sottopongono a trattamento per la prima volta

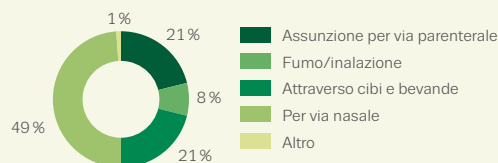
43%



Pazienti che si sono già sottoposti a trattamento

57%

Via di somministrazione



NB: i paesi compresi nella statistica variano per indicatore. Le caratteristiche riguardano tutti i pazienti che si sottopongono a trattamento per i quali l'amfetamina è la droga primaria.

Consumo di nuove droghe

L'“Eurobarometro flash sui giovani e la droga” (Flash Eurobarometer on young people and drugs) del 2014, un'indagine telefonica su 13 128 giovani adulti dei 28 Stati membri e di età compresa tra i 15 e i 24 anni, fornisce indicazioni sul consumo di nuove droghe. Benché si tratti fondamentalmente di un'indagine attitudinale, l'Eurobarometro comprende una domanda sul consumo di “sostanze che imitano gli effetti delle sostanze illecite”. Attualmente tali dati rappresentano la sola fonte d'informazioni a livello UE su questo tema, anche se occorre interpretarne con cautela i risultati per ragioni metodologiche. Nel complesso, l'8 % degli intervistati ha segnalato di aver consumato le suddette sostanze nell'arco della vita e il 3 % ha dichiarato di averne fatto uso nell'ultimo anno. Questo dato rappresenta un aumento rispetto al 5 % che ne ha segnalato il consumo nell'arco della vita in un'indagine analoga del 2011. Il 68 % degli intervistati che hanno affermato di averle consumate nell'ultimo anno ha ricevuto la sostanza da un amico.

Un sempre maggior numero di paesi sta inserendo le nuove sostanze psicoattive nelle indagini sulla popolazione in generale, anche se metodi e domande differenti limitano la confrontabilità dei risultati tra i vari Stati. Dal 2011, 11 paesi europei segnalano stime a livello nazionale sul consumo delle nuove sostanze psicoattive (esclusi chetamina e GHB). Per la fascia d'età presa in considerazione nello studio dell'Eurobarometro Flash, la prevalenza del consumo di queste sostanze nell'ultimo anno tra i giovani adulti (15-24 anni d'età) varia dallo 0,0 % in Polonia al 9,7 % in Irlanda. Nell'ambito di queste indagini, sono disponibili dati per il Regno Unito (Inghilterra e Galles) sul consumo di mefedrone. Nell'indagine più recente (2014-2015), il consumo di questa droga nell'ultimo anno tra i giovani di età compresa tra i 16 e i 24 anni era stimato all'1,9 %; questo dato era identico a quello dell'indagine precedente, ma inferiore rispetto al 4,4 % del 2010-2011, prima che fossero introdotte misure di controllo. Secondo le stime di un'indagine svolta nel 2014, in Finlandia il consumo di catinoni sintetici nell'ultimo anno era pari allo 0,2 % tra i giovani di età compresa fra i 15 e i 24 anni, mentre in Francia le stime indicano che il 4 % delle persone di età compresa fra i 18 e i 34 anni dichiara di avere fumato cannabinoidi sintetici una volta nella vita.

Consumatori di eroina: segnali di stabilità della richiesta di trattamento

L'oppiaceo illegale consumato più frequentemente in Europa è l'eroina, che si può fumare o assumere per via nasale o parenterale. Si fa abuso anche di altri oppiacei sintetici, come il metadone, la buprenorfina e il fentanil.

La prevalenza media del consumo di oppiacei ad alto rischio tra gli adulti (15-64 anni) nel 2014 è stimata allo 0,4 %, l'equivalente di 1,3 milioni di consumatori di oppiacei ad alto rischio in Europa. A livello nazionale, le stime relative alla prevalenza del consumo di oppiacei ad alto rischio variano da meno di 1 a circa 8 casi per 1 000 abitanti di età compresa tra i 15 e i 64 anni (figura 2.8). Circa il 75 % dei consumatori ad alto rischio di tali sostanze stimati nell'Unione europea è segnalato nel Regno Unito, in Francia, Italia, Germania e Spagna. Degli 11 paesi che hanno effettuato stime ripetute del consumo ad alto rischio di oppiacei tra il 2008 e il 2014, la Spagna e la Turchia mostrano un calo statisticamente rilevante, mentre gli altri paesi indicano tendenze stabili (figura 2.8).

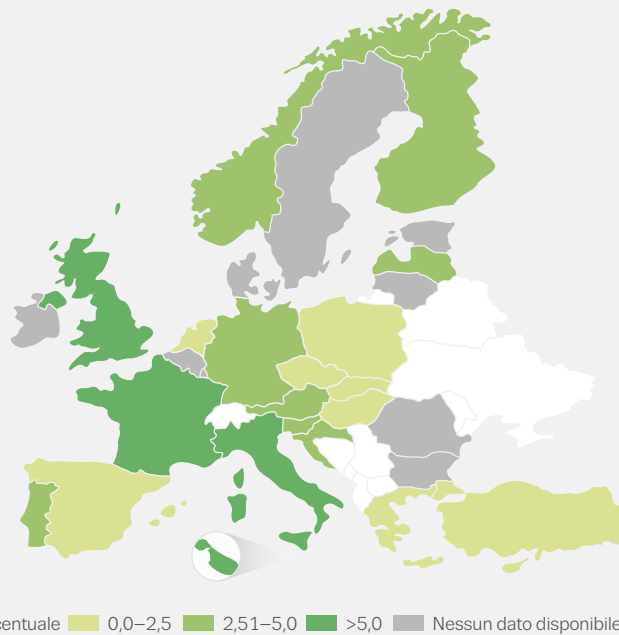
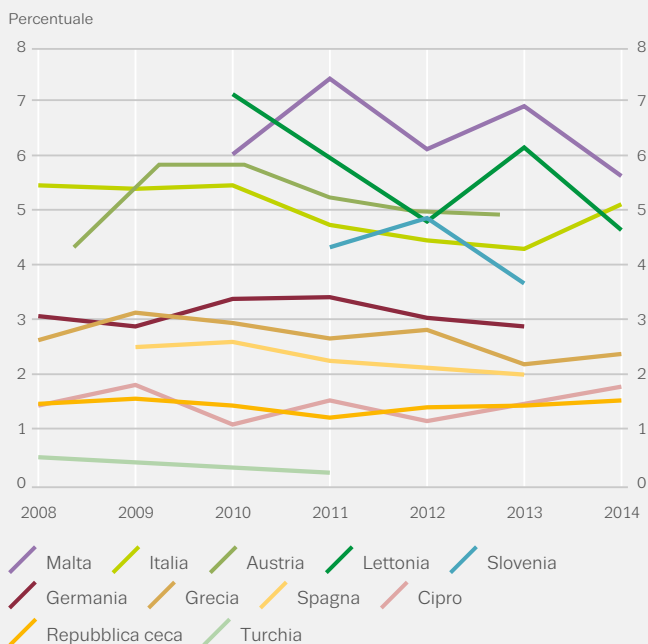
In Europa si sono registrate varie ondate di dipendenza da eroina: la prima ha investito molti paesi dell'Europa occidentale dalla metà degli anni settanta, mentre la seconda interessa altri paesi, in particolare quelli dell'Europa centrale e orientale dalla metà alla fine degli anni novanta. In seguito il consumo di eroina si è diffuso dai centri urbani a zone più rurali e a città più piccole in alcuni paesi. Dal 2010-2011, gli indicatori in molti paesi europei hanno evidenziato un calo nelle nuove iniziazioni al consumo di eroina nonché l'esistenza di una coorte meno giovane di consumatori di oppiacei ad alto rischio, molti dei quali in terapia sostitutiva. I dati più recenti suggeriscono che la tendenza al calo dei trattamenti della tossicodipendenza ai quali i pazienti si sottopongono per la prima volta potrebbe essere in via di stabilizzazione.

Tra i 185 000 pazienti sottoposti a trattamento specialistico in Europa che hanno indicato gli oppiacei come la loro droga primaria, 34 000 erano pazienti che

**L'oppiaceo illegale consumato
più frequentemente in Europa
è l'eroina**

FIGURA 2.8

Stime nazionali relative alla prevalenza del consumo di oppiacei ad alto rischio nell'ultimo anno: selezione di tendenze e dati più recenti



CONSUMATORI DI HEROINA IN TRATTAMENTO

Caratteristiche

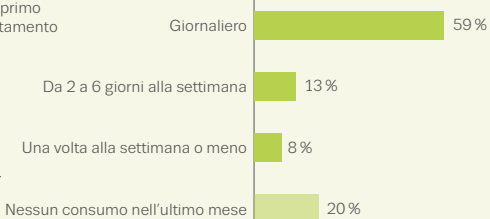


22
Età media al primo consumo

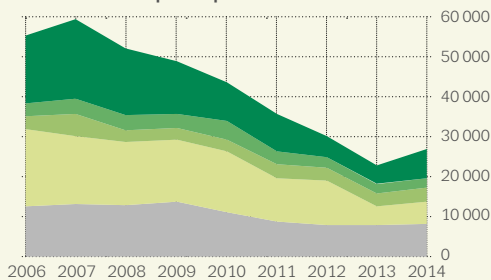
36
Età media all'inizio del primo trattamento

Frequenza di consumo nell'ultimo mese

Consumo medio **5,8** giorni alla settimana

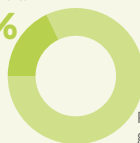


Tendenze relative ai pazienti che si sottopongono a trattamento per la prima volta



Pazienti che si sottopongono a trattamento per la prima volta

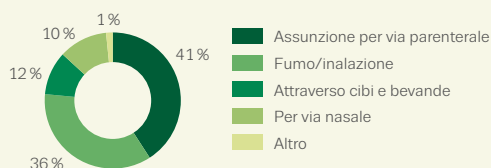
18%



Pazienti che si sono già sottoposti a trattamento

82%

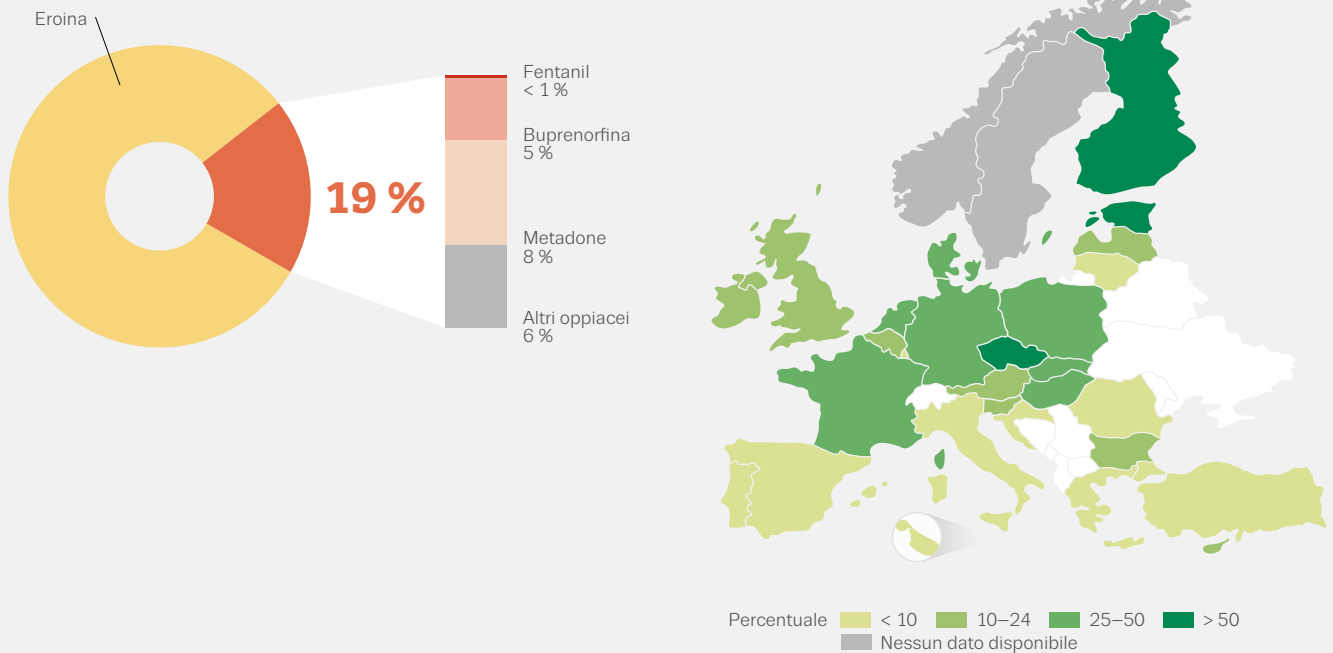
Via di somministrazione



NB: le caratteristiche riguardano tutti i pazienti che si sottopongono a trattamento per i quali l'eroina è la droga primaria. A causa di cambiamenti nel flusso dei dati a livello nazionale, quelli del 2014 riferiti all'Italia non sono direttamente confrontabili con gli anni precedenti.

FIGURA 2.9

Pazienti in trattamento per consumo di oppiacei come droga primaria: per tipo di oppiacei e percentuale di soggetti che segnalano oppiacei diversi dall'eroina



entravano in trattamento per la prima volta. Il numero dei nuovi consumatori di eroina si è più che dimezzato nel 2013 (23 000, pari al 16 % dei nuovi pazienti) dopo aver toccato l'apice nel 2007, quando i 59 000 nuovi eroinomani rappresentavano il 36 % di tutti i nuovi pazienti. Sembra che la tendenza si sia stabilizzata. Nei dati più recenti, 17 paesi hanno segnalato un numero stabile o in calo di nuovi pazienti eroinomani, mentre nove hanno indicato un aumento.

Oppiacei sintetici: una preoccupazione crescente

Se l'eroina resta l'oppiaceo più comunemente consumato, l'abuso di oppiacei sintetici è sempre più diffuso. Nel 2014, 18 paesi europei hanno segnalato che oltre il 10 % di tutti i consumatori di oppiacei che si sono sottoposti al trattamento specialistico lo ha fatto per problemi correlati principalmente a oppiacei diversi dell'eroina: si tratta di un aumento rispetto agli 11 paesi del 2013 (figura 2.9). Tra gli oppiacei segnalati dai pazienti in trattamento figurano il metadone, la buprenorfina, il fentanil, la codeina, la morfina, il tramadol e l'ossicodone. In alcuni paesi gli oppiacei diversi dall'eroina sono ormai le droghe più comunemente consumate tra i pazienti in trattamento. In Estonia, per esempio, la maggior parte dei pazienti sottoposti a trattamento che segnalano gli oppiacei come droga primaria faceva uso di fentanil, mentre in Finlandia e Repubblica ceca l'oppiaceo diverso dall'eroina di cui si abusa più frequentemente è la buprenorfina.

