

O . E . D . T .

Osservatorio Europeo delle
Droghe e delle Tossicodipendenze

Relazione annuale

**sull'evoluzione del fenomeno della droga
nell'Unione europea**

1999

Avvertenza

L'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (OEDT), nonché le persone o società operanti a suo nome, declinano ogni responsabilità, reale o presunta, per l'uso che venga fatto delle informazioni contenute nel presente documento. Il suo contenuto non implica in alcun modo l'espressione di un qualsiasi giudizio da parte dell'OEDT sullo stato giuridico di paesi, territori, città o aree geografiche o delle rispettive autorità, inclusa la delimitazione dei loro confini o frontiere.

Salvo indicazione contraria, la presente pubblicazione, inclusa qualsiasi raccomandazione o espressione di pareri, non rappresenta la politica dell'OEDT, dei relativi partner, degli Stati membri dell'UE o di qualsiasi agenzia e istituzione dell'Unione europea o delle Comunità europee.

Per ulteriori informazioni sull'OEDT consultare il sito Internet (<http://www.emcdda.org>).

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

La presente relazione è disponibile in danese, olandese, inglese, finlandese, francese, tedesco, greco, italiano, portoghese, spagnolo e svedese. Tutte le traduzioni sono state effettuate dal Centro di traduzione degli organi dell'Unione europea. In inglese è anche disponibile una versione ampliata.

Una scheda bibliografica figura alla fine del volume.

Lussemburgo: Ufficio delle pubblicazioni ufficiali delle Comunità europee, 1999

ISBN 92-9168-081-8

© Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, 1999

Riproduzione autorizzata con citazione della fonte.

Printed in Belgium



O . E . D . T .

Osservatorio Europeo delle
Droghe e delle Tossicodipendenze

Rua da Cruz de Santa Apolónia, 23-25

P-1149-045 Lisboa

Tel. (351) 21 811 30 00

Fax (351) 21 813 17 11

E-mail: info@emcdda.org

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

Prefazione

È per me un piacere presentare la relazione annuale dell'OEDT per l'anno 1999, la quarta prodotta dall'Osservatorio. Rispetto all'ultima relazione sono stati apportati lievi cambiamenti nella forma e nel contenuto, in modo da rispecchiare con maggior chiarezza la rapida evoluzione di tendenze e modelli del consumo di stupefacenti in Europa e di rendere la relazione più accessibile ai lettori. Il nostro obiettivo è fornire informazioni aggiornate e precise che costituiscano la base per valide decisioni. Raccogliere e raffrontare informazioni utili, attendibili e paragonabili richiede tempo e impegno notevoli, così come creare le reti locali, nazionali ed europee attraverso le quali tali informazioni sono raccolte.

L'azione sulle droghe e sui problemi connessi è stata tra le priorità in Europa come altrove e nel 1998 si sono compiuti progressi significativi. Alla sessione speciale sugli stupefacenti in occasione dell'Assemblea generale delle Nazioni Unite (8-10 giugno 1998), la comunità mondiale ha intensificato l'impegno ad affrontare il problema all'insegna della collaborazione e dell'equilibrio. L'adozione da parte di 185 paesi partecipanti di una dichiarazione politica sui principi guida per la riduzione della domanda di sostanze stupefacenti ha costituito un progresso notevole nel dibattito internazionale: per la prima volta a questo livello si è riconosciuta nella riduzione della domanda una componente indispensabile di qualunque approccio globale al problema mondiale delle tossicodipendenze. L'Assemblea generale ha chiesto alla commissione stupefacenti di analizzare un piano d'azione proposto sulla base di tale dichiarazione. Nell'ambito del Programma delle Nazioni Unite per il controllo internazionale delle droghe (UNDCP) è stato preparato un progetto preliminare, discusso e modificato nel dicembre 1998 da un gruppo di lavoro intergovernativo insieme con agenzie specializzate, tra cui l'OEDT.

La quarantaduesima seduta della commissione stupefacenti (1) si è conclusa con l'adozione di una risoluzione riguardante il primo piano d'azione delle Nazioni Unite

per la riduzione della domanda di stupefacenti. Il piano era volto ad individuare, verificare e diffondere informazioni sulle cause e le conseguenze dell'uso di tali sostanze; era inoltre incentrato sui meccanismi di coordinamento e sulla partecipazione di tutte le autorità competenti e di tutti i settori della società, sullo svolgimento di ricerche e sulla diffusione dei risultati, sullo sviluppo di programmi su misura (scoraggiare l'uso iniziale, ridurre gli effetti negativi per la salute e le conseguenze sociali del consumo di droghe), sul potenziamento di informazioni e servizi offerti al pubblico e, in particolare, agli assuntori di droghe, nonché sullo sviluppo di strategie di valutazione.

L'azione contro il traffico e il consumo di stupefacenti ha costituito anche una delle priorità dell'Unione europea. La convenzione Europol, ratificata nel giugno 1998 da tutti gli Stati membri ed entrata in vigore il 1° ottobre, ha fornito all'Unione europea un ulteriore strumento per prevenire e combattere il traffico illecito di stupefacenti. Il coordinamento e l'attuazione della terza Settimana europea di prevenzione della tossicodipendenza durante la presidenza austriaca è stato un passo importante nella realizzazione del primo programma d'azione comunitario per la prevenzione.

Le presidenze britannica e austriaca hanno avuto un ruolo fondamentale nello sviluppo di una vasta gamma di iniziative. Nei primi mesi del 1998 la presidenza britannica ha invitato i membri del gruppo orizzontale «Droga» a delineare le priorità da inserire in una strategia europea per il periodo successivo al 1999. Il gruppo (2) ha coordinato il contributo dell'Unione europea alla sessione speciale sugli stupefacenti in occasione dell'Assemblea generale delle Nazioni Unite. Il Consiglio europeo di Cardiff (3) ha approvato alcuni elementi fondamentali per una strategia comunitaria atta ad affrontare tutti gli aspetti del problema nel periodo 2000-2004 (4). La presidenza austriaca ha proseguito nella stessa direzione e il Consiglio europeo di Vienna (5), esaminata la relativa relazione sugli stupefacenti e sulle questioni correlate, ha

(1) Vienna, 16-25 marzo 1999.

(2) Il gruppo orizzontale «Droga» è stato istituito dal Comitato dei rappresentanti permanenti (Coreper) nel febbraio 1997 quale sede per coordinare l'attività comunitaria nel campo degli stupefacenti, soprattutto qualora essa sia comune a più pilastri. Il gruppo si è riunito undici volte nel 1998.

(3) 15-16 giugno 1998, conclusioni della presidenza.

(4) Sulla base della relazione del Consiglio al Consiglio europeo sulle attività nel settore degli stupefacenti realizzate durante la presidenza britannica, compresi gli elementi fondamentali per una strategia comunitaria per il periodo successivo al 1999 (7930/2/98 REV 2).

(5) 11-12 dicembre 1998.

invitato le istituzioni europee a dare ulteriore sviluppo a una strategia integrata ed equilibrata per il periodo successivo al 1999, in linea con le nuove opportunità offerte dal trattato di Amsterdam. Il Consiglio ha precisato che occorre sfruttare appieno l'esperienza dell'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze.

Esaminando la relazione del Consiglio (6), il Parlamento europeo ha sottolineato la necessità di assicurare la massima sinergia tra tutti gli sforzi comunitari e ha invitato la Commissione e il Consiglio a raccogliere in un unico documento tutte le iniziative nel campo degli stupefacenti. L'esigenza di informazioni attendibili e corrispondenti in merito è stata ribadita dall'adozione da parte del Parlamento europeo del documento sulla relazione annuale dell'OEDT (7).

La strategia comunitaria per il periodo successivo al 1999 in materia di stupefacenti si configura come multidisciplinare, equilibrata ed integrata e, per la riduzione della domanda e dell'offerta, prevede interventi che comportano una cooperazione internazionale trasversale ai tre pilastri dell'Unione europea. Il Parlamento europeo e il Consiglio hanno sottolineato l'importanza di una migliore cooperazione con i paesi candidati all'adesione e dell'aiuto per agevolare l'adozione dell'*acquis* comunitario in materia di stupefacenti.

La Commissione si è servita del lavoro compiuto dall'Osservatorio tra il 1995 e il 1999, nonché dei contributi del Parlamento europeo e del Consiglio per preparare la propria proposta di un piano d'azione comunitario per la lotta contro gli stupefacenti (2000–2004). Il piano d'azione prevede un ruolo importante per l'OEDT, che dovrà fornire informazioni alle istituzioni europee e agli Stati membri, e precisa che «oggi si conoscono meglio le dimensioni e la gravità del fenomeno grazie al prezioso operato dell'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze».

Altrettanto degno di nota è il varo nel 1998 del quinto programma quadro di ricerca 1998-2002, nel quale si inseriscono sostegni alla ricerca sui fattori psicologici e socioeconomici che influiscono sul consumo di droghe, al fine di meglio comprendere le conseguenze sulla

salute e sociali a lungo termine e sviluppare strategie terapeutiche più efficaci.

Con il programma Phare ci si è impegnati a sviluppare sistemi d'informazione per la raccolta, l'elaborazione e la diffusione di dati relativi al consumo di stupefacenti e ad ottenere convergenza tra i paesi dell'Europa centrale e orientale (PECO) e gli obiettivi e i dati su cui attualmente lavora la rete di punti focali nazionali Reitox dell'OEDT. Rimane ancora molto da fare e sia l'Osservatorio sia i suoi partner sono consapevoli di trovarsi dinanzi a una nuova grande sfida.

L'OEDT, in stretta collaborazione con i punti focali nazionali Reitox, continuerà a concentrare i suoi sforzi per la regolare raccolta, analisi e diffusione dei dati a livello europeo, per il miglioramento dei metodi di comparazione dei dati, per la realizzazione di indicatori epidemiologici guida armonizzati, per la valutazione sistematica e scientifica delle iniziative finalizzate alla riduzione della domanda e per la cooperazione con enti e organizzazioni europei e internazionali.