L'abuso di oppiacei sintetici è sempre più diffuso

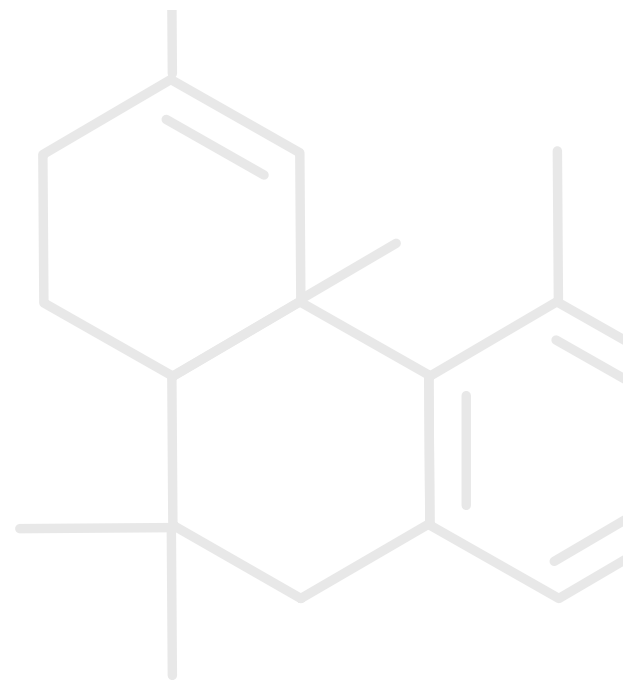


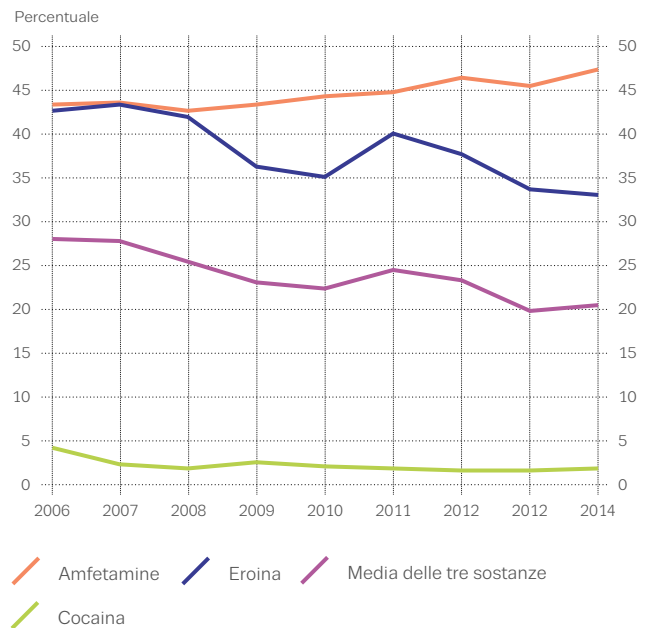
FIGURA 2.10

Consumo di stupefacenti per via parenterale: eroina in calo

L'assunzione di stupefacenti per via parenterale è più comunemente associata agli oppiacei, benché in alcuni paesi il consumo con tale modalità di stimolanti come le amfetamine o la cocaina costituisca un grave problema. Pur non trattandosi di un fenomeno diffuso, l'assunzione per via parenterale di catinoni sintetici viene costantemente segnalata in alcune popolazioni specifiche, tra cui consumatori di oppiacei per via parenterale, pazienti in trattamento in alcuni paesi e piccoli gruppi di uomini che hanno rapporti omosessuali. Sedici paesi dispongono di stime recenti sulla prevalenza del consumo di stupefacenti per via parenterale, che varia da meno di 1 a più di 9 casi per 1 000 abitanti di età compresa fra i 15 e i 64 anni.

Tra i pazienti che si sono sottoposti a trattamento per la prima volta nel 2014 e hanno segnalato l'eroina come droga primaria, il 33 % ha indicato il consumo per via parenterale come modalità principale di assunzione, contro il 43 % del 2006 (figura 2.10). All'interno di questo gruppo, i livelli di assunzione per via parenterale variano a seconda del paese, dall'11 % in Spagna a oltre il 90 % in Lettonia e Romania. Tra i pazienti che si sono sottoposti a trattamento per la prima volta e hanno segnalato le amfetamine come droga primaria, il 47 % ha indicato il consumo per via parenterale come modalità principale di assunzione, un modesto aumento generale dal 2006. Oltre il 70 % di questo gruppo di pazienti proviene dalla Repubblica ceca e fa uso di metamfetamina. Se si considerano insieme le tre principali sostanze stupefacenti assunte per via parenterale presso i pazienti che entrano in trattamento per la prima volta in Europa, si segnala il calo (dal 28 % nel 2006 al 20 % nel 2014) di questo consumo come modalità principale di assunzione.

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



L'assunzione di stupefacenti per via parenterale è più comunemente associata agli oppiacei

MAGGIORI INFORMAZIONI

Publicazioni dell'EMCDDA

2016

Assessing illicit drugs in wastewater: advances in wastewater-based drug epidemiology, approfondimenti.

Recent changes in Europe's MDMA/ecstasy market, comunicazione rapida.

2015

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

2014

Exploring methamphetamine trends in Europe, documenti dell'EMCDDA.

Injection of cathinones, prospettive sulle droghe.

2013

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

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

2012

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

Fentanyl in Europe. studio dell'EMCDDA sulle nuove tendenze.

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

2010

Problem amphetamine and methamphetamine use in Europe, argomento selezionato.

Trends in injecting drug use in Europe, argomento selezionato.

2009

Polydrug use: patterns and responses, argomento selezionato.

2008

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

Publicazioni congiunte EMCDDA ed ESPAD

2012

Sintesi della relazione ESPAD 2011.

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

3

**È noto che il consumo di
sostanze illecite contribuisce
alla diffusione delle malattie
a livello globale**

Danni correlati al consumo di droga e relative risposte

È noto che il consumo di sostanze illecite contribuisce alla diffusione delle malattie a livello globale, provocando problemi di salute di tipo cronico e acuto, che sono aggravati da vari fattori tra cui la via di somministrazione, la vulnerabilità individuale e il contesto sociale in cui queste sostanze sono consumate. Tra i problemi cronici si annoverano la dipendenza e le malattie infettive correlate al consumo di droga, cui si affiancano danni a insorgenza acuta che dipendono in parte dal tipo di sostanza assunta; il danno maggiormente documentato è l'overdose. Il consumo di oppiacei, pur essendo un fenomeno relativamente raro, continua a essere responsabile della maggior parte dei casi di morbilità e di mortalità associati al consumo di droga. I rischi sono elevati poiché gli oppiacei vengono assunti per via parenterale. In confronto, sebbene i problemi di salute connessi al consumo di cannabis siano chiaramente inferiori, l'elevata prevalenza dell'uso di questa sostanza può comunque avere implicazioni per la salute pubblica. Formulare osservazioni sui danni correlati all'uso di nuove sostanze psicoattive è

difficile a causa sia del numero di sostanze appartenenti a questo gruppo sia della mancanza di informazioni al riguardo.

Monitoraggio dei danni correlati al consumo di droga e relative risposte

Le malattie infettive correlate al consumo di droga, così come la morbilità e mortalità associate a questo fenomeno, rappresentano i principali danni monitorati sistematicamente dall'EMCDDA. Queste informazioni sono integrate da dati più limitati sui ricoveri ospedalieri riconducibili a problemi acuti dovuti al consumo di sostanze stupefacenti oltre che da dati provenienti dal sistema di allerta rapido dell'UE, che monitora i danni associati all'assunzione di nuove sostanze psicoattive. Ulteriori informazioni sono disponibili alla pagina Key epidemiological indicators (indicatori epidemiologici chiave), nel bollettino statistico e nel sistema di allerta rapido.

L'EMCDD riceve le informazioni sulle risposte socio-sanitarie al consumo di sostanze stupefacenti e sui relativi danni dai punti focali nazionali Reitox e dai gruppi di lavoro di esperti. I giudizi degli esperti forniscono informazioni aggiuntive sulla disponibilità degli interventi laddove non siano disponibili serie di dati più formalizzate. Inoltre, questo capitolo contiene informazioni derivanti dall'analisi dei dati scientifici in merito all'efficacia degli interventi di sanità pubblica. Altre informazioni sono reperibili sul sito dell'EMCDDA alla pagina Health and social responses profiles (profili della risposta sociale e sanitaria) e sul portale delle migliori prassi Best practice portal.

Gli approcci che puntano alla prevenzione e all'intervento precoce si prefiggono lo scopo di prevenire il consumo di sostanze illecite e i problemi ad esso associati, mentre il trattamento tramite approcci sia psicosociali che farmacologici rappresenta la risposta prioritaria nei confronti della dipendenza. Alcuni interventi chiave, come le terapie sostitutive per la dipendenza da oppiacei e i programmi di fornitura di aghi e siringhe, sono stati sviluppati nell'ambito di una risposta al consumo di oppiacei per via parenterale e ai relativi problemi, tra cui in particolare la diffusione di malattie infettive e i decessi per overdose.

I danni dell'assunzione di cannabis: nuove informazioni dal mondo accademico

La ricerca ha spesso messo in evidenza i nessi esistenti tra il consumo di sostanze stupefacenti e i vari danni da questo prodotti; più difficile invece è dimostrare i rapporti di causa-effetto. I danni associati al consumo di cannabis, che rappresenta la sostanza stupefacente più diffusa in Europa, possono avere ripercussioni a livello di popolazione. Una recente analisi internazionale (OMS) ha esaminato gli elementi che dimostrano i danni correlati al consumo di cannabis, concludendo che, pur essendo difficile dimostrare un nesso causale tra il consumo di cannabis e le sue conseguenze a livello socio-sanitario, gli studi osservazionali consentono di individuare alcune associazioni. In termini di effetti avversi del consumo cronico di cannabis, è emerso che i consumatori regolari e di lungo periodo sono esposti a un rischio due volte maggiore di soffrire di sintomi e disturbi psicotici oltre che a un più elevato rischio di avere problemi respiratori; potrebbero inoltre sviluppare una sindrome da dipendenza. Il consumo regolare di cannabis nell'adolescenza è stato associato a un accresciuto rischio di diagnosi di schizofrenia. Inoltre, nel caso in cui l'uso di questa sostanza prosegua anche nell'età adulta, esso è verosimilmente associato a un ritardo intellettivo. Non è escluso tuttavia il ruolo concomitante di condizioni somatiche e psichiche preesistenti e di altri fattori confondenti, su cui sarebbe interessante concentrare l'attenzione nell'ambito di ulteriori studi.

Prevenzione: programmi che puntano sulla famiglia

L'uso della cannabis da parte dei giovani, spesso associato al consumo di alcol e tabacco, è uno degli ambiti su cui si concentrano le strategie di prevenzione in Europa. La prevenzione del consumo di stupefacenti e dei problemi connessi alla droga tra i giovani si avvale di un'ampia gamma di approcci diversi. Le strategie ambientali e

universali sono dirette all'intera popolazione, la prevenzione selettiva si concentra sui gruppi vulnerabili, più esposti al rischio di problemi di tossicodipendenza, mentre la prevenzione "mirata" è rivolta agli individui a rischio.

Molte attività di prevenzione del consumo di sostanze stupefacenti sono condotte nelle scuole, dove esiste per alcuni approcci una base di elementi di riscontro relativamente robusta. Analogamente, gli interventi diretti alle famiglie sono stati valutati positivamente nella prevenzione di un insieme di comportamenti problematici, compreso il consumo di droghe.

I programmi di prevenzione in famiglia solitamente insegnano ai genitori ad aiutare i propri figli a raggiungere traguardi di sviluppo adeguati all'età (compreso il controllo degli impulsi, le competenze sociali e il ritardo di gratificazione) e associati a un limitato rischio di consumo di stupefacenti e di altri problemi comportamentali. La prevenzione universale con il contributo della famiglia è diretta a tutti i nuclei familiari nella popolazione, con interventi concepiti per diverse fasi dello sviluppo del bambino, mentre i programmi selettivi sono rivolti alle famiglie emarginate e vulnerabili, comprese quelle che sperimentano problemi di consumo di sostanze stupefacenti per via parenterale. Benché nella maggior parte dei paesi siano già stati attivati interventi di prevenzione per famiglie vulnerabili, le valutazioni formulate dagli esperti nel 2013 rivelano che tali interventi hanno spesso una portata limitata.

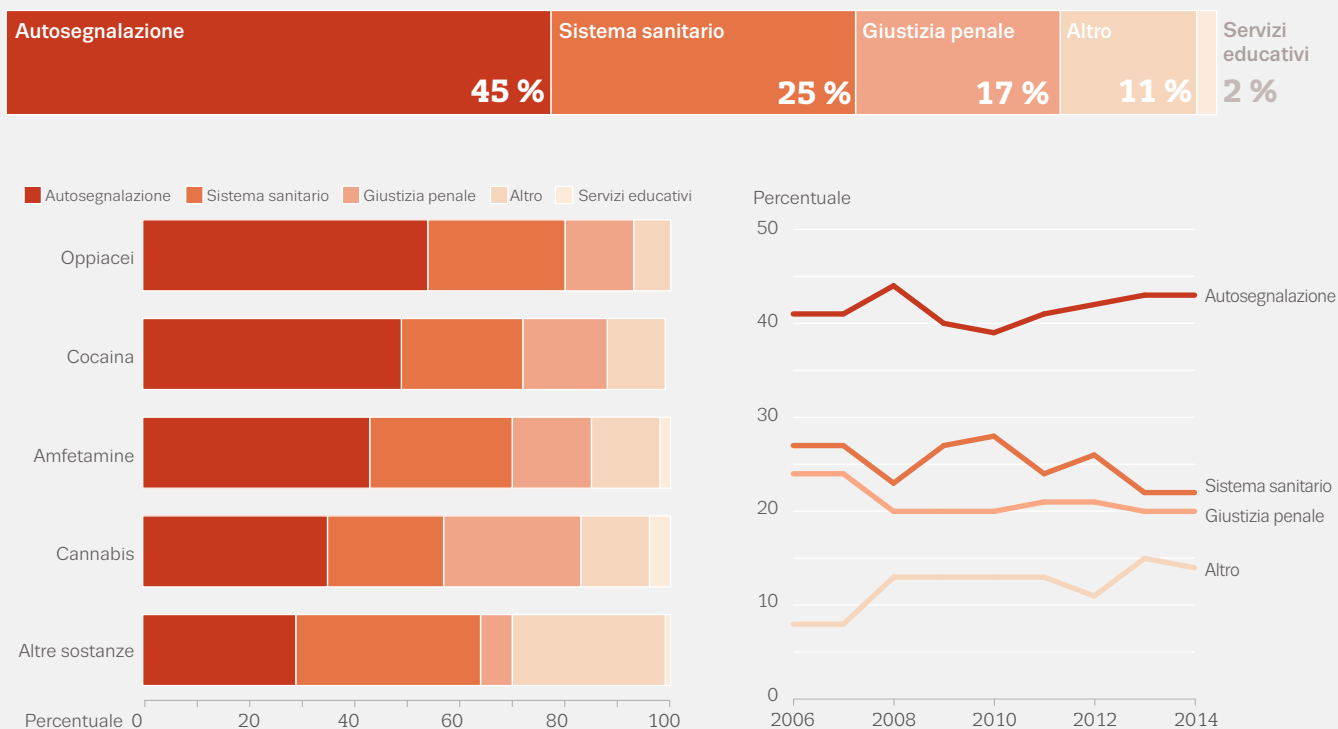
Poco o niente si sa dei contenuti di numerosi interventi realizzati con il contributo della famiglia. Un'eccezione è rappresentata dal cosiddetto programma di rafforzamento delle famiglie, che offre una formazione in materia di competenze genitoriali e che finora è stato realizzato in 13 paesi europei. Si tratta di un programma raccomandato a livello internazionale che cerca anche di rimuovere gli ostacoli alla partecipazione dei genitori vulnerabili, offrendo agevolazioni di trasporto e servizi di assistenza all'infanzia.

Sono stati altresì elaborati nuovi approcci che sono limitati nel tempo e meno dispendiosi dal punto di vista delle

Molte attività di prevenzione del consumo di sostanze stupefacenti sono condotte negli ambienti scolastici

FIGURA 3.1

Fonte di segnalazione di pazienti che si sottopongono a trattamento specialistico della tossicodipendenza in Europa nel 2014



NB: La voce "giustizia penale" include gli organi giurisdizionali, di polizia e i servizi di reinserimento sociale; "sistema sanitario" include i medici generici, i centri di trattamento della tossicodipendenza e i servizi sanitari, medici e sociali; "autosegnalazione" include il paziente, la famiglia e gli amici. Nel grafico relativo alle tendenze le segnalazioni tramite i servizi educativi sono riportati alla voce "Altro".

risorse. Il programma EFFEKT, per esempio, che consiste in alcune brevi sessioni, ha dimostrato che un miglioramento del monitoraggio da parte dei genitori e la definizione di regole può essere efficace nel ridurre il consumo di alcol e nel migliorare il controllo degli impulsi tra i giovani di Paesi Bassi e Svezia.

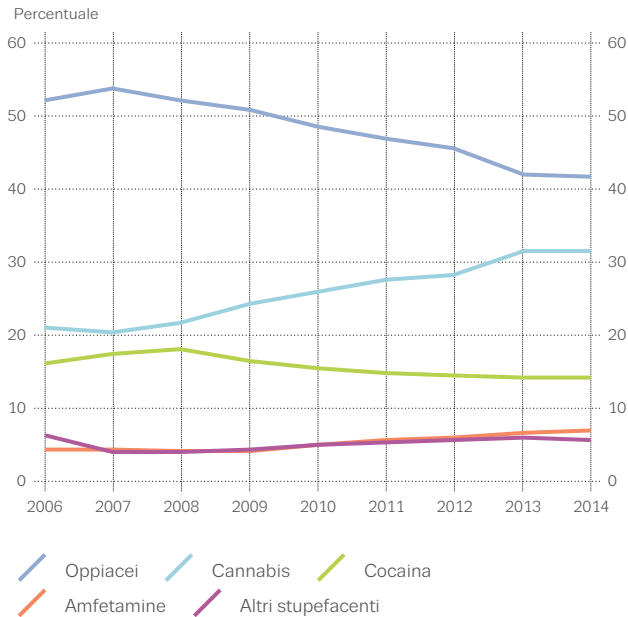
Treatmento specializzato: percorsi di segnalazione

Per il numero relativamente piccolo ma comunque significativo di individui che riferiscono problemi dovuti al consumo di stupefacenti, compresa la dipendenza, l'intervento prioritario è il trattamento della tossicodipendenza. Un obiettivo politico fondamentale è quindi garantire un accesso adeguato ai servizi di trattamento appropriati.