In campo epidemiologico, gli obiettivi principali dell'Osservatorio comprendono la realizzazione di cinque indicatori guida armonizzati (richiesta di trattamenti terapeutici da parte dei consumatori di droghe; decessi correlati alla droga, mortalità e cause di morte tra gli assuntori di droghe; incidenza di malattie infettive correlate alla droga; corrispondenza degli studi sul consumo di droghe e su comportamenti e atteggiamenti della popolazione; corrispondenza delle stime sulla prevalenza del consumo problematico di stupefacenti). Il potenziamento della base di dati europea sulle attività finalizzate alla riduzione della domanda di stupefacenti (EDDRA) è il progetto principale per individuare, verificare e promuovere una regolare valutazione scientifica nel settore della riduzione della domanda. La ricerca scientifica e la collaborazione con partner istituzionali proseguono nell'attuazione dell'azione comune sulle nuove droghe sintetiche, così come nell'elaborazione annuale di questa relazione e in una serie di ricerche monografiche e studi.

Ritengo che questa relazione dimostri i progressi compiuti dall'Osservatorio dalla sua fondazione,

(6) Risoluzione del Parlamento europeo sulla relazione, compresi gli elementi fondamentali per una strategia comunitaria per il periodo successivo al 1999, presentata dal Consiglio al Consiglio europeo sulle attività nel settore degli stupefacenti realizzate durante la presidenza britannica (7930/2/98 – C4-0409/98).

(7) Relazione sulla relazione annuale 1997 sull'evoluzione del problema della droga nell'Unione europea presentata dall'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (C4-0552/97).

progressi ottenuti attraverso l'impegno e gli sforzi delle persone che in questo processo operano a ogni livello in tutta l'Unione europea. Sono sicuro che l'OEDT sia ora in grado di rispondere alle sfide che presenterà il prossimo millennio.

Georges Estievenart

Direttore esecutivo
EMCDDA

Ringraziamenti

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

I dirigenti e il personale dei punti focali nazionali Reitox

I servizi che in ogni Stato membro si sono occupati della raccolta dei dati grezzi per la relazione

Il presidente, il vicepresidente, i membri del consiglio di amministrazione
e del comitato scientifico dell'OEDT

Il Parlamento europeo, il Consiglio dell'Unione europea,
in particolare il gruppo orizzontale «Droga»,
e la Commissione europea

Il gruppo Pompidou del Consiglio d'Europa,
il Programma delle Nazioni Unite per il controllo internazionale delle droghe,
l'Organizzazione mondiale della sanità, l'Europol,
l'Interpol e l'Organizzazione mondiale delle dogane

Il Centro di traduzione degli organi dell'Unione europea
e l'Ufficio delle pubblicazioni ufficiali delle Comunità europee

Nicholas Dorn, Harry Shapiro, Margie Lindsay,
Andrew Haig, Lynda Durrant e Ian Roberts

Indice

CAPITOLO 1	9
Sviluppi nel consumo di stupefacenti, problemi e risposte	9
Prevalenza e modelli del consumo problematico di stupefacenti	9
Risposte dei programmi terapeutici	10
Risposte a livello di comunità	11
Sfide per i sistemi sanitari	12
I consumatori di stupefacenti e il sistema penale	12
Prevenzione e tutela della salute	12
Sviluppi delle politiche	14
Informazione, valutazione e ricerca	15
CAPITOLO 2	16
Prevalenza, modelli e conseguenze del consumo di stupefacenti	16
Prevalenza del consumo di stupefacenti	16
Indicatori delle conseguenze sulla salute	19
Indicatori dell'applicazione della legge	23
Indicatori del mercato degli stupefacenti	24
CAPITOLO 3	26
Risposte istituzionali all'abuso di stupefacenti nell'Unione europea	26
La Settimana europea di prevenzione della tossicodipendenza	26
Prevenzione e manifestazioni nell'ambito delle politiche	26
Seguito	27
Cannabis: tendenze e risposte	28
Modelli di consumo	29
Confische	30
Potenza	30
Programmi terapeutici	30
Prevenzione	31
Dibattiti e discussioni	31
Droghe sintetiche: sviluppi e risposte	31
Definizione di droghe sintetiche	31
L'ecstasy	31
Prevalenza del consumo di droghe sintetiche	32
Tendenze recenti	33
Attività finalizzate alla riduzione della domanda	34

Sviluppi nel consumo di stupefacenti, problemi e risposte

In tutta l'Unione europea le politiche nazionali, regionali e locali per la prevenzione del consumo di stupefacenti e della tossicodipendenza stanno cambiando, così come l'assistenza e le terapie fornite agli assuntori di droghe. A ogni livello e in tutti i settori si stanno intensificando gli sforzi per garantire cooperazione e coordinamento più efficaci ed efficienti tra i sistemi scolastico, sanitario, sociale e penale.

Nonostante le rilevanti differenze tra i vari paesi, tra i consumatori di droga e i modelli di consumo, nell'Unione europea si stanno delineando chiaramente le tendenze e le conseguenze del fenomeno, che saranno analizzate più dettagliatamente nel capitolo 2.