I dati relativi alle fonti di segnalazione forniscono informazioni dettagliate sui percorsi e i passaggi compiuti dai singoli utenti nell'iter terapeutico. Nel 2014 il 45 % dei pazienti che si sono sottoposti a trattamenti specializzati in Europa vi avevano fatto ricorso per "auto segnalazione" o per segnalazione di un familiare, anche se si registrano differenze a seconda del tipo di sostanza stupefacente (figura 3.1) e del paese. In generale, un quarto dei pazienti che si sottopongono a trattamento sono stati indirizzati dai servizi sanitari e il 17 % dal sistema della giustizia penale. Su tutti i pazienti in trattamento, i consumatori di cannabis sono i soggetti che con maggiore probabilità sono stati indirizzati ai servizi di trattamento dalle autorità giudiziarie. In Ungheria circa tre quarti (74 %) degli utenti in trattamento per consumo di cannabis sono stati segnalati ai servizi sanitari da questa fonte. Le tendenze generali osservate nelle fonti di segnalazione sono rimaste perlopiù stabili tra il 2006 e il 2014.

FIGURA 3.2

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



In alcuni paesi esistono programmi volti a reindirizzare i responsabili di reati connessi alla droga verso programmi di trattamento della tossicodipendenza, sottraendoli ai procedimenti penali. Tra questi si annoverano l'ordinanza di un giudice di sottoporsi a un trattamento o una sospensione della pena per i soggetti che accettano questa opzione, mentre in alcuni paesi il reindirizzamento è possibile anche in fasi più precoci.

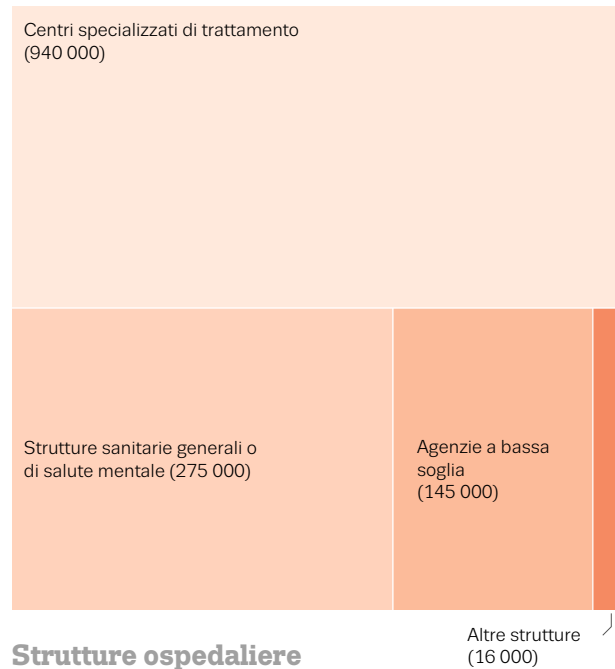
Trattamento della tossicodipendenza: con maggiore frequenza presso centri ambulatoriali

Si stima che 1,2 milioni di persone siano state sottoposte a trattamento per il consumo di sostanze illecite nell'Unione europea (1,5 milioni considerando Norvegia e Turchia) nel corso del 2014. I consumatori di oppiacei, che rappresentano il gruppo più consistente sottoposto a trattamento specializzato, sono coloro che sfruttano gran parte delle risorse disponibili, prevalentemente in termini di terapie sostitutive. I consumatori di cannabis e cocaina costituiscono il secondo e il terzo gruppo più numeroso tra i pazienti che si rivolgono a questi servizi (figura 3.2), usufruendo di interventi psicosociali quale modalità di trattamento principale. Le differenze da paese a paese, tuttavia, possono essere estremamente marcate, con una percentuale di consumatori di oppiacei che raggiunge l'88% dei pazienti in cura in alcuni paesi e meno del 10% in altri paesi.

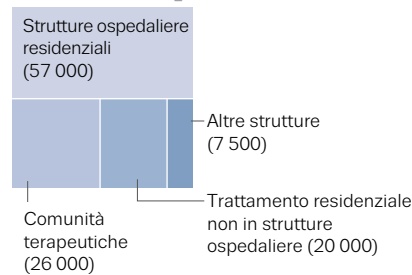
FIGURA 3.3

Numero di pazienti in trattamento per tossicodipendenza in Europa nel 2014, ripartiti per struttura

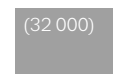
Centri ambulatoriali



Strutture ospedaliere



Carceri

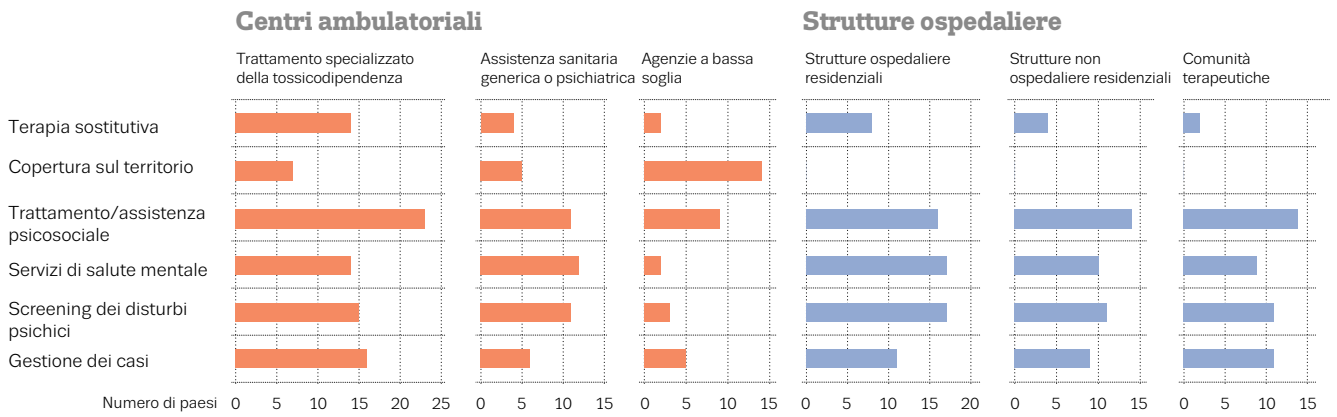


In Europa, nella maggior parte dei casi il trattamento della tossicodipendenza avviene in strutture ambulatoriali e i consumatori di stupefacenti sono per lo più affidati a unità ambulatoriali specialistiche (figura 3.3), seguite dai centri sanitari generici. Tra questi figurano gli studi di medici generici, che in alcuni grandi paesi, come Germania e Francia, svolgono un ruolo chiave nella prescrizione delle terapie sostitutive per la dipendenza da oppiacei. Altrove, come in Slovenia e Finlandia, i centri di salute mentale possono essere importanti fornitori di servizi di cura ambulatoriale.

Un numero più circoscritto di trattamenti in Europa viene erogato in strutture ospedaliere, tra cui centri ospedaliere residenziali (ad esempio cliniche psichiatriche), comunità terapeutiche e centri specializzati di trattamento residenziale. L'importanza relativa delle cure fornite in contesti ospedalieri o ambulatoriali nei sistemi sanitari nazionali varia enormemente a seconda del paese. I pareri degli esperti possono fornire una panoramica della

FIGURA 3.4

Panoramica della disponibilità elevata (>75 %) di determinati interventi, ripartiti per struttura (valutazioni di esperti)



disponibilità di interventi selezionati in diversi contesti di cura in Europa (figura 3.4).

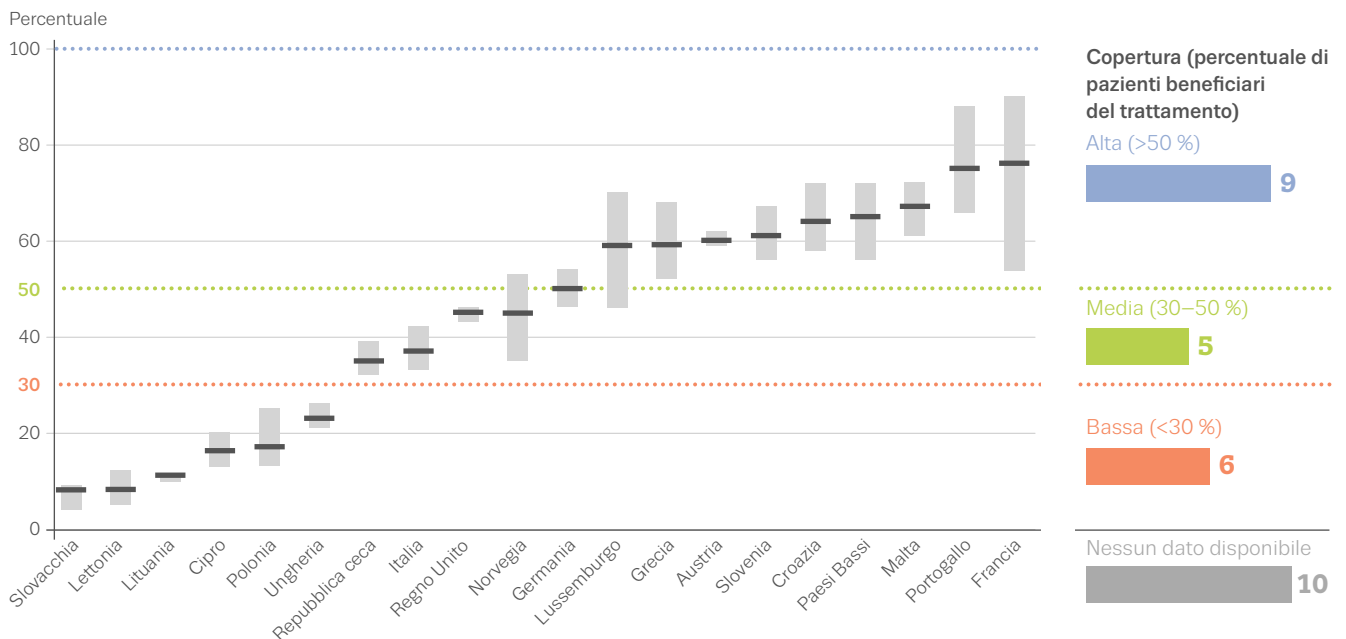
Un'ampia gamma di interventi di prevenzione e trattamento delle tossicodipendenze è fornita online con sempre maggior frequenza. Gli interventi online hanno il pregio di ampliare la portata geografica e il bacino di utenza dei programmi di trattamento alle persone con problemi di tossicodipendenza che altrimenti non avrebbero accesso a servizi specializzati.

Terapia sostitutiva per consumatori problematici di oppiacei

Il trattamento più frequente in caso di dipendenza da oppiacei è la terapia sostitutiva, di solito associata a interventi di assistenza psicosociale. Questo approccio è avallato dai dati disponibili, con risultati positivi in termini di mantenimento in trattamento, riduzione del consumo illecito di oppiacei, comportamenti a rischio segnalati nonché danni e mortalità correlati agli stupefacenti.

FIGURA 3.5

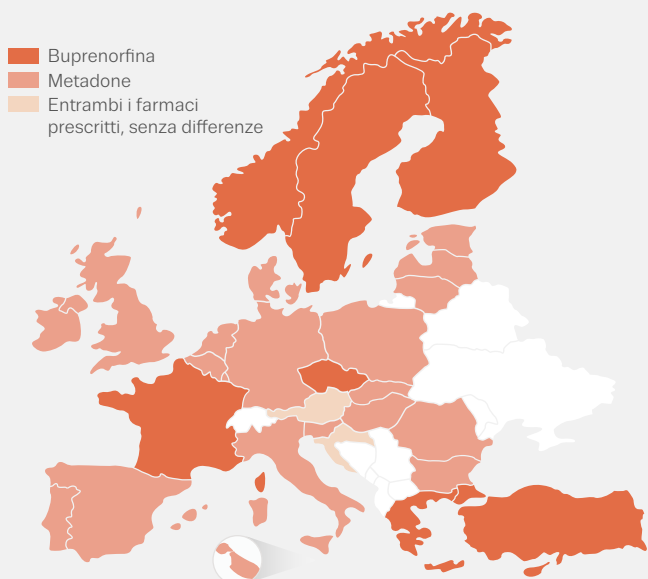
Percentuale di consumatori di oppiacei ad alto rischio in terapia sostitutiva (stima)



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

FIGURA 3.6

Principale farmaco sostitutivo prescritto



Il metadone è il farmaco sostitutivo prescritto più comunemente

Secondo le stime, nel 2014 il numero di consumatori di oppiacei sottoposti a terapia sostitutiva nell'Unione europea era pari a 644 000 (680 000 considerando Norvegia e Turchia), con una diminuzione di circa 50 000 consumatori dal 2010. Le stime riferite ai consumatori di oppiacei farebbero pensare che, complessivamente, almeno il 50 % di loro starebbe seguendo una terapia sostitutiva. Questa stima tuttavia dev'essere presa con cautela per motivi metodologici, considerando tra l'altro anche le notevoli differenze nazionali (figura 3.5).

Il metadone è il farmaco sostitutivo prescritto più comunemente, assunto 61 % dei pazienti in trattamento. Un altro 37 % dei pazienti è trattato con farmaci a base di buprenorfina, che è il principale farmaco sostitutivo in sette paesi (figura 3.6). Altre sostanze, come la morfina a rilascio lento o diacetilmorfina (eroina), sono prescritte soltanto di raro, essendo assunte dal 2 % dei pazienti in terapia sostitutiva in Europa.

Sebbene siano meno comuni rispetto alle terapie sostitutive, i trattamenti alternativi per consumatori di oppiacei sono disponibili in tutti i paesi europei. Nei nove paesi per i quali sono disponibili dati, una percentuale compresa tra il 2 % e il 30 % di tutti i consumatori di oppiacei in cura gode di interventi che non prevedono farmaci sostitutivi (figura 3.7).



FIGURA 3.7

Verso un' erogazione del trattamento adeguata alle esigenze dei pazienti

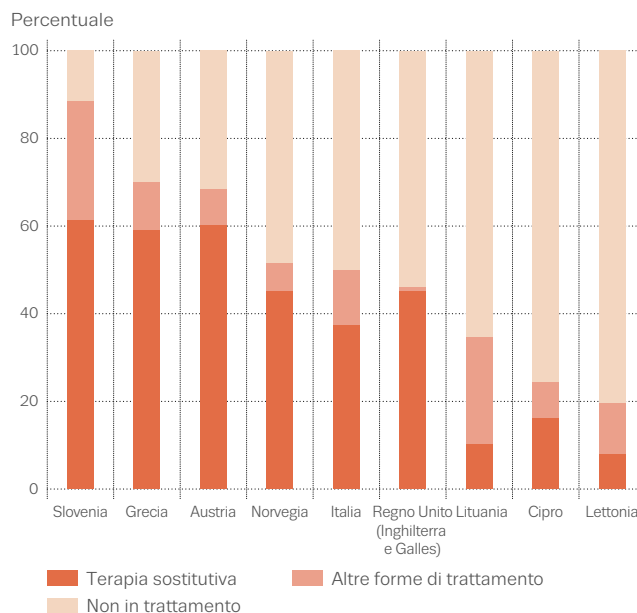
I soggetti che si rivolgono ai servizi di trattamento in Europa hanno esigenze diverse e spesso necessitano di interventi che devono tener conto di un insieme complesso di problemi. Garantire la collaborazione tra i servizi specializzati e altri fornitori di servizi sociosanitari è dunque una componente fondamentale di una risposta efficace in quest' ambito.

Poiché la maggior parte delle persone che si sottopongono a un trattamento della tossicodipendenza utilizza più di una sostanza psicoattiva, e alcuni cominciano ad avere problemi con più sostanze, è importante che siano presenti programmi di valutazione dei servizi specialistici e piani di trattamento che tengano conto del fattore poliassunzione. Una considerazione fondamentale al riguardo è che può essere particolarmente utile individuare alcune combinazioni di sostanze, per via dell'elevato rischio che pongono, compreso un maggior rischio di overdose. Ne è un esempio l'uso di oppiacei in combinazione con benzodiazepine. L'analisi dimostra che tre quarti dei pazienti che si sottopongono a trattamento per problemi di tossicodipendenza sono formalmente registrati come consumatori di sostanze multiple, con i consumatori primari di oppiacei, cocaina e anfetamine che riferiscono più spesso un uso secondario di cannabis e alcol. Inoltre, molti consumatori primari di oppiacei riferiscono anche un uso secondario di cocaina.

La comorbidità, o doppia diagnosi, di tossicodipendenza e disturbi psichici si riferisce alla coesistenza nello stesso individuo di entrambe le condizioni cliniche. Esiste anche un'associazione tra alcuni disturbi psichici e i disturbi da tossicodipendenza. La comorbidità rappresenta quindi una sfida sia per i servizi specializzati che per i servizi di salute mentale. In una recente analisi, i disturbi psichiatrici più frequentemente individuati tra consumatori di sostanze illecite erano depressione maggiore, disturbi d'ansia (perlopiù panico e disturbo post-traumatico da stress) e disturbi della personalità (perlopiù, comportamenti antisociali e borderline). Nonostante l'importanza di tale fenomeno è difficile stabilire l'entità del problema, poiché i dati disponibili sono limitati ed eterogenei.

Vi sono segnali che le donne in cura per problemi di tossicodipendenza possono avere esigenze più complesse, in particolare in termini di comorbidità e responsabilità nella cura dei figli, e hanno pertanto bisogno di servizi più mirati e differenziati in base al genere. Se da un lato le donne rappresentano soltanto il 20 % dei pazienti che si sottopongono a un trattamento della tossicodipendenza (con un rapporto uomo-donna di 4:1),

Percentuale di consumatori di oppiacei ad alto rischio sottoposti a trattamento della tossicodipendenza (stima)

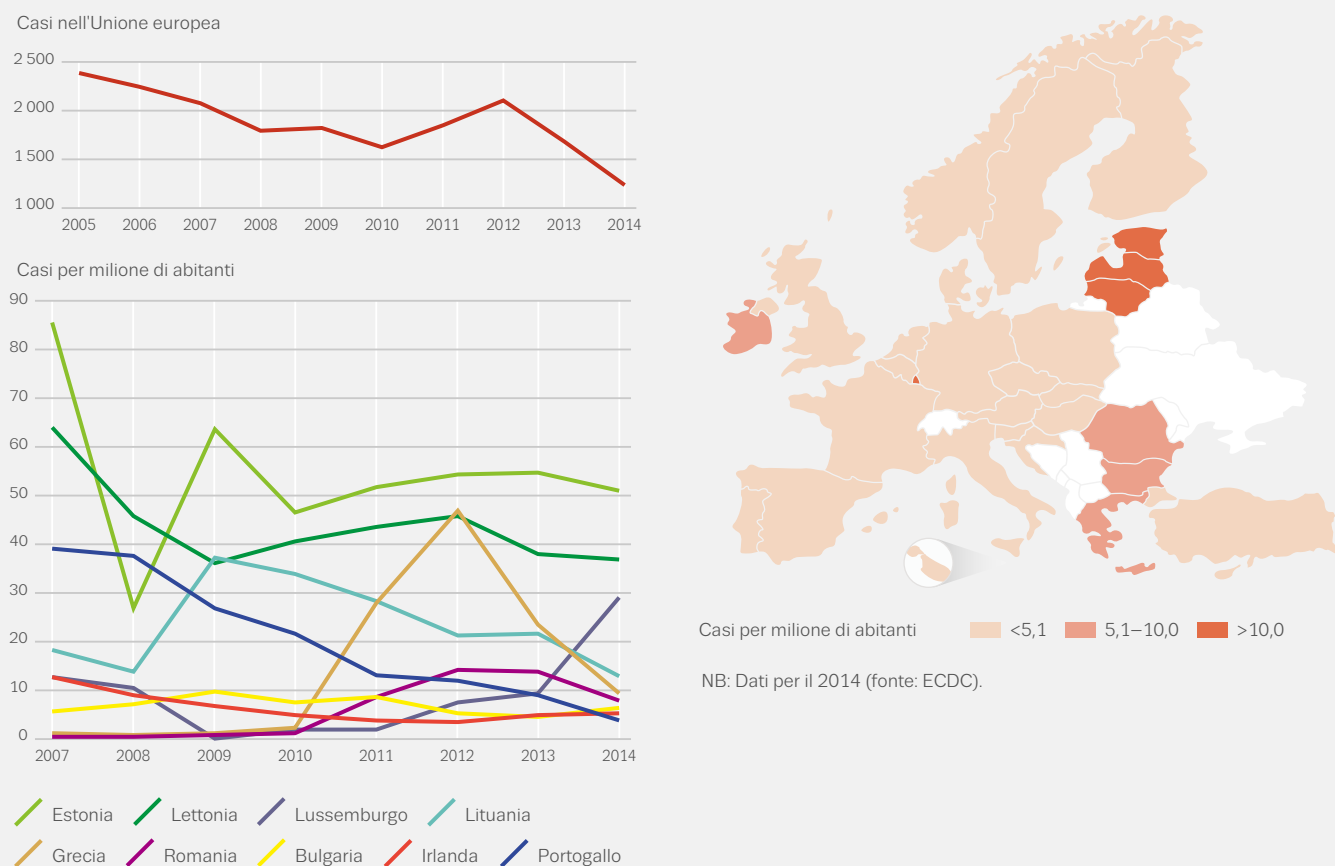


dall'altro lato questa differenza varia da paese a paese (dal 5 % al 34 %) ed è meno marcata nei soggetti che si rivolgono ai servizi di cura per la prima volta. Le ragioni che spiegano la presenza di un numero inferiore di donne tra i soggetti che si sottopongono a un trattamento di tossicodipendenza sono diverse e possono includere differenze tra i sessi nella prevalenza del consumo problematico di sostanze stupefacenti e nella disponibilità a riferire un consumo problematico, oltre che problemi di accesso ai servizi specializzati e di adeguatezza degli stessi.

Le donne che si sottopongono a un trattamento della tossicodipendenza hanno esigenze più complesse

FIGURA 3.8

Casi di HIV di nuova diagnosi correlati al consumo di stupefacenti per via parenterale: situazione generale, tendenze specifiche e dati più recenti



Focolai di HIV: consumatori di stimolanti per via parenterale

I consumatori di stupefacenti, in particolare per via parenterale, rischiano di contrarre malattie infettive attraverso la condivisione del materiale utilizzato per l'assunzione della droga e in seguito a rapporti sessuali non protetti. L'assunzione di stupefacenti per via parenterale continua a svolgere un ruolo centrale nella diffusione delle infezioni trasmissibili per via ematica, tra cui l'epatite C (HCV) e, in alcuni paesi, il virus dell'immunodeficienza umana (HIV). Fra tutti i casi di HIV identificati in Europa di cui si conosce il veicolo di trasmissione, la percentuale attribuibile al consumo di stupefacenti per via parenterale si mantiene bassa e stabile (meno dell'8 % nell'ultimo decennio). Tassi più elevati, tuttavia, sono stati segnalati in Lituania (32 %), Lettonia (31 %), Estonia (28 %) e Romania (25 %).

I dati più recenti mostrano che il numero di nuove diagnosi da HIV tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale nell'Unione europea continua a calare sul lungo termine. Nel 2014 il tasso medio delle nuove diagnosi di HIV segnalate e attribuite all'assunzione di stupefacenti per via parenterale è stato pari a 2,4 per milione di abitanti, una

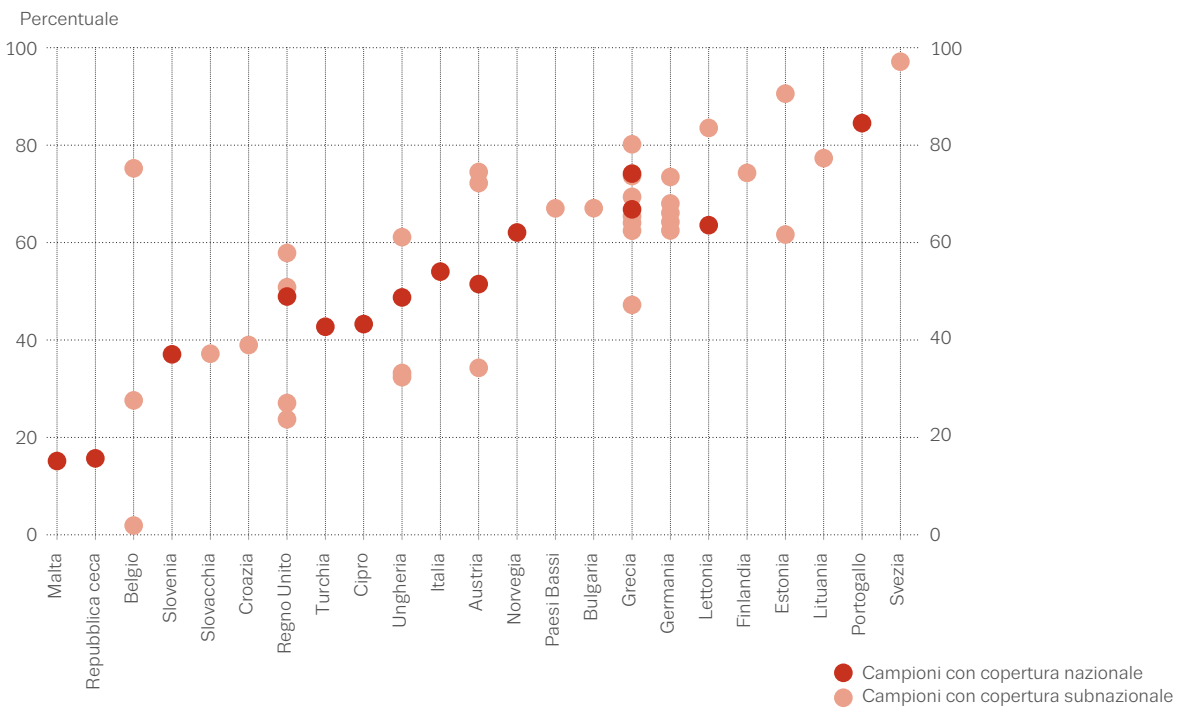
cifra che è inferiore alla metà rispetto al 2005 (5,6 per milione di abitanti). Sono stati tuttavia riferiti tassi più elevati in alcuni paesi, soprattutto Estonia e Lettonia. In Grecia e Romania, due paesi che in passato avevano registrato epidemie locali, i tassi delle nuove diagnosi di HIV sono in calo dal 2012 (figura 3.8).

Nel 2014 ci sono state 1 236 nuove diagnosi di HIV segnalate e attribuite all'assunzione di stupefacenti per via parenterale nell'Unione europea, il numero più basso riferito da oltre un decennio. Nonostante ciò, nel 2015 sono stati documentati in Irlanda, nel Regno Unito (Scozia) e in Lussemburgo nuovi casi localizzati di infezione da HIV tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale. I cambiamenti nei modelli di assunzione di stupefacenti, in particolare un aumento del consumo di stimolanti per via parenterale, ed elevati livelli di emarginazione sono stati i denominatori comuni di alcuni di questi recenti focolai di HIV.

Nel 2014 il 15 % di nuovi casi di AIDS in Europa è stato attribuito al consumo di stupefacenti per via parenterale, con le 590 segnalazioni equivalenti ad appena un terzo del numero riferito un decennio fa. La diagnosi precoce è fondamentale per prevenire la progressione clinica

FIGURA 3.9

Prevalenza degli anticorpi anti-HCV tra i consumatori di sostanze stupefacenti per via parenterale (2013-2014)



dell'infezione da HIV verso l'AIDS: ciò è particolarmente utile per i consumatori di stupefacenti per via parenterale, ossia il gruppo responsabile della trasmissione del virus con la più elevata percentuale di soggetti che si presentano ai servizi sanitari quando si trovano nell'ultima fase dell'infezione (61%). Inoltre, in alcuni paesi come Grecia, Lettonia e Romania, dove il numero delle nuove diagnosi di AIDS rimane elevato, potrebbe essere necessario rafforzare i test HIV e le risposte terapeutiche.

I danni dell'assunzione di stupefacenti per via parenterale: principali malattie

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

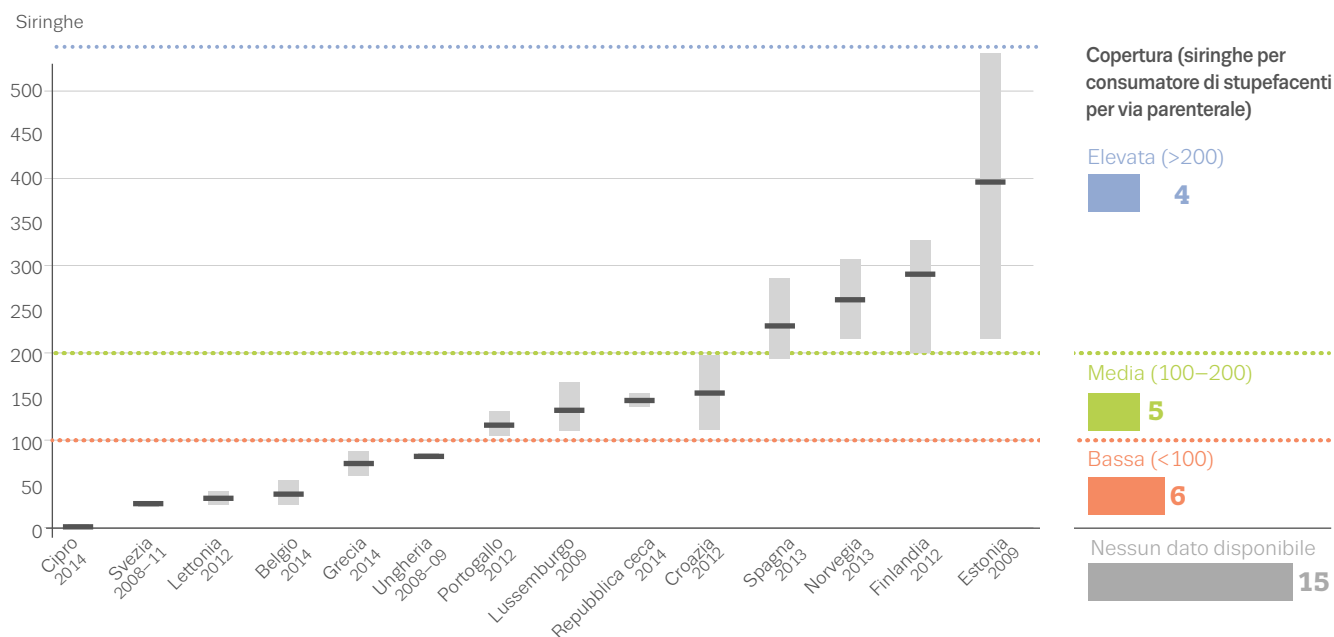
La prevalenza di anticorpi anti-HCV, che segnalano la presenza di un'infezione presente o trascorsa, fra i campioni nazionali di consumatori di droga per via parenterale esaminati nel 2013–2014 varia dal 15 %

all'84%; sei dei 13 paesi che dispongono di dati nazionali segnalano tassi di prevalenza superiori al 50% (figura 3.9). Tra i paesi che dispongono di dati sulle tendenze nazionali per il periodo 2006–2014, cinque hanno fatto registrare una tendenza in ascesa della prevalenza di anticorpi dell'HCV nei consumatori di droga per via parenterale, mentre a Malta e in Norvegia si è osservato un calo.

Il consumo di droga per via parenterale è un fattore di rischio per altre malattie infettive tra cui l'epatite B, il tetano e il botulismo. Tra il 2013 e il 2015 sono stati segnalati gruppi di casi e casi sporadici di botulismo da ferita tra i consumatori di droga per via parenterale in Europa, compreso in Norvegia e Regno Unito. Altrettanto comuni sono le infezioni batteriche nel sito dell'iniezione, molte delle quali – come riferito in Scozia nel 2015 – sono a carico dei tessuti molli.

FIGURA 3.10

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



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

Malattie infettive: misure preventive

I principali approcci adottati per ridurre l'insorgenza di malattie infettive correlate al consumo di droga tra le persone che assumono stupefacenti per via parenterale comprendono l'erogazione di terapie sostitutive per la dipendenza da oppiacei, la distribuzione di materiale per iniezioni, l'introduzione di test, il trattamento dell'epatite C e la terapia antiretrovirale dell'HIV.

Nei consumatori di oppiacei per via parenterale la terapia sostitutiva riduce in maniera significativa il rischio d'infezione, con alcune analisi che indicano un aumento degli effetti protettivi quando un'elevata copertura del trattamento è associata a elevati livelli di fornitura di siringhe.