Prevalenza e modelli del consumo problematico di stupefacenti

In quasi tutti gli Stati membri la principale sostanza rilevata dagli indicatori del consumo problematico di stupefacenti è l'eroina. In alcuni paesi del nord le anfetamine rappresentano una quota significativa delle ammissioni ai programmi terapeutici, benché i casi di overdose e le malattie infettive

correlate alla droga abbiano spesso anche a che fare con l'eroina. Le stime del numero complessivo di tossicodipendenti si riferiscono quindi per lo più all'uso di oppiacei.

I sondaggi, benché di solito inaffidabili per quanto riguarda la misurazione del consumo problematico di stupefacenti, suggeriscono che nell'Unione europea fino all'1 % della popolazione e tra l'1 e il 2 % dei giovani, anche in età scolare, ha provato l'eroina o altri oppiacei illegali. Il numero delle persone che hanno provato l'eroina almeno una volta potrebbe quindi aggirarsi tra i 3 e i 5 milioni.

La diffusione complessiva del consumo problematico di stupefacenti sembra essere stabile nella maggior parte dei paesi dell'Unione europea, sebbene si registri una continua incidenza di nuovi casi bilanciata da altri di disintossica-

Definizione di «consumo problematico di stupefacenti»

Si definisce «consumo problematico di stupefacenti» il consumo di stupefacenti che accresce in modo significativo il rischio di gravi conseguenze fisiche, psicologiche o sociali per il consumatore. In tale definizione, che comprende la dipendenza, rientrano anche modelli di consumo non dipendente che potrebbero indurre il soggetto a cercare assistenza o che sono connessi a un aumento della mortalità o della morbosità, come per esempio l'overdose o le malattie infettive.

La definizione operativa utilizzata dall'OEDT nel confronto delle stime relative alla diffusione del consumo problematico di stupefacenti si limita all'assunzione per via endovenosa o al consumo protratto/regolare di oppiacei, cocaina o anfetamine. Per ragioni pratiche, nel confronto delle stime per paesi diversi non si considerano ecstasy e cannabis, sebbene, come evidenzia altrove la relazione, il consumo di tali sostanze possa talvolta essere associato a problemi personali o sociali.

zione o di morte. La stima per l'UE (1-1,5 milioni su una popolazione totale di circa 375 milioni) supera le precedenti relazioni annuali in quanto un maggior numero di paesi ha fornito dati nuovi o più precisi. Poiché quasi tutti gli indicatori usati per stimare la prevalenza tendono a rilevare il consumo per via endovenosa, i fumatori d'eroina potrebbero figurare in numero minore rispetto alla realtà.

La popolazione tossicodipendente nota o in terapia è in prevalenza di sesso maschile e con un'età media intorno ai trent'anni. Le cifre sono in leggero aumento nella maggior parte degli Stati membri, ma la tendenza potrebbe in parte essere una conseguenza dell'ampia applicazione delle terapie sostitutive. Questa popolazione è anche caratterizzata da gravi problemi sanitari e sociali connessi al consumo di droghe miste, alla co-morbidità psichiatrica, alle malattie infettive, a reati, detenzione carceraria ed emarginazione sociale.

Distribuzione sociale e diffusione

Il consumo problematico di stupefacenti non ha una distribuzione omogenea tra i vari paesi né al loro interno, con notevoli differenze a livello di città e di quartieri. La maggiore prevalenza si rileva di solito nelle aree socialmente più disagiate, ma la relazione tra diffusione e fattori socioeconomici è complessa. Non si deve semplificare eccessivamente la relazione tra eroina e disagio urbano: infatti, benché la maggiore incidenza si registri nelle città, il consumo si sta diffondendo nei centri minori e nelle aree rurali. I dati rilevano inoltre che l'eroina viene fumata da nuovi gruppi, tra cui giovani provenienti da ambienti socialmente integrati, consumatori occasionali di forti dosi di ecstasy, anfetamine e altre droghe, individui appartenenti a minoranze e persone di età più elevata caratterizzate dal consumo problematico di grandi quantità di alcolici e/o farmaci.

Risposte dei programmi terapeutici

Sfide per i servizi terapeutici

Il consumo di più stupefacenti, la co-morbidità e l'aumento dell'età media dei consumatori costituiscono una sfida per i servizi terapeutici, per i quali questi sviluppi sono determinanti nella scelta dell'approccio migliore per fornire terapie di alta qualità. Con il mutare dei modelli di consumo di stupefacenti aumenta anche il numero dei modelli multipli di risposta.

Assistenza di base

In tutta l'Unione europea il sistema sanitario di base sta aumentando il proprio coinvolgimento nell'assistenza ai tossicomani, probabilmente in seguito alla maggiore diffusione delle terapie sostitutive e ai tagli, in molti paesi, ai finanziamenti nel settore sociale. Al tempo stesso si registra una diminuzione dei ricoveri a favore delle cure ambulatoriali.

Dipendenza da eroina e trattamenti con sostanze sostitutive

Le terapie con sostanze sostitutive per le dipendenze da oppiacei sono in rapido aumento e coinvolgono spesso i medici generici. Si ritiene che nell'Unione europea le terapie sostitutive — soprattutto con il metadone — riguardino circa 300 000 persone, pari forse per gli oppiacei al 20 % di tutti i casi di consumo problematico e al 30 % delle dipendenze. Nel 1998, nei Paesi Bassi ha avuto inizio l'esperimento di fornire eroina somministrata rigorosamente dietro prescrizione medica, possibilità discussa anche in Danimarca, Germania, Spagna e Lussemburgo. Nel 1999 l'OEDT pubblicherà uno studio approfondito sulle terapie sostitutive nell'Unione europea.

L'alternativa francese

In Francia, la prescrizione di buprenorfina è in rapido aumento dalla sua introduzione nel 1996 e i medici generici la prescrivono a circa un terzo degli eroinomani. Secondo uno studio valutativo, i pazienti sono solitamente di bassa estrazione sociale e di età più elevata (il 45 % ha superato i trent'anni).

Dopo un anno, i progressi del 69 % circa dei pazienti rimangono sotto il controllo del medico generico. In questo gruppo, 9 su 10 assumono ancora buprenorfina. Sebbene nel complesso il consumo di eroina sia diminuito del 43 %, un quinto o poco più di questi tossi-

codipendenti la assume ancora per via endovenosa, così come in molti casi avviene per la buprenorfina. Si pensa che mantengano l'abitudine in quanto dipendenti dal rituale in sé e dal suo contesto sociale (il «buco» con altri) e perché l'effetto della droga è insufficiente se assunta per via orale.

I decessi sembrano provocati per lo più dalla combinazione di buprenorfina e benzodiazepine, soprattutto in paesi con un alto grado di terapie di sostituzione e frequente abbinamento alle benzodiazepine.

Risposte più vicine?

Al momento attuale i dati relativi alla ricerca e alla valutazione dei processi terapeutici, ai benefici che ne derivano e ai fattori correlati a una terapia valida sono alquanto limitati. Tra questi rientrano la qualità della gestione, l'organizzazione dei servizi e del personale, il livello di lavoro multidisciplinare e interattivo per garantire relazioni positive e collegamenti tra numerose istituzioni della comunità.

Il metadone è il farmaco sostitutivo di gran lunga più comune e oggi vi è un notevole consenso sui vantaggi dei programmi di mantenimento basati su tale sostanza. La terapia può migliorare le condizioni psicologiche e sociali, ridurre il consumo illecito di eroina, la criminalità e la trasmissione del virus HIV, sebbene occorrono ulteriori ricerche per determinarne il valore nella riduzione della trasmissione dell'epatite C. Negli ultimi cinque anni è notevolmente aumentata la valutazione dei trattamenti.

Risposte a livello di comunità

Numerosi modelli del consumo di droga nell'Unione europea comprendono un uso ricreativo più che saltuario, che tuttavia di solito non viene rilevato da indicatori della tossicodipendenza come la richiesta di terapia, né inserito nelle stime sulla prevalenza del consumo problematico di stupefacenti. Le risposte al consumo di droghe da parte dei giovanissimi si concentrano principalmente

sulle sostanze sintetiche. Tuttavia, da Belgio, Danimarca, Grecia, Spagna, Francia e Austria si ha notizia di alcune iniziative rivolte ai consumatori occasionali di altre droghe, che spesso tentano di inserire i giovani in attività alternative all'interno o all'esterno del sistema scolastico e stimolare un comportamento consapevole verso la droga e altre scelte di vita, coinvolgendo inoltre gruppi di pari, genitori e insegnanti.

Esclusione sociale

Esclusione sociale e droga sono strettamente correlati a comunità e individui emarginati (spesso di età avanzata) le cui condizioni di salute e sociali si stanno deteriorando. Ciò suggerisce la necessità sia di risposte strutturali che di interventi più specifici. Benché si sia evidenziato un crescente consumo di stupefacenti da parte di giovani relativamente benestanti, i servizi per le tossicodipendenze sono consapevoli del fatto che i problemi si presentano soprattutto nelle zone o nei gruppi socialmente emarginati. Nelle aree svantaggiate, l'attenzione si sta concentrando sempre più sulla necessità di un lavoro a livello di comunità, che comporti cooperazione tra i sistemi scolastico, sanitario, sociale e giudiziario, i datori di lavoro e le organizzazioni non governative (ONG).

Attività delle unità di strada e intervento precoce

Uno studio pilota dell'OEDT intende rilevare per quanto tempo gli eroinomani in terapia abbiano assunto droga prima di iniziare la disintossicazione. Secondo i risultati,

Analisi dei dati relativi ai programmi terapeutici mediante modelli statistici e matematici

Ad Amsterdam, Lisbona, Londra e Roma un progetto dell'OEDT ha analizzato il «periodo di latenza» tra la prima assunzione di oppiacei (soprattutto eroina) e la prima richiesta di terapia. La tabella seguente, che riporta i risultati relativi a Roma, mostra che il periodo medio di latenza varia notevolmente in funzione dell'età ed è molto più lungo per chi ha cominciato ad assumere droga da giovane. Notevoli anche le variazioni all'interno di ogni fascia d'età: tra coloro che hanno cominciato ad assumere droga prima dei sedici anni, il 25 % è entrato in terapia entro sei anni, il 50 % (compreso il primo gruppo) entro otto anni e il 75 % (compresi i due

gruppi precedenti) entro tredici anni. Si tratta di informazioni importanti per i servizi terapeutici in quanto potrebbero in parte rispecchiare la «desiderabilità del trattamento».