Le prove disponibili dimostrano che i programmi di fornitura di aghi e siringhe possono ridurre i comportamenti a rischio e, pertanto, possono limitare la trasmissione dell'HIV tra i soggetti che assumono droghe tramite iniezione. Quasi tutti i paesi forniscono gratuitamente materiale per iniezioni sterile presso centri specializzati. Tuttavia, la distribuzione geografica di questi centri, oltre che le stime del numero di siringhe erogate, varia enormemente da paese a paese (figura 3.10). Informazioni sulla fornitura di siringhe nell'ambito di programmi specializzati sono disponibili con riferimento a 23 paesi, che nel 2014 hanno collettivamente riferito una distribuzione di circa 36 milioni di unità. Questo numero è

sottostimato, poiché alcuni grandi paesi come Francia, Germania, Italia e Regno Unito non trasmettono dati nazionali completi sulla fornitura di siringhe.

I test per la diagnosi e il trattamento delle malattie infettive può contribuire a ridurre l'incidenza e la prevalenza delle infezioni tra consumatori di stupefacenti. I test possono accrescere la consapevolezza individuale della condizione infettiva e promuovere un avvio più precoce della terapia. Tuttavia, la stigmatizzazione e l'emarginazione, oltre alle limitate conoscenze in materia di screening e di opzioni terapeutiche, continuano a ostacolare l'entrata in trattamento. I dati clinici depongono in favore dell'avvio della terapia antiretrovirale immediatamente dopo la diagnosi dell'infezione da HIV, per prevenire qualsiasi ulteriore declino della funzione immunitaria.

Gli interventi mirati di riduzione del danno e di protezione della salute sessuale sono inoltre importanti al momento di esaminare i nuovi modelli di consumo e i comportamenti sessuali riferiti tra piccoli gruppi di uomini che hanno rapporti con altri uomini. Può essere a tale proposito particolarmente utile stabilire i nessi tra servizi specializzati e di salute sessuale oltre che attuare iniziative quali l'erogazione di informazioni sanitarie, la fornitura di strumenti sterili per il consumo parenterale di stupefacenti e, in alcuni casi, una profilassi a priori con farmaci antiretrovirali.

Epatite C: nuovi trattamenti

Per il virus dell'epatite C si applicano misure di prevenzione simili a quelle previste per la trasmissione dell'HIV. Poiché l'infezione da HCV è particolarmente diffusa tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale, ridurre il numero di soggetti che possono trasmettere l'infezione offrendo un trattamento per l'HCV è una componente fondamentale di una risposta di prevenzione globale. Le nuove linee guida europee raccomandano di offrire un trattamento per l'HCV ai consumatori di stupefacenti su base individuale e ne suggeriscono l'erogazione in un ambiente multidisciplinare. I regimi completamente orali, senza interferone, con agenti antivirali ad azione diretta sono disponibili dal 2013 e stanno diventando il pilastro del trattamento dell'infezione da HCV. Si tratta di medicinali estremamente efficaci, che richiedono una durata di trattamento inferiore e hanno minori effetti collaterali rispetto ai medicinali tradizionali. Questa terapia, inoltre, può essere offerta da servizi specializzati in ambienti comunitari, il che può accrescerne la disponibilità e l'adesione da parte dei pazienti.

I nuovi medicinali per il trattamento dell'infezione da HCV sono costosi rispetto ai precedenti. In un'indagine condotta in 21 paesi dell'UE nel 2015 l'EMCDDA ha rilevato che il costo medio di un trattamento di tre mesi con un nuovo medicinale ammontava a circa 60 000 EUR, mentre il trattamento con i medicinali della precedente generazione costava tra i 17 000 EUR e i 26 000 EUR. Considerando l'elevata prevalenza dell'infezione da HIV tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale, garantire l'accesso ottimale a nuovi medicinali promettenti continua a essere una sfida fondamentale per i responsabili delle politiche.

La salute dei detenuti nelle carceri: necessità di una risposta globale

Tra i detenuti si segnalano tassi di consumo di stupefacenti nell'arco della vita più alti di quelli riscontrati tra la popolazione generale e modelli di consumo più dannosi: studi recenti indicano infatti che una percentuale di detenuti compresa tra il 6 % e il 48 % ha assunto stupefacenti per via parenterale almeno in un'occasione. L'elevata prevalenza del consumo di stupefacenti nel corso della vita fa dei detenuti una categoria di pazienti con esigenze sanitarie complesse, per cui una valutazione attenta dello stato di salute al loro arrivo in carcere costituisce una pratica importante. L'OMS raccomanda l'adozione di un pacchetto di misure preventive per l'ambiente carcerario, che prevede test gratuiti e volontari per le malattie infettive, la distribuzione di preservativi e strumenti sterili per il consumo parenterale di stupefacenti, la cura di malattie infettive e il trattamento della tossicodipendenza.

La maggior parte dei paesi ha istituito partenariati interagenzia tra i servizi sanitari carcerari e gli erogatori dei medesimi servizi a livello territoriale, al fine di garantire l'educazione sanitaria e il trattamento all'interno del carcere, e per assicurare la continuità dell'assistenza dall'inizio della detenzione alla scarcerazione. Tra i paesi monitorati dall'EMCDDA, 27 su 30 segnalano la disponibilità di terapie sostitutive per la dipendenza da oppiacei nelle carceri. In generale, sembra che un numero sempre maggiore di detenuti benefici di una terapia sostitutiva, il che rifletterebbe la crescente diffusione di questo tipo d'intervento sul territorio. La fornitura di materiale sterile per il consumo parenterale di stupefacenti è meno comune: soltanto tre paesi hanno infatti segnalato l'esistenza di programmi di fornitura di siringhe nelle carceri.

Emergenze ospedaliere: una panoramica sui danni gravi

I dati sulle emergenze ospedaliere offrono informazioni particolarmente utili per comprendere i danni gravi per la salute. Un'analisi del 2014 effettuata dalla rete European Drug Emergencies Network (Euro-DEN), che monitora i ricoveri di emergenza correlati al consumo di stupefacenti in 16 ospedali selezionati (sentinella) in 10 paesi europei, ha riscontrato che la maggior parte dei 5 409 ricoveri riferiti hanno interessato uomini (76 %) e giovani adulti (età mediana: 32 anni per gli uomini e 28 anni per le donne). Tra le sostanze segnalate si contano l'eroina (24 % dei ricoveri), la cocaina (17 %) e la cannabis (16 %).

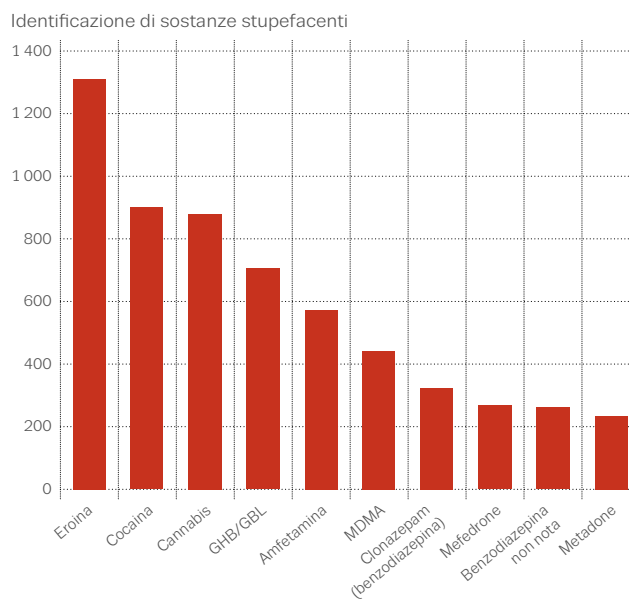
In molte delle emergenze è stata rinvenuta più di una sostanza stupefacente: in particolare, su un totale di 5 409 emergenze sono state identificate 8 358 sostanze (figura 3.11). In due terzi delle emergenze era implicato l'uso di droghe tradizionali come eroina, cocaina, cannabis, amfetamina e MDMA; in un quarto erano implicati farmaci da banco o con obbligo di ricetta medica (più frequentemente oppiacei e benzodiazepine); nel 6 % è stato segnalato un consumo di nuove sostanze psicoattive. L'eroina è stata la sostanza segnalata più di frequente, in generale, oltre che il principale oppiaceo (67 % degli oppiacei riferiti), seguita da metadone (12 %) e buprenorfina (5 %), con modelli che variano a seconda dei luoghi. In più di tre quarti dei ricoveri correlati al consumo di nuove sostanze psicoattive è stato segnalato un catinone, con il mefedrone segnalato nei due terzi dei casi.

Le sostanze stupefacenti interessate dai ricoveri di emergenza variavano da luogo a luogo e riflettevano i modelli locali di consumo a rischio di stupefacenti. Per esempio, le emergenze correlate al consumo di eroina e amfetamina sono state responsabili del maggior numero di ricoveri a Oslo, mentre quelle correlate al consumo di GHB/GBL, cocaina, mefedrone e MDMA sono state prevalenti a Londra, il che rispecchia i modelli locali di consumo associati agli ambienti notturni ricreativi.

I dati sulle emergenze ospedaliere offrono informazioni particolarmente utili per comprendere i danni gravi per la salute

FIGURA 3.11

Principali 10 sostanze stupefacenti segnalate nei ricoveri di emergenza presso gli ospedali sentinella nel 2014



NB: risultati tratti da 5 409 ricoveri di emergenza in 16 ospedali sentinella in 10 paesi europei.

Fonte: European Drug Emergencies Network (Euro-DEN).

La maggioranza (79 %) delle persone che si sono presentate in ospedale per problemi di consumo di stupefacenti è stata dimessa entro 12 ore. In totale, sono stati registrati 27 decessi (0,5 % di tutti i ricoveri), la maggior parte dei quali causati da oppiacei.

Pochi paesi possiedono sistemi di monitoraggio nazionali che consentono di analizzare il fenomeno delle intossicazioni acute da stupefacenti. Tra i paesi che effettuano controlli a lungo termine, nel Regno Unito i dati mostrano un aumento delle emergenze gravi dovute al consumo di eroina, mentre nella Repubblica ceca e in Danimarca si registra un calo. Questi ultimi due paesi hanno riferito un aumento del numero di emergenze correlate ad altri oppiacei. Un aumento continuo delle emergenze gravi dovute al consumo di cannabis è stato segnalato in Spagna, mentre i Paesi Bassi hanno segnalato un incremento del numero di persone che si recano alle postazioni di pronto soccorso per un'intossicazione da MDMA durante i festival e un aumento delle intossicazioni gravi correlato alla nuova sostanza psicoattiva 4-FA (4-fluoroamfetamina).

Nuove droghe: le sfide per la salute

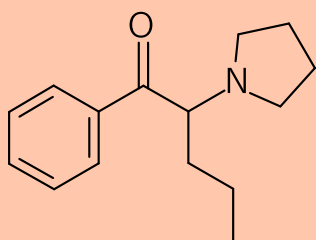
Le nuove sostanze sono state associate a una serie di danni gravi in Europa, inclusi gli avvelenamenti acuti e i decessi. Vi sono inoltre danni associati ai modelli di assunzione per via parenterale, in particolare con stimolanti quali mefedrone, alfa-PVP, MDPV e pentedrone. Gli avvelenamenti di massa, per quanto rari, possono mettere in difficoltà i sistemi sanitari. In uno di questi episodi, segnalato in Polonia nel 2015, i cannabinoidi sintetici sono stati messi in correlazione a oltre 200 ricoveri ospedalieri di emergenza in meno di una settimana.

Dall'inizio del 2014 i gravi danni associati all'uso di una nuova sostanza hanno portato a 34 allarmi in materia di salute pubblica lanciati dall'EMCDDA ai membri del sistema di allerta rapido dell'UE. In questo lasso di tempo sette nuove sostanze sono state sottoposte a una valutazione dei rischi. Più di recente i timori si sono concentrati sui nuovi oppiacei come l'acetilfentanil, che nel 2015, dopo essere stato associato a 32 decessi, è stato oggetto di una relazione congiunta di EMCDDA ed Europol. Molti tipi di fentanil sono estremamente potenti e possono essere spacciati per eroina ai consumatori inesperti, comportando un elevato rischio di overdose e decesso.

Risposta alle nuove droghe: gli interventi chiave

In generale, gli interventi esistenti di prevenzione, trattamento e riduzione del danno per problemi associati all'uso di droghe tradizionali sono considerati adeguati alle esigenze dei consumatori di nuovi stupefacenti o potrebbero essere agevolmente adattati a esse. Tuttavia, i problemi associati al consumo di nuove sostanze psicoattive e di altri medicinali come GHB, chetamina e mefedrone pongono specifiche sfide in alcuni ambienti tra cui le carceri, le cliniche per la salute sessuale e i servizi di bassa soglia. Tra le segnalazioni delle difficoltà incontrate nel realizzare gli interventi mirati a tali sostanze si annoverano quella di contattare i consumatori di stupefacente difficili da raggiungere (per esempio, gli uomini che hanno rapporti sessuali con altri uomini), di gestire comportamenti caotici di assunzione per via parenterale in seno a gruppi vulnerabili e di intervenire con misure di sostegno in caso di episodi psicotici acuti correlati al consumo di nuovi stupefacenti tra i detenuti. In questi casi specifici sarebbe importante definire interventi mirati specificamente al consumo di nuove sostanze e ai conseguenti danni per la salute come, per esempio, materiali di riduzione del danno e consulenza mirati, oltre che orientamenti terapeutici specifici.

Valutazione dei rischi dell'alfa-PVP



Nel novembre 2015 è stata condotta a livello europeo una valutazione dei rischi relativi dell'alfa-PVP (alfa-pirrolidinopentiofenone), un catinone sintetico e potente psicostimolante simile all'MDPV. È disponibile sul mercato degli stupefacenti dell'Unione europea da non più tardi di febbraio 2011 ed è stato rinvenuto in tutti i 28 Stati membri. L'Alfa-PVP è stato riscontrato in 191 intossicazioni acute e in 115 decessi. Nel 20 % dei decessi alfa-PVP è stato considerato la causa di morte o un fattore che vi ha contribuito; in cinque di questi casi, l'alfa-PVP è stata l'unica sostanza riscontrata.

Decessi per overdose: incrementi recenti

Il consumo di stupefacenti è una causa nota di morte evitabile tra gli adulti europei. Gli studi su consumatori di stupefacenti ad alto rischio mostrano tassi di mortalità generali compresi tra l'1 e il 2 % l'anno. Nel complesso, i consumatori di oppiacei in Europa hanno una probabilità di morire da 5 a 10 volte maggiore rispetto ai propri coetanei dello stesso sesso. L'elevato tasso di mortalità tra i consumatori di oppiacei è legato in particolare ai casi di overdose, anche se non sono trascurabili altre cause di decesso indirettamente correlate al consumo di tali sostanze, tra cui infezioni, incidenti, violenza e suicidio.

In Europa l'overdose continua a essere la principale causa di morte tra i consumatori di stupefacenti e più di tre quarti delle vittime di overdose sono di sesso maschile (78 %). La maggior parte dei paesi dell'UE ha segnalato un tendenziale aumento dei decessi per overdose dal 2003 fino al 2008-2009 circa, quando i livelli generali hanno cominciato a scendere. Occorre cautela nell'interpretare i dati relativi all'overdose, tra cui in particolare il totale cumulativo dell'UE, per motivi che includono la sistematica omissione delle segnalazioni in alcuni paesi e i ritardi causati dalle procedure di registrazione. Le stime annue pertanto rappresentano un valore provvisorio minimo. Si calcola che nel 2014 ci siano stati nell'Unione europea almeno 6 800 decessi per overdose. Rispetto al dato rivisto del 2013 si rileva dunque una tendenza all'aumento; come negli anni precedenti, una percentuale importante dei decessi si è avuta nel Regno Unito (36 %) e in Germania

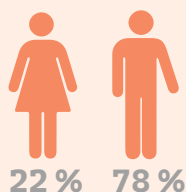
(15 %). Si evidenziano aumenti nei dati più recenti di alcuni paesi che dispongono di sistemi di segnalazione relativamente solidi, tra cui Irlanda, Lituania e Regno Unito. Si osserva un'impennata anche in Svezia, in parte dovuta all'inclusione di alcuni casi di consumatori di 50 anni e più, non correlati al consumo illecito di stupefacenti. Anche la Turchia sta registrando valori in aumento, ma ciò può essere dovuto in parte a un miglioramento delle segnalazioni.

Tra il 2006 e il 2014 il numero di decessi per overdose è aumentato tra i consumatori più vecchi ma è diminuito tra i giovani. Tale numero rispecchia l'invecchiamento dei consumatori di oppiacei in Europa, i quali sono esposti al più elevato rischio di decesso per overdose. Di recente, tuttavia, si è osservato un leggero incremento dei decessi per tale causa segnalati tra i consumatori di età inferiore ai 25 anni in alcuni paesi.