È ora evidente che i servizi terapeutici non attraggono i consumatori giovani, forse perché questi non sentono il bisogno di terapie, oppure perché tali servizi sono meno idonei ad assisterli. La situazione dovrebbe essere studiata ulteriormente a livello locale, per esempio intervistando i consumatori per strada e quelli in trattamento circa i motivi che li spingono ad usufruirne o a rifiutarlo.

Periodo di latenza tra la prima assunzione di oppiacei e la prima richiesta di trattamento a Roma (anni)

Età al momento della prima assunzione	Campione	Media	25 %	Mediana (50 %)	75 %
Sotto i 16 anni	555	9.2	6	8	13
16–21 anni	2 675	7.0	3	6	10
Oltre i 21 anni	1 426	4.7	1	3	7

Rom e stupefacenti

In Spagna la tossicodipendenza colpisce specifici gruppi di rom, il che conduce a una maggiore frammentazione e alienazione sociale, familiare e culturale in una comunità già vulnerabile. La vendita di droga da parte di alcuni membri della comunità rafforza lo stereotipo di trafficanti loro attribuito.

Generalmente i tossicodipendenti rom non si avvalgono in misura adeguata dei servizi terapeutici e per la riduzione dei danni. Ciò provoca un più alto tasso di infezioni da HIV nella comunità, benché siano stati accettati programmi di mantenimento con il metadone che potrebbero costituire una soluzione al problema.

quanto più precoce è stato l'inizio del consumo di eroina, tanto più lungo è il periodo precedente l'entrata in terapia. Poiché i consumatori più giovani lasciano passare sette o otto anni prima di cercare assistenza, gli indicatori della richiesta di trattamento non rilevano le nuove epidemie e i servizi terapeutici hanno scarsi contatti con loro. Questo fattore solleva questioni circa la disponibilità, l'accessibilità e la desiderabilità del trattamento, evidenziando inoltre la necessità di studiare gli ostacoli, soprattutto per i consumatori più giovani.

Sfide per i sistemi sanitari

Mortalità e morbosità

Negli ultimi anni nell'Unione europea sono stati registrati ufficialmente 6 000-7 000 decessi per droga (overdose), dato rimasto relativamente stabile benché si possano osservare differenze nei singoli paesi. La grande maggioranza di tali decessi è provocata dagli oppiacei, soprattutto eroina, ma spesso sono presenti anche altre sostanze quali benzodiazepine e alcolici. È probabile che il numero reale di decessi direttamente attribuibili a intossicazione da eroina o altri oppiacei sia leggermente superiore a causa dei casi non dichiarati. La contrazione del virus HIV nonché dell'epatite B e C rimane un serio problema per la salute legato all'assunzione di droga per via endovenosa.

Servizi disponibili

Pur presenti ora in tutti i paesi UE, i servizi a bassa soglia differiscono nel grado di disponibilità e nel tipo di servizio offerto. Generalmente forniscono sostegno personale e assistenza medica, psicologica e sociale a casi molto disagiati, per lo più tossicodipendenti di età elevata e con

una lunga storia di dipendenza. La distribuzione di aghi è una prassi diffusa ovunque, sebbene in misura diversa, e in alcuni paesi le farmacie li forniscono gratuitamente o a basso prezzo. Un discusso servizio disponibile in alcuni Stati membri sono gli appositi locali per iniettarsi gli stupefacenti.

I consumatori di stupefacenti e il sistema penale

Tra il 15 e il 50 % o più dei detenuti nell'Unione europea ha o ha avuto problemi di droga. Diversi Stati membri riferiscono che il sovraffollamento delle carceri spesso ostacola i progressi verso un'adeguata assistenza ai tossicodipendenti. In alcune carceri in Germania e in Spagna si provvede alla distribuzione delle siringhe e nel Regno Unito ai detenuti che assumono droghe per via endovenosa sono stati recentemente concessi sterilizzanti. Un altro problema è costituito dalla mancanza di preparazione del personale carcerario.

Uno studio dell'OEDT intitolato «Alternatives to prison in cases of drug addiction» e dedicato alle alternative al carcere in caso di tossicodipendenza fornisce una visione generale delle varie opzioni disponibili negli Stati membri considerati, che vanno dal proporre la pena all'esonero dalla responsabilità penale, alla libertà condizionale.

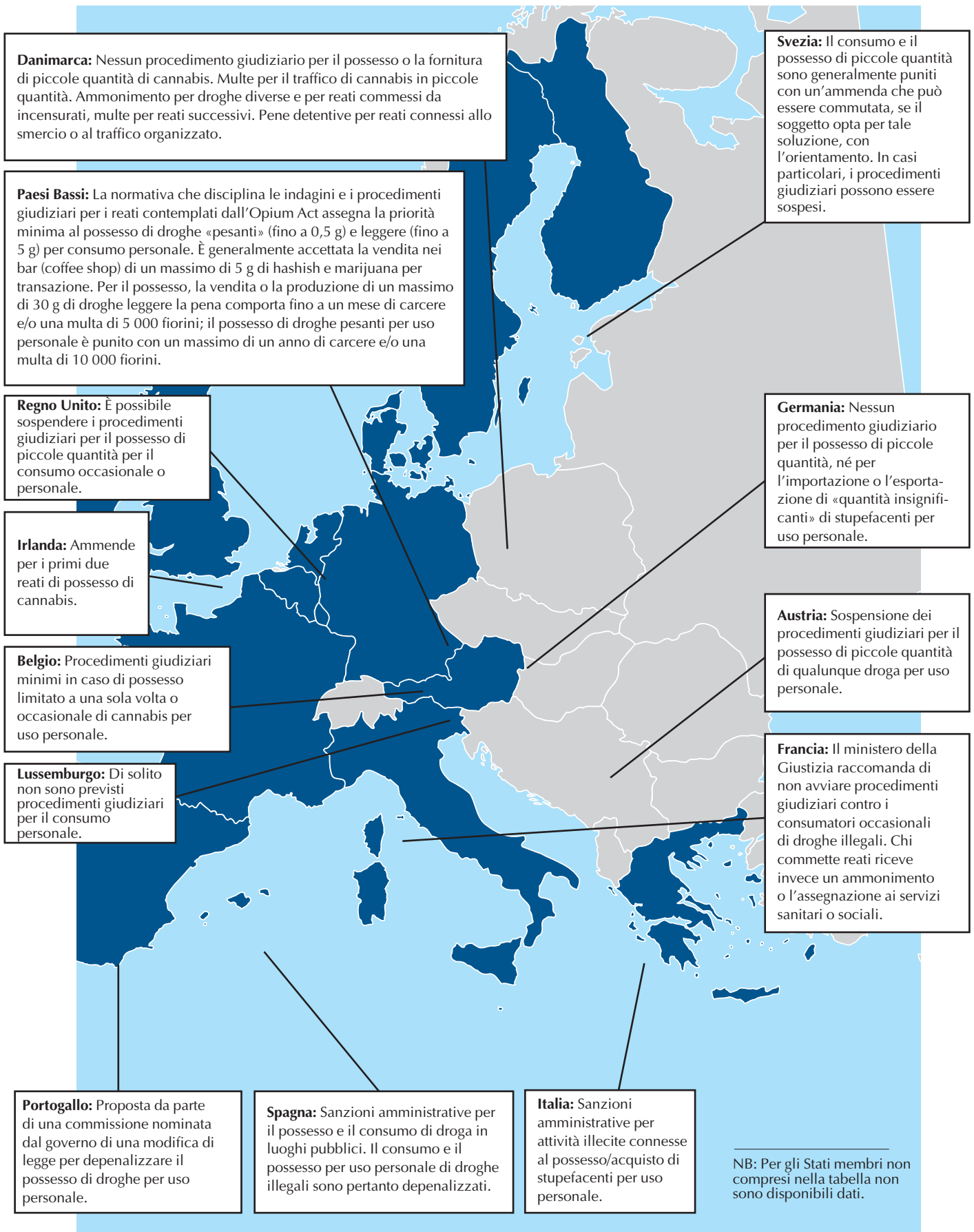
Solo i Paesi Bassi e la Svezia dichiarano di applicare programmi terapeutici obbligatori, ma la scelta terminologica può nascondere il fatto che la maggior parte dei paesi dell'Unione europea preveda programmi terapeutici più o meno obbligatori laddove i tossicodipendenti devono o possono scegliere tra il carcere e la terapia.

Il principio del trattamento in luogo della pena è stato adottato negli orientamenti generali delle politiche in materia di stupefacenti in un numero crescente di paesi. Alcuni Stati membri hanno consolidato il sostegno sociale e medico ai criminali tossicodipendenti utilizzando il primo contatto di questi ultimi con le autorità giudiziarie come porta aperta verso la terapia o verso strutture di sostegno psicologico.

Prevenzione e tutela della salute

Famiglia, genitori e scuole possono contribuire alla prevenzione del consumo di stupefacenti. La scuola resta l'ambiente più adatto per svolgere attività di prevenzione e costituisce forse uno dei modi migliori per raggiungere

Schema riassuntivo delle risposte ai reati connessi agli stupefacenti nell'Unione europea



la maggioranza dei ragazzi. La formazione degli insegnanti e il coinvolgimento dei genitori sono fondamentali e vengono incentivati in tutta l'Unione europea, sebbene il ruolo della famiglia, e soprattutto dei genitori, possa variare.

Sviluppi delle politiche

Verso un approccio equilibrato

La ricerca dell'equilibrio tra la riduzione della domanda e dell'offerta è una questione di grande interesse politico. L'Europa si sta gradatamente allontanando da risposte repressive, concentrandosi invece maggiormente sulla prevenzione, sul trattamento e sulla necessità di ridurre i rischi provocati dal consumo di stupefacenti.