I consumatori di oppiacei in Europa hanno una probabilità di morire da 5 a 10 volte maggiore rispetto ai propri coetanei

DECESSI CAUSATI DAL CONSUMO DI STUPEFACENTI

Caratteristiche



Età media al decesso

38

Decessi con presenza di oppiacei



Età al decesso



Tendenze nei decessi per overdose

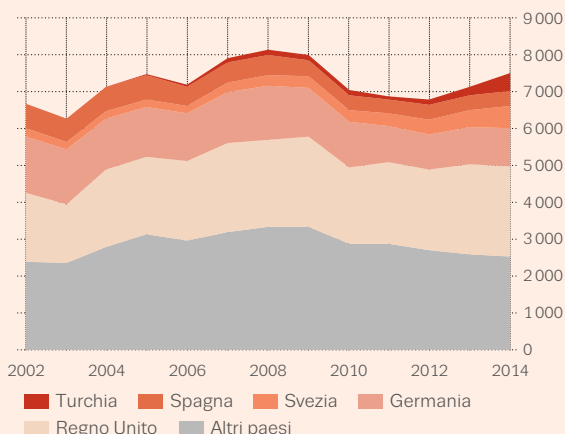
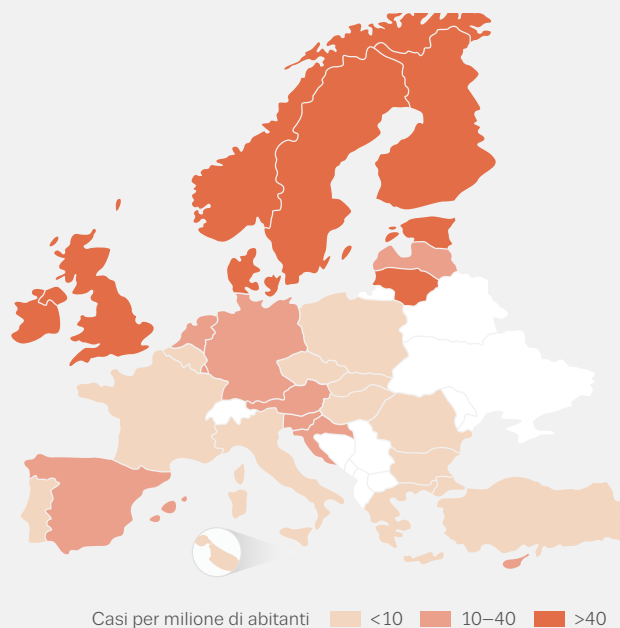
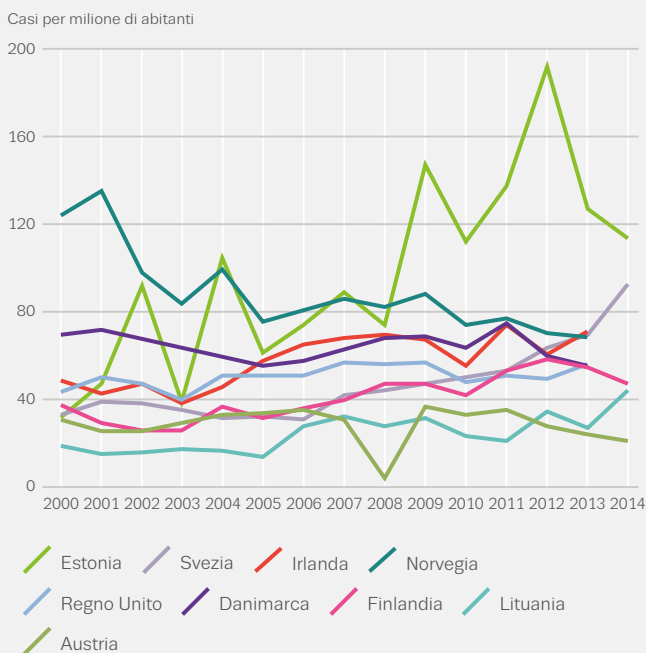


FIGURA 3.12

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



NB: tendenze nei nove paesi che riferiscono i valori più alti nel 2014 o nel 2013.

L'eroina o i suoi metaboliti sono presenti in gran parte dei casi segnalati di overdose mortali in Europa, spesso in associazione con altre sostanze. Nelle relazioni tossicologiche di solito sono presenti anche altri oppiacei, quali metadone, buprenorfina, fentanil e tramadol, sostanze che, in alcuni paesi, sono responsabili di una percentuale consistente di decessi per overdose. Nel Regno Unito (Inghilterra e Galles), per esempio, su 1 786 decessi registrati nel 2014 in cui è stato riferito un consumo di oppiacei, il metadone è menzionato in 394 casi e tramadol in 240 casi. Tra gli altri paesi che segnalano la presenza di oppiacei diversi dall'eroina negli eventi mortali di overdose si annoverano la Francia e l'Irlanda (perlopiù metadone) e la Finlandia, dove nel 2014 buprenorfina è stata segnalata in 75 casi.

Gli stimolanti come cocaina, amfetamine, MDMA e catinoni sono implicati in un numero più ristretto di decessi per overdose in Europa, anche se la loro importanza varia di paese in paese. Nel Regno Unito (Inghilterra e Galles), i decessi dovuti a cocaina sono aumentati da 169 nel 2013 a 247 nel 2014. In Spagna, dove i decessi correlati al consumo di cocaina si sono stabilizzati da qualche anno, questa droga continua a essere la seconda più segnalata nei decessi per overdose nel 2013 (236 casi).

Tassi di mortalità: più elevati nell'Europa settentrionale

Per il 2014 il tasso di mortalità per overdose in Europa è stimato in 18,3 decessi per milione di abitanti di età compresa fra 15 e 64 anni. I tassi di mortalità nazionali variano notevolmente e sono influenzati da fattori quali la prevalenza e i modelli di consumo di stupefacenti, oltre che da questioni metodologiche quali l'omissione delle segnalazioni e le prassi di codificazione. Sono stati segnalati tassi superiori a 40 decessi per milione di abitanti in otto paesi, con i più alti dichiarati in Estonia (113 per milione), Svezia (93 per milione) e Irlanda (71 per milione) (figura 3.12). I dati più recenti mostrano tendenze variabili.

Prevenzione dei casi di overdose e dei decessi correlati alla droga

La necessità di ridurre il numero delle overdose mortali e di altri decessi correlati alla droga è una sfida importante per la salute pubblica in Europa. Le risposte mirate in questo campo si concentrano sulla prevenzione del rischio di overdose o sul miglioramento delle probabilità di sopravvivere a un tale episodio. Il trattamento della tossicodipendenza, soprattutto la terapia sostitutiva per la dipendenza da oppiacei, previene le overdose e riduce il rischio di mortalità dei consumatori di stupefacenti in trattamento. L'obiettivo delle strutture per il consumo controllato di stupefacenti è prevenire i casi di overdose e garantire un'assistenza professionale nel caso in cui si verificano. Attualmente sei paesi dispongono di tali strutture (circa 70 in tutto).

Il naloxone è un medicinale antagonista degli oppiacei che può essere usato come antidoto in caso di overdose; è impiegato nei reparti di emergenza ospedalieri e dal personale delle ambulanze. Di recente c'è stato un aumento della fornitura di naloxone per l'assunzione "a casa" ai consumatori di oppiacei, ai loro partner, coetanei e familiari, cui sono date anche indicazioni su come riconoscere un episodio di overdose e reagire in maniera adeguata. Il naloxone è stato messo a disposizione anche del personale di servizi che regolarmente entrano in contatto con consumatori di stupefacenti. Da una recente indagine europea è emerso che in otto paesi europei esistono programmi di fornitura di naloxone per uso domestico. I kit di naloxone sono generalmente messi a disposizione dai servizi sanitari e per la cura della tossicodipendenza sotto forma di siringhe pre-riempite, anche se in Norvegia e Danimarca un adattatore consente la somministrazione del naloxone per via intranasale. Una recente analisi sistematica dell'efficacia del naloxone per uso domestico ha dimostrato che gli interventi informativi e formativi associati alla fornitura di naloxone per uso domestico hanno contribuito a ridurre le morti per overdose. Possono beneficiare in particolare di tali interventi alcune fasce della popolazione a elevato rischio, come i detenuti scarcerati di recente. Una recente valutazione scozzese del programma nazionale sul naloxone ha stabilito che l'uso di questo farmaco ha consentito di ridurre del 36 % la percentuale di decessi correlati al consumo di oppiacei avvenuti entro un mese dalla scarcerazione.

Servizi di riduzione della domanda: standard di qualità

Con il diffondersi dei servizi di riduzione della domanda si è posta una crescente enfasi sulla qualità dei servizi, che nel settembre 2015 è culminata nell'adozione da parte del Consiglio dei ministri dell'UE del documento dal titolo "Standard di qualità minimi nella riduzione della domanda di droga nell'Unione europea". Sedici standard per la prevenzione, il trattamento, la riduzione del danno e il reinserimento sociale definiscono parametri di qualità minimi per gli interventi. Quelli recentemente adottati rappresentano un importante passo avanti nel settore della lotta al consumo di droga a livello UE, poiché racchiudono le conoscenze di esperti e le decisioni in ambito politico di 28 paesi. Tali standard ribadiscono la necessità di basare gli interventi su elementi concreti e di fornire al personale una formazione adeguata, facilitando inoltre la condivisione di migliori prassi a livello europeo e promuovendo lo scambio di conoscenze.

Comprendere i costi degli interventi nel settore degli stupefacenti

Comprendere i costi degli interventi effettuati nel settore degli stupefacenti rappresenta un aspetto importante della valutazione politica. Tuttavia, le informazioni disponibili sulla spesa pubblica in materia di droga in Europa, a livello locale e nazionale, restano limitate ed eterogenee. Per i 18 paesi che hanno elaborato stime negli ultimi 10 anni, la spesa pubblica relativa alla droga è calcolata tra lo 0,01 % e lo 0,5 % del prodotto interno lordo (PIL) e gli interventi sanitari rappresentano tra il 15 % e il 53 % della spesa totale nell'ambito della droga.

Un esercizio recente ha consentito di calcolare che la fornitura di cure ospedaliere per i problemi di salute riconducibili al consumo di stupefacenti rappresentavano, in media, lo 0,013 % del PIL nei 15 paesi per i quali sono disponibili informazioni. Questa proporzione tuttavia variava enormemente da paese a paese. Per fornire una stima più esaustiva dei costi del trattamento dei problemi di salute correlati al consumo di stupefacenti negli ospedali sarebbe necessaria una raccolta più sistematica di dati sui ricoveri di emergenza.

MAGGIORI INFORMAZIONI

Pubblicazioni dell'EMCDDA

2016

Comorbidity of substance use and mental disorders, prospettive sulle droghe.

Preventing opioid overdose deaths with take-home naloxone, approfondimenti.

2015

Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe, approfondimenti.

Drug-related infectious diseases in Europe. Update from the EMCDDA expert network, comunicazioni rapide.

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

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

Prevention of addictive behaviours, approfondimenti.

Treatment of cannabis-related disorders in Europe, approfondimenti.

Drug consumption room, prospettive sulle droghe.

Psychosocial interventions, prospettive sulle droghe.

Valutazioni regolari dei rischi
MT-45 [Decisione di esecuzione (UE)
2015/1873 del Consiglio].
4,4'-DMAR [Decisione di esecuzione (UE)
2015/1873 del Consiglio].

2014

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

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

Internet-based drug treatment, prospettive sulle droghe.

Valutazioni regolari dei rischi
MDPV [Decisione di esecuzione (UE)
2015/1875 del Consiglio].
Methoxetamine [Decisione di esecuzione (UE)
2015/1875 del Consiglio].
25I-NBOMe [Decisione di esecuzione (UE) 2015/1875
del Consiglio].
AH-7921 [Decisione di esecuzione (UE)
2015/1875 del Consiglio].
4-methylamphetamine [Decisione di esecuzione (UE)
2015/1875 del Consiglio].
5-(2-aminopropyl)indole [Decisione di esecuzione
(UE) 2015/1876 del Consiglio].

2013

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

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

Drug prevention interventions targeting minority ethnic populations, documenti tematici.

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

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

Preventing overdose deaths in Europe, prospettive sulle droghe.

2012

Drug demand reduction: global evidence for local actions, focus sulle droghe.

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

New heroin-assisted treatment, approfondimenti.

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

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

2011

European drug prevention quality standards, manuali.

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

Valutazioni regolari dei rischi Mephedrone [Decisione di esecuzione (UE) 2010/759 del Consiglio].

Pubblicazioni congiunte EMCDDA ed ECDC

2011

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

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

Allegato

I dati nazionali relativi alle stime di prevalenza del consumo di stupefacenti tengono conto del consumo ad alto rischio di oppiacei, della terapia sostitutiva, dell'inizio del trattamento, del consumo di stupefacenti per via parenterale, dei decessi indotti dagli stupefacenti, delle malattie infettive correlate al consumo di droga, della distribuzione di siringhe e dei sequestri. I dati nazionali presentati in questa sede provengono dal bollettino statistico 2016 dell'EMCDDA, di cui costituiscono un sottoinsieme; nel bollettino stesso sono reperibili note e metadati. Sono indicati gli anni a cui i dati si riferiscono.

TABELLA A1

OPPIACEI

Paese	Stima del consumo ad alto rischio di oppiacei		Soggetti che si sottopongono a trattamento nel corso dell'anno						Pazienti in terapia sostitutiva
			Consumatori di oppiacei in % dei pazienti sottoposti a trattamento			% di consumatori di oppiacei per via parenterale (principale metodo di assunzione)			
			Tutti i pazienti che si sottopongono a trattamento	Pazienti che si sottopongono a trattamento per la prima volta	Pazienti che si sono già sottoposti al trattamento	Tutti i pazienti che si sottopongono a trattamento	Pazienti che si sottopongono a trattamento per la prima volta	Pazienti che si sono già sottoposti al trattamento	
Anno della stima	casi per 1 000	% (valore numerico)	% (valore numerico)	% (valore numerico)	% (valore numerico)	% (valore numerico)	% (valore numerico)	valore numerico	
Belgio	-	-	28,9 (3 079)	11,5 (434)	37,5 (2 352)	18,4 (541)	12 (51)	19,3 (431)	17 026
Bulgaria	-	-	84,8 (1 530)	64,5 (207)	96 (932)	73 (772)	69,9 (116)	75,5 (580)	3 414
Repubblica ceca	2014	1,4-1,8	17 (1 720)	7 (333)	25,9 (1 387)	82,6 (1 412)	79,8 (264)	83,2 (1 148)	4 000
Danimarca	-	-	17,5 (663)	7,1 (102)	26,3 (502)	33,9 (193)	23 (20)	-	2 600
Germania	2013	2,7-3,2	34,9 (29 655)	13,1 (3 304)	44 (26 351)	34,1 (11 225)	32,2 (1 460)	34,4 (9 765)	77 500
Estonia	-	-	90 (253)	89,5 (51)	97,3 (179)	78,8 (197)	64,7 (33)	83,2 (149)	919
Irlanda	-	-	49,8 (4 745)	27,5 (1 036)	65,5 (3 456)	42,2 (1 908)	35,7 (362)	43,6 (1 441)	9 764
Grecia	2014	2,1-2,8	69,2 (3 250)	55,3 (1 060)	78,9 (2 176)	33,4 (1 078)	27,7 (291)	36,3 (786)	10 226
Spagna	2013	1,6-2,5	24,8 (12 863)	10,9 (3 066)	42,1 (9 515)	15,8 (1 916)	9,9 (282)	17,7 (1 608)	61 954
Francia	2013-14	4,4-7,4	30,5 (12 634)	13,8 (1 240)	44,5 (8 662)	19,9 (2 119)	13,8 (155)	22 (1 620)	161 388
Croazia	2010	3,2-4	79,9 (6 241)	19,9 (210)	89 (5 516)	73,3 (4 529)	44,9 (88)	74,3 (4 063)	6 867
Italia	2014	4,6-5,8	56 (28 671)	40,6 (7 416)	64,5 (21 255)	47,2 (13 209)	45,9 (2 992)	58,4 (10 217)	75 964
Cipro	2014	1,5-2,4	25,4 (271)	11,5 (65)	42,2 (204)	56,8 (154)	50,8 (33)	59,3 (121)	178
Lettonia	2014	3,4-7,5	46,2 (382)	24,7 (102)	67,8 (280)	91 (343)	87,1 (88)	92,4 (255)	518
Lituania	2007	2,3-2,4	88,2 (1 905)	66,6 (227)	92,6 (1 665)	84,4 (1 607)	84,6 (192)	84,3 (1 402)	585
Lussemburgo	2007	5-7,6	53,9 (146)	46,4 (13)	51 (100)	50,3 (72)	15,4 (2)	52 (51)	1 121
Ungheria	2010-11	0,4-0,5	4,2 (196)	1,6 (51)	9,5 (118)	60,2 (109)	55,1 (27)	63,5 (73)	745
Malta	2014	5,3-6,2	72,8 (1 277)	27,5 (58)	79 (1 219)	63,4 (786)	47,3 (26)	64,1 (760)	1 013
Paesi Bassi	2012	1,1-1,5	10,5 (1 113)	5,7 (346)	16,9 (767)	6,5 (44)	9,3 (18)	5,4 (26)	7 569
Austria	2013	4,9-5,1	50,8 (1 737)	29,2 (435)	67,3 (1 302)	35,9 (479)	23,1 (79)	40,3 (400)	17 272
Polonia	2009	0,4-0,7	14,8 (1 061)	4,7 (162)	25 (877)	61,5 (632)	39,1 (61)	65,1 (555)	2 586
Portogallo	2012	4,2-5,5	53,8 (1 538)	26,3 (357)	78,8 (1 180)	18,3 (255)	12,5 (39)	19,9 (216)	16 587
Romania	-	-	41,8 (1 094)	15,1 (211)	74 (852)	92,4 (1 007)	85,7 (180)	94 (799)	593
Slovenia	2013	3,4-4,1	75,9 (318)	55,5 (61)	83,1 (250)	32,3 (101)	20,7 (12)	35,7 (89)	3 190
Slovacchia	2008	1-2,5	21,9 (543)	12,7 (147)	30,5 (387)	71,2 (376)	55,9 (81)	76,8 (288)	375
Finlandia	2012	3,8-4,5	57,8 (372)	41,9 (111)	68,9 (261)	79,1 (291)	68,2 (75)	83,7 (216)	3 000
Svezia	-	-	24,7 (7 737)	14,7 (1 680)	30,2 (5 838)	62,1 (175)	20 (4)	47,4 (27)	3 502
Regno Unito	2010-11	7,9-8,4	52,1 (50 592)	23,2 (7 911)	68 (42 045)	33,3 (15 380)	20,8 (1 217)	35 (13 892)	148 868
Turchia	2011	0,2-0,5	70,3 (7 476)	61,1 (3 420)	80,6 (4 056)	30 (2 243)	20,5 (702)	38 (1 541)	28 656
Norvegia	2013	2-4,2	23 (1 974)	-	-	-	-	-	7 433
Unione europea	-	-	39,2 (175 586)	18,6 (30 396)	52,6 (139 628)	37,8 (60 910)	31,4 (8 248)	40,4 (50 978)	644 324
UE, Turchia e Norvegia	-	-	39,6 (185 036)	20,0 (33 816)	53,2 (143 684)	37,4 (63 153)	30,2 (8 950)	40,3 (52 519)	680 413

I dati sui pazienti in terapia sostitutiva si riferiscono al 2014 o all'anno più recente disponibile: Danimarca e Finlandia, 2011; Turchia, 2012; Spagna e Malta, 2013; i dati relativi all'Irlanda si basano su un censimento effettuato il 31 dicembre 2013.

TABELLA A2

COCAINA

Paese	Stime di prevalenza				Soggetti che si sottopongono a trattamento nel corso dell'anno					
	Popolazione complessiva			Popolazione scolastica	Consumatori di cocaina in % dei pazienti che si sottopongono a trattamento			% di consumatori di cocaina per via parenterale (principale metodo di assunzione)		
	Anno dell'indagine	Nell'arco della vita, adulti (15-64)	Negli ultimi 12 mesi, giovani adulti (15-34)	Nell'arco della vita, studenti (15-16)	Tutti i pazienti che si sottopongono a trattamento	Pazienti che si sottopongono a trattamento per la prima volta	Pazienti che si sono già sottoposti al trattamento	Tutti i pazienti	Pazienti che si sottopongono a trattamento per la prima volta	Pazienti che si sono già sottoposti al trattamento
	%	%	%	% (valore numerico)	% (valore numerico)	% (valore numerico)	% (valore numerico)	% (valore numerico)	% (valore numerico)	% (valore numerico)
Belgio	2013	-	0,9	2	17 (1 809)	16,7 (628)	16,9 (1 058)	4,9 (84)	1,2 (7)	6,1 (60)
Bulgaria	2012	0,9	0,3	4	1,6 (29)	6,5 (21)	0,8 (8)	7,1 (2)	0 (0)	25 (2)
Repubblica ceca	2014	0,9	0,6	1	0,3 (27)	0,3 (12)	0,3 (15)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Danimarca	2013	5,2	2,4	2	5,1 (193)	5,8 (84)	5,2 (99)	10,1 (17)	0 (0)	-
Germania	2012	3,4	1,6	3	5,9 (4 978)	5,3 (1 340)	6,1 (3 638)	16,9 (2 650)	7,8 (292)	19,8 (2 358)
Estonia	2008	-	1,3	2	0,4 (1)	-	-	-	-	-
Irlanda	2011	6,8	2,8	3	8,7 (828)	11,2 (424)	6,8 (358)	1,4 (11)	0,5 (2)	2,6 (9)
Grecia	2004	0,7	0,2	1	5,1 (239)	5,2 (100)	5 (139)	14,7 (35)	6 (6)	21 (29)
Spagna	2013	10,3	3,3	3	38,2 (19 848)	38 (10 734)	38,6 (8 726)	2,3 (426)	1,2 (128)	3,5 (291)
Francia	2014	5,4	2,4	4	6,1 (2 530)	5,4 (489)	7,7 (1 508)	9,9 (224)	2,6 (12)	13,7 (186)
Croazia	2012	2,3	0,9	2	1,7 (132)	3,1 (33)	1,5 (90)	3,1 (4)	3,4 (1)	3,3 (3)
Italia	2014	7,6	1,8	2	23,7 (12 165)	27,4 (5 006)	21,7 (7 159)	6,2 (739)	4,7 (227)	7,4 (512)
Cipro	2012	1,3	0,6	4	10,3 (110)	7,1 (40)	14,1 (68)	9,2 (10)	7,5 (3)	10,4 (7)
Lettonia	2011	1,5	0,3	4	0,7 (6)	1,2 (5)	0,2 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Lituania	2012	0,9	0,3	2	0,2 (5)	0,3 (1)	0,2 (4)	20 (1)	0 (0)	25 (1)
Lussemburgo	-	-	-	-	19,9 (54)	25 (7)	18,4 (36)	34,7 (17)	50 (3)	31,4 (11)
Ungheria	2007	0,9	0,4	2	1,8 (86)	1,9 (59)	1,9 (23)	5,9 (5)	1,7 (1)	17,4 (4)
Malta	2013	0,5	-	4	15,9 (279)	40,3 (85)	12,6 (194)	21,9 (60)	9,4 (8)	27,5 (52)
Paesi Bassi	2014	5,1	3,0	2	26,3 (2 791)	22 (1 344)	31,9 (1 447)	0,2 (4)	0,1 (1)	0,3 (3)
Austria	2008	2,2	1,2	-	8,4 (288)	9,7 (145)	7,4 (143)	4,2 (10)	1,6 (2)	7,2 (8)
Polonia	2014	1,3	0,4	3	1,4 (98)	1,3 (44)	1,5 (51)	1,1 (1)	0 (0)	2,1 (1)
Portogallo	2012	1,2	0,4	4	13,5 (385)	17,5 (237)	9,8 (147)	5,7 (20)	2,8 (6)	10,4 (14)
Romania	2013	0,8	0,2	2	0,8 (21)	1,1 (15)	0,5 (6)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Slovenia	2012	2,1	1,2	3	6 (25)	5,5 (6)	6,3 (19)	62,5 (15)	16,7 (1)	77,8 (14)
Slovacchia	2010	0,6	0,4	1	0,9 (23)	1,4 (16)	0,6 (7)	4,3 (1)	6,3 (1)	0 (0)
Finlandia	2014	1,9	1,0	1	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-	-	-
Svezia	2008	3,3	1,2	1	0,9 (284)	1,6 (189)	0,5 (87)	3,1 (1)	0 (0)	0 (0)
Regno Unito (¹)	2014	9,8	4,2	2	12,6 (12 236)	16,9 (5 752)	10,4 (6 399)	1,4 (161)	0,3 (16)	2,3 (144)
Turchia	-	-	-	-	1,3 (134)	1,2 (66)	1,4 (68)	-	-	-
Norvegia	2014	5,0	2,3	1	1 (84)	-	-	-	-	-
Unione europea	-	5,1	1,9	-	13,3 (59 470)	16,4 (26 816)	11,8 (31 430)	6,7 (4 498)	2,6 (717)	9,8 (3 709)
UE, Turchia e Norvegia	-	-	-	-	12,8 (59 688)	15,9 (26 882)	11,6 (31 498)	6,7 (4 498)	2,6 (717)	9,7 (3 709)

Le stime relative alla prevalenza per la popolazione scolastica derivano da indagini scolastiche a livello nazionale o dal progetto ESPAD.

(¹) Le stime relative alla prevalenza per la popolazione generale si riferiscono esclusivamente a Inghilterra e Galles.

TABELLA A3

AMFETAMINE

Paese	Stime di prevalenza				Soggetti che si sottopongono a trattamento nel corso dell'anno					
	Popolazione complessiva			Popolazione scolastica	Consumatori di amfetamine in % dei pazienti che si sottopongono a trattamento			% di consumatori di amfetamine per via parenterale (principale metodo di assunzione)		
	Anno dell'indagine	Nell'arco della vita, adulti (15-64)	Negli ultimi 12 mesi, giovani adulti (15-34)	Nell'arco della vita, studenti (15-16)	Tutti i pazienti che si sottopongono a trattamento	Pazienti che si sottopongono a trattamento per la prima volta	Pazienti che si sono già sottoposti al trattamento	Tutti i pazienti	Pazienti che si sottopongono a trattamento per la prima volta	Pazienti che si sono già sottoposti al trattamento
	%	%	%	% (valore numerico)	% (valore numerico)	% (valore numerico)	% (valore numerico)	% (valore numerico)	% (valore numerico)	% (valore numerico)
Belgio	2013	-	0,5	2	9,8 (1 047)	9,4 (353)	10,7 (669)	12,6 (128)	5,3 (18)	-
Bulgaria	2012	1,2	1,3	5	4,7 (84)	15,9 (51)	1,6 (16)	2 (1)	0 (0)	0 (0)
Repubblica ceca	2014	2,6	2,3	2	69,7 (7 033)	75,1 (3 550)	65 (3 483)	78,1 (5 446)	73,8 (2 586)	82,6 (2 860)
Danimarca	2013	6,6	1,4	2	9,5 (358)	10,3 (149)	8,9 (170)	3,1 (9)	0 (0)	-
Germania	2012	3,1	1,8	4	16,1 (13 664)	19,3 (4 860)	14,7 (8 804)	1,5 (277)	0,9 (55)	1,8 (222)
Estonia	2008	-	2,5	3	3,9 (11)	3,5 (2)	1,6 (3)	72,7 (8)	100 (2)	66,7 (2)
Irlanda	2011	4,5	0,8	2	0,6 (55)	0,8 (30)	0,5 (24)	5,5 (3)	3,3 (1)	8,3 (2)
Grecia	2004	0,1	0,1	2	0,4 (18)	0,7 (13)	0,2 (5)	22,2 (4)	30,8 (4)	0 (0)
Spagna	2013	3,8	1,2	1	1,3 (671)	1,4 (391)	1,2 (261)	1,2 (8)	0,8 (3)	1,6 (4)
Francia	2014	2,2	0,7	4	0,6 (232)	0,7 (66)	0,5 (96)	8,2 (16)	9,7 (6)	11,4 (9)
Croazia	2012	2,6	1,6	1	1,2 (96)	2,7 (28)	1 (65)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Italia	2014	2,8	0,6	1	0,2 (83)	0,3 (57)	0,1 (26)	6,1 (5)	7,1 (4)	4,3 (1)
Cipro	2012	0,7	0,4	4	4,3 (46)	3,5 (20)	5,4 (26)	4,3 (2)	5 (1)	3,8 (1)
Lettonia	2011	2,2	0,6	4	13,9 (115)	15 (62)	12,8 (53)	63,1 (70)	66,7 (40)	58,8 (30)
Lituania	2012	1,2	0,5	3	3,4 (73)	8,2 (28)	2,3 (42)	32,9 (24)	32,1 (9)	35,7 (15)
Lussemburgo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ungheria	2007	1,8	1,2	6	12,5 (584)	12,3 (383)	12,4 (154)	13 (74)	9,6 (36)	22,2 (34)
Malta	2013	0,3	-	3	0,2 (4)	-	0,3 (4)	25 (1)	-	25 (1)
Paesi Bassi	2014	4,4	2,9	1	6,6 (702)	6,2 (376)	7,2 (326)	0,8 (3)	0 (0)	1,8 (3)
Austria	2008	2,5	0,9	-	4,6 (157)	5,9 (88)	3,6 (69)	5,3 (7)	5,2 (4)	5,4 (3)
Polonia	2014	1,7	0,4	4	28,1 (2 019)	27,7 (956)	29,5 (1 036)	4,8 (91)	2,3 (21)	7,5 (70)
Portogallo	2012	0,5	0,1	3	0 (1)	0,1 (1)	0 (0)	-	0 (0)	-
Romania	2013	0,3	0,1	2	0,2 (4)	0,2 (3)	0,1 (1)	25 (1)	0 (0)	100 (1)
Slovenia	2012	0,9	0,8	2	0,5 (2)	-	0,7 (2)	-	-	-
Slovacchia	2010	0,5	0,3	1	42,7 (1 060)	47,8 (553)	38,9 (493)	32,8 (337)	26,1 (140)	40,3 (194)
Finlandia	2014	3,4	2,4	-	12,1 (78)	13,2 (35)	11,3 (43)	84,2 (64)	80 (28)	87,8 (36)
Svezia	2008	5	1,3	1	0,5 (141)	-	-	-	-	-
Regno Unito (¹)	2014	10,3	1,1	1	2,9 (2 830)	3,7 (1 250)	2,5 (1 540)	21,6 (464)	12,2 (101)	27,6 (354)
Turchia	2011	0,1	0,1	2	0,3 (27)	0,4 (21)	0,1 (6)	-	-	-
Norvegia (²)	2014	4,1	1,1	1	13,4 (1 147)	-	-	-	-	-
Unione europea	-	3,6	1	-	7 (31 168)	8,2 (13 305)	6,6 (17 411)	20,8 (7 139)	22,5 (3 059)	19,7 (3 950)
UE, Turchia e Norvegia	-	-	-	-	6,9 (32 342)	7,9 (13 326)	6,5 (17 417)	20,8 (7 139)	22,4 (3 059)	19,7 (3 950)

Le amfetamine includono amfetamina e metamfetamina.

Le stime relative alla prevalenza per la popolazione scolastica derivano da indagini scolastiche a livello nazionale o dal progetto ESPAD.

(¹) Le stime relative alla prevalenza per la popolazione generale si riferiscono esclusivamente a Inghilterra e Galles.

(²) I pazienti che si sottopongono a trattamento sono i soggetti che riferiscono un consumo di stimolanti diversi dalla cocaina, non solo di amfetamine.

TABELLA A4

MDMA

Paese	Stime di prevalenza				Soggetti che si sottopongono a trattamento nel corso dell'anno		
	Anno dell'indagine	Popolazione complessiva		Popolazione scolastica	Consumatori di MDMA in % dei pazienti che si sottopongono a trattamento		
		Nell'arco della vita, adulti (15-64)	Negli ultimi 12 mesi, giovani adulti (15-34)	Nell'arco della vita, studenti (15-16)	Tutti i pazienti che si sottopongono a trattamento	Pazienti che si sottopongono a trattamento per la prima volta	Pazienti che si sono già sottoposti a trattamento
		%	%	%	% (valore numerico)	% (valore numerico)	% (valore numerico)
Belgio	2013	–	0,8	2	0,6 (65)	0,9 (34)	0,5 (31)
Bulgaria	2012	2,0	2,9	4	0,2 (3)	0,6 (2)	0,1 (1)
Repubblica ceca	2014	6,0	3,6	3	0 (4)	0,1 (3)	0 (1)
Danimarca	2013	2,3	0,7	1	0,3 (13)	0,5 (7)	0,3 (5)
Germania	2012	2,7	0,9	2	–	–	–
Estonia	2008	–	2,3	3	–	–	–
Irlanda	2011	6,9	0,9	2	0,6 (56)	1 (37)	0,3 (18)
Grecia	2004	0,4	0,4	2	0,1 (4)	0,1 (1)	0,1 (3)
Spagna	2013	4,3	1,5	1	0,4 (201)	0,6 (167)	0,1 (27)
Francia	2014	4,2	2,3	3	0,4 (148)	0,6 (57)	0,3 (63)
Croazia	2012	2,5	0,5	2	0,4 (32)	1,3 (14)	0,3 (17)
Italia	2014	3,1	1,0	1	0,3 (147)	0,3 (48)	0,3 (99)
Cipro	2012	0,9	0,3	3	0,1 (1)	–	0,2 (1)
Lettonia	2011	2,7	0,8	4	0,4 (3)	0,7 (3)	0 (0)
Lituania	2012	1,3	0,3	2	0 (1)	0 (0)	0,1 (1)
Lussemburgo	–	–	–	–	–	–	–
Ungheria	2007	2,4	1,0	4	1,7 (82)	1,8 (55)	1,9 (23)
Malta	2013	0,7	–	3	0,9 (16)	–	1 (16)
Paesi Bassi	2014	7,4	5,5	4	0,4 (45)	0,7 (40)	0,1 (5)
Austria	2008	2,3	1,0		0,8 (27)	1,3 (19)	0,4 (8)
Polonia	2014	1,6	0,9	2	0,2 (11)	0,1 (5)	0,2 (6)
Portogallo	2012	1,3	0,6	3	0,2 (5)	0,4 (5)	0 (0)
Romania	2013	0,9	0,3	2	0,5 (14)	1 (14)	0 (0)
Slovenia	2012	2,1	0,8	2	–	–	–
Slovacchia	2010	1,9	0,9	1	0,1 (2)	0,1 (1)	0,1 (1)
Finlandia	2014	3,0	2,5	2	0,2 (1)	0 (0)	0,3 (1)
Svezia	2008	2,1	1,0	1	–	–	–
Regno Unito (¹)	2014	9,2	3,5	3	0,3 (302)	0,6 (200)	0,2 (97)
Turchia	2011	0,1	0,1	2	1 (103)	1,3 (74)	0,6 (29)
Norvegia	2014	2,3	0,4	1	–	–	–
Unione europea	–	3,9	1,7	–	0,3 (1 184)	0,4 (712)	0,2 (424)
UE, Turchia e Norvegia	–	–	–	–	0,3 (1 287)	0,5 (786)	0,2 (453)

Le stime relative alla prevalenza per la popolazione scolastica derivano da indagini scolastiche a livello nazionale o dal progetto ESPAD.

(¹) Le stime relative alla prevalenza per la popolazione generale si riferiscono a Inghilterra e Galles.

TABELLA A5

CANNABIS

Paese	Stime di prevalenza				Soggetti che si sottopongono a trattamento nel corso dell'anno		
	Anno dell'indagine	Popolazione complessiva		Popolazione scolastica	Consumatori di cannabis in % dei pazienti che si sottopongono a trattamento		
		Nell'arco della vita, adulti (15-64)	Negli ultimi 12 mesi, giovani adulti (15-34)	Nell'arco della vita, studenti (15-16)	Tutti i pazienti che si sottopongono a trattamento	Pazienti che si sottopongono a trattamento per la prima volta	Pazienti che si sono già sottoposti a trattamento
	%	%	%	% (valore numerico)	% (valore numerico)	% (valore numerico)	
Belgio	2013	15	10,1	21	32,9 (3 501)	52,8 (1 984)	22,4 (1 403)
Bulgaria	2012	7,5	8,3	22	3,2 (58)	8,4 (27)	0,7 (7)
Repubblica ceca	2014	28,7	23,9	42	11,8 (1 195)	16,4 (776)	7,8 (419)
Danimarca	2013	35,6	17,6	18	63,4 (2 397)	72,6 (1 048)	55,5 (1 061)
Germania	2012	23,1	11,1	19	37,9 (32 225)	57,5 (14 458)	29,7 (17 767)
Estonia	2008	–	13,6	24	3,2 (9)	7 (4)	0,5 (1)
Irlanda	2011	25,3	10,3	18	27,8 (2 645)	44,9 (1 696)	16 (847)
Grecia	2004	8,9	3,2	8	22,3 (1 046)	36,5 (699)	12,3 (338)
Spagna	2013	30,4	17,0	27	32,6 (16 914)	45,7 (12 912)	15,9 (3 585)
Francia	2014	40,9	22,1	39	58 (24 003)	76,7 (6 897)	42,3 (8 248)
Croazia	2012	15,6	10,5	18	14,1 (1 103)	64,4 (679)	6,5 (401)
Italia	2014	31,9	19,0	20	18,2 (9 321)	28,8 (5 267)	12,3 (4 054)
Cipro	2012	9,9	4,2	7	59,4 (634)	77,2 (436)	37,7 (182)
Lettonia	2011	12,5	7,3	24	32,6 (269)	50,8 (210)	14,3 (59)
Lituania	2012	10,5	5,1	20	4,3 (92)	14,7 (50)	2,3 (42)
Lussemburgo	–	–	–	–	25,5 (69)	28,6 (8)	29,6 (58)
Ungheria	2007	8,5	5,7	19	55,5 (2 603)	61,2 (1 910)	43,2 (537)
Malta	2013	4,3	–	10	9 (158)	31,8 (67)	5,9 (91)
Paesi Bassi	2014	24,1	15,6	27	47,6 (5 061)	56,2 (3 429)	36 (1 632)
Austria	2008	14,2	6,6	14	32,2 (1 101)	50,9 (757)	17,8 (344)
Polonia	2014	16,2	9,8	23	34,6 (2 483)	44,6 (1 540)	25 (877)
Portogallo	2012	9,4	5,1	16	28,4 (812)	50,8 (690)	8,1 (122)
Romania	2013	4,6	3,3	7	37,2 (973)	61,4 (858)	9 (104)
Slovenia	2012	15,8	10,3	23	12,2 (51)	36,4 (40)	3,3 (10)
Slovacchia	2010	10,5	7,3	21	20,5 (509)	28,6 (331)	12,5 (159)
Finlandia	2014	21,7	13,5	12	20,5 (132)	35,1 (93)	10,3 (39)
Svezia	2014	14,4	6,3	6	13,2 (4 141)	20,7 (2 372)	8,9 (1 717)
Regno Unito (1)	2014	29,2	11,7	19	26 (25 278)	46,6 (15 895)	14,8 (9 137)
Turchia	2011	0,7	0,4	4	9 (955)	11,3 (634)	6,4 (321)
Norvegia	2014	21,9	8,6	5	22,7 (1 946)	–	–
Unione europea	–	24,8	13,3	–	31 (138 783)	46 (75 133)	20,1 (53 241)
UE, Turchia e Norvegia	–	–	–	–	30,4 (141 684)	44,9 (75 767)	19,8 (53 562)

Le stime relative alla prevalenza per la popolazione scolastica derivano da indagini scolastiche a livello nazionale o dal progetto ESPAD.

(1) Le stime relative alla prevalenza per la popolazione generale si riferiscono a Inghilterra e Galles.

TABELLA A6

ALTRI INDICATORI

Paese	Decessi indotti dagli stupefacenti (15–64 anni di età)	Diagnosi di HIV attribuite all'assunzione di stupefacenti per via parenterale (ECDC)	Stima del consumo di stupefacenti per via parenterale		Siringhe distribuite attraverso programmi specializzati
	casi per milione di abitanti (valore numerico)	casi per milione di abitanti (valore numerico)	Anno della stima	casi per 1 000 abitanti	valore numerico
Belgio	9 (66)	1 (11)	2014	2,4–4,9	926 391
Bulgaria	3,1 (15)	6,3 (46)	–	–	417 677
Repubblica ceca	5,2 (37)	1 (10)	2014	6,1–6,8	6 610 788
Danimarca	55,1 (200)	2 (11)	–	–	–
Germania	18,6 (993)	1,4 (111)	–	–	–
Estonia	113,2 (98)	50,9 (67)	2009	4,3–10,8	2 110 527
Irlanda	71,1 (214)	5,4 (25)	–	–	393 275
Grecia	–	9,3 (102)	2014	0,6–0,9	368 246
Spagna	13 (402)	2,5 (115)	2013	0,2–0,4	2 269 112
Francia	5,4 (227)	1 (64)	–	–	–
Croazia	20,8 (59)	0 (0)	2012	0,4–0,6	196 150
Italia	8 (313)	2,3 (141)	–	–	–
Cipro	10 (6)	3,5 (3)	2014	0,4–0,7	382
Lettonia	10,6 (14)	37 (74)	2012	7,3–11,7	409 869
Lituania	44,2 (87)	12,9 (38)	–	–	154 889
Lussemburgo	21,1 (8)	29,1 (16)	2009	4,5–6,9	253 011
Ungheria	3,4 (23)	0,1 (1)	2008–09	0,8	460 977
Malta	6,9 (2)	0 (0)	–	–	314 027
Paesi Bassi	10,8 (119)	0 (0)	2008	0,2–0,2	–
Austria	21,1 (121)	2,5 (21)	–	–	5 157 666
Polonia	8,5 (225)	1 (37)	–	–	105 890
Portogallo	4,5 (31)	3,8 (40)	2012	1,9–2,5	1 677 329
Romania	2,4 (33)	7,7 (154)	–	–	1 979 259
Slovenia	20 (28)	1 (2)	–	–	494 890
Slovacchia	3,1 (12)	0,2 (1)	–	–	274 942
Finlandia	47,4 (166)	1,3 (7)	2012	4,1–6,7	4 522 738
Svezia	92,9 (569)	0,8 (8)	2008–11	1,3	203 847
Regno Unito (¹)	55,9 (2 332)	2 (131)	2004–11	2,9–3,2	7 199 660
Turchia	9,2 (479)	0,1 (10)	–	–	–
Norvegia	67,8 (228)	1,4 (7)	2013	2,1–2,9	2 124 180
Unione europea	19,2 (6 400)	2,4 (1 236)	–	–	–
UE, Turchia e Norvegia	18,3 (7 107)	2,1 (1 253)	–	–	–

Occorre cautela nell'interpretare i dati relativi ai decessi indotti dagli stupefacenti riconducibili a problemi di codifica e copertura nonché all'omissione delle segnalazioni in alcuni paesi.

(¹) I dati sulle siringhe fanno riferimento a Galles e Scozia (2014) e all'Irlanda del Nord (2013).

TABELLA A7

SEQUESTRI

	Eroina		Cocaina		Amfetamine		MDMA	
	Quantità sequestrata	Numero di sequestri	Quantità sequestrata	Numero di sequestri	Quantità sequestrata	Numero di sequestri	Quantità sequestrata	Numero di sequestri
Paese	kg	valore numerico	kg	valore numerico	kg	valore numerico	compresse (kg)	valore numerico
Belgio	149	2 288	9 293	4 268	208	3 434	44 422 (3)	1 693
Bulgaria	940	137	27	39	216	–	16 845 (148)	–
Repubblica ceca	157	65	5	144	51	1 179	1 338 (0,08)	119
Danimarca	13	447	90	2 395	295	1 867	54 690 (–)	688
Germania	780	2 857	1 568	3 395	1 484	13 759	486 852 (–)	3 122
Estonia	<0,01	8	3	57	67	319	9 822 (3)	147
Irlanda	61	954	66	405	23	75	465 083 (–)	402
Grecia	2 528	2 277	297	418	6	64	102 299 (9)	42
Spagna	244	6 671	21 685	38 458	839	4 079	559 221 (–)	3 054
Francia	990	–	6 876	–	321	–	940 389 (–)	–
Croazia	47	132	6	231	14	582	– (3)	517
Italia	931	2 123	3 866	4 783	6	184	– (29)	262
Cipro	0	11	32	107	1	73	17 247 (1,1)	28
Lettonia	0,8	229	8	44	15	640	119 (0,3)	15
Lituania	7	129	116	13	10	130	– (1,9)	16
Lussemburgo	7	150	5	169	0,07	9	247 (–)	4
Ungheria	70	31	40	143	17	673	13 020 (0,4)	275
Malta	2	33	5	136	0,01	3	334 (–)	31
Paesi Bassi	750	–	10 000	–	681	–	2 442 190 (–)	–
Austria	56	428	31	1 078	21	930	5 001 (–)	212
Polonia	273	–	31	–	824	–	62 028 (–)	–
Portogallo	39	690	3 715	1 042	2	77	684 (0,6)	145
Romania	26	218	34	79	4	40	317 966 (0,03)	212
Slovenia	5	289	182	179	22	–	218 (0,1)	–
Slovacchia	0,1	78	0,02	17	6	672	419 (–)	44
Finlandia	0,09	113	6	205	298	3 149	131 700 (–)	795
Svezia	24	514	29	142	439	5 286	6 105 (8)	920
Regno Unito	785	10 913	3 562	19 820	1 730	6 725	423 000 (–)	3 913
Turchia	12 756	7 008	393	784	142	403	3 600 831 (–)	3 706
Norvegia	44	1 294	149	1 101	420	8 145	54 185 (11)	502
Unione europea	8 883	31 785	61 578	77 767	7 599	43 949	6 101 249 (209)	16 656
UE, Turchia e Norvegia	21 683	40 087	62 120	79 652	8 162	52 497	9 756 265 (219)	20 864

Le amfetamine includono amfetamina e metamfetamina.

Tutti i dati si riferiscono al 2014, fatta eccezione per i Paesi Bassi (2012), la Finlandia (dati relativi ai sequestri, 2013) e il Regno Unito (2013).

TABELLA A7

SEQUESTRI (seguito)

Paese	Resina di cannabis		Foglie di cannabis		Piante di cannabis	
	Quantità sequestrata	Numero di sequestri	Quantità sequestrata	Numero di sequestri	Quantità sequestrata	Numero di sequestri
	kg	valore numerico	kg	valore numerico	piante (kg)	valore numerico
Belgio	841	5 554	10 744	28 086	356 388 (-)	1 227
Bulgaria	2	14	1 674	3 516	21 516 (-)	100
Repubblica ceca	15	73	570	2 833	77 685 (-)	484
Danimarca	2 211	9 988	58	3 000	11 792 (675)	262
Germania	1 755	5 201	8 515	31 519	132 257 (-)	2 400
Estonia	273	31	352	507	- (13)	30
Irlanda	677	258	1 102	1 770	6 309 (-)	340
Grecia	36	176	19 568	6 985	14 173 (-)	587
Spagna	379 762	174 566	15 174	175 086	270 741 (-)	2 252
Francia	36 917	-	10 073	-	158 592 (-)	-
Croazia	2	371	1 640	5 591	3 602 (-)	188
Italia	113 152	5 303	33 441	8 294	121 659 (-)	1 773
Cipro	0,1	12	203	901	487 (-)	44
Lettonia	30	38	27	366	- (11)	16
Lituania	841	24	79	341	- (-)	-
Lussemburgo	1	78	13	1 015	97 (-)	11
Ungheria	8	101	529	2 058	3 288 (-)	146
Malta	42	39	70	176	8 (-)	5
Paesi Bassi	2 200	-	12 600	-	1 600 000 (-)	-
Austria	101	1 380	1 326	10 088	- (281)	408
Polonia	99	-	270	-	95 214 (-)	-
Portogallo	32 877	3 472	108	555	4 517 (-)	302
Romania	15	154	145	1 967	- (422)	93
Slovenia	2	73	535	3 673	11 067 (-)	212
Slovacchia	0,1	12	113	1 061	496 (-)	20
Finlandia	52	1 467	313	6 167	21 800 (189)	3 409
Svezia	877	6 547	1 041	10 028	- (-)	-
Regno Unito	1 134	14 105	18 705	147 309	484 645 (-)	15 744
Turchia	30 635	3 972	92 481	41 594	- (-)	3 017
Norvegia	1 919	10 509	505	6 534	- (276)	383
Unione europea	573 921	229 037	139 286	452 892	3 396 333 (1 592)	30 053
UE, Turchia e Norvegia	606 475	243 518	232 271	501 020	3 396 333 (1 868)	33 453

Tutti i dati si riferiscono al 2014, fatta eccezione per i Paesi Bassi (2012), la Finlandia (dati relativi ai sequestri, 2013) e il Regno Unito (2013).

COME OTTENERE LE PUBBLICAZIONI DELL'UNIONE EUROPEA

Pubblicazioni gratuite

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

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

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

Pubblicazioni a pagamento

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



Informazioni sulla relazione

La relazione Tendenze e sviluppi offre una panoramica approfondita sul fenomeno della droga in Europa, esaminando temi quali offerta e consumo di droga, problemi di salute pubblica nonché politiche e risposte in materia di droga. Insieme al bollettino statistico online e a documenti quali le panoramiche per paese e le prospettive sulle droghe, la relazione costituisce il pacchetto della Relazione europea sulla droga 2016.

Informazioni sull'EMCDDA

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

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