Riduzione dei danni

Dopo anni di scarsa considerazione in molti paesi, la riduzione dei danni riceve crescente riconoscimento quale importante strumento nelle politiche nazionali e locali per la lotta contro gli stupefacenti. Il dibattito verte ora soprattutto sulle prove scientifiche. I progetti mirano a dare riconoscimento legale, professionale o politico a una serie di attività — distribuzione delle siringhe, locali per iniettarsi gli stupefacenti, trattamenti con sostanze sostitutive — che tentano di ridurre i danni per la salute e sociali provocati dalla tossicodipendenza.

Depenalizzazione

Il principio generale seguito da tutti i paesi dell'Unione europea è quello del divieto di possedere e/o consumare droghe. In nessuno Stato membro la legalizzazione è considerata una via percorribile, nonostante la consapevolezza che i procedimenti giudiziari e la carcerazione per gli individui con problemi di droga provochino problemi ancora maggiori.

La distinzione tra consumatori e trafficanti s'è fatta più marcata in Europa in seguito a nuove strategie concentrate su prevenzione, aiuto e terapie per i tossicodipendenti, anche se imputati di reati, e pene per i trafficanti anche se tossicodipendenti. Nella maggior parte dei paesi dell'Unione europea il consumo di droga in generale sembra non venga punito. Tuttavia, continua il dibattito sulla linea da adottare verso i consumatori in possesso di piccole quantità di droga per uso personale o che commettono reati minori a causa della dipendenza.

Gli sviluppi nelle strategie europee e i nuovi approcci giudiziari verso le droghe illegali mostrano una tendenza alla depenalizzazione di determinati comportamenti legati al consumo e al possesso di droga per uso perso-

nale. Quasi tutti gli Stati membri rifiutano le soluzioni estreme — legalizzazione totale o dura repressione — ma, pur modificando le pene e le misure applicate, continuano a proibire il consumo di droga.

Sebbene in molti Stati membri si tenda a ridurre l'enfasi su procedimenti giudiziari e incarcerazione per i tossicodipendenti, gli arresti effettuati dalle forze dell'ordine e gli indicatori del consumo di droga in carcere evidenziano una certa contraddittorietà tra teoria e pratica in alcuni settori del sistema giudiziario.

Droghe legali e illegali

La distinzione tra droghe legali e illegali si sta facendo meno definita. Si discute sull'utilità di mantenere le tradizionali distinzioni tra droghe illegali (cannabis e cocaina), sostanze ricreative legali (alcolici e tabacco) e farmaci psicoattivi legali (tranquillanti e analgesici). Lo status giuridico di altre sostanze (solventi e steroidi) aggiunge un'ulteriore dimensione.

Spesso i modelli illeciti del consumo di droga riguardano anche sostanze legali quali alcolici, tabacco e tranquillanti (assunti per scopi non medici). Modelli più problematici sono caratterizzati dall'uso combinato di sostanze legali e illegali, mentre i centri terapeutici segnalano un aumento del consumo simultaneo di più droghe. Le iniziative per la prevenzione sono generalmente volte a prevenire il consumo di qualunque droga, legale o illegale. Il fenomeno è anche riconosciuto in campo terapeutico, dove si tende a unificare le cure per chi ha problemi di droga, alcol o farmaci.

Cooperazione a tutti i livelli

In tutta Europa pare in aumento la cooperazione tra i sistemi sanitario, sociale, scolastico e giudiziario a livello locale, regionale e nazionale, tendenza incoraggiata anche tra gli Stati membri.

Il progressivo venir meno della distinzione tra prevenzione e trattamento fa sì che tossicodipendenti a diversi stadi ricevano assistenza da strutture in evoluzione. La natura stessa del consumo di stupefacenti è caratterizzata da alti e bassi che trovano riflesso nel modo in cui si attuano prevenzione e trattamento. Nella maggior parte dei paesi sono in rapido sviluppo le attività di unità di strada (o assistenza primaria) e le strutture a bassa soglia. La cooperazione tra il sistema giudiziario e i settori sanitario e sociale si sta anche sviluppando con programmi alternativi per tossicodipendenti imputati di reati e progetti per tossicodipendenti detenuti.

Un'evidente tendenza è lo sviluppo di organismi di coordinamento trasversale all'interno delle amministrazioni nazionali. Tali gruppi coordinano le strategie nazionali in materia di stupefacenti e sostengono le autorità locali che applicano le direttive legali e politiche di ogni Stato. La Settimana europea di prevenzione della tossicodipendenza (cfr. capitolo 3) ha notevolmente contribuito ad accrescere la cooperazione in Europa nell'area della prevenzione. Ma l'Europa sta anche migliorando la cooperazione interna in altri settori, tra cui i partenariati transfrontalieri e lo scambio di esperienze.

Informazione, valutazione e ricerca

Armonizzazione degli indicatori chiave

Migliorare la corrispondenza dei dati è un obiettivo fondamentale per l'OEDT. L'Osservatorio sta lavorando con esperti del settore scientifico e partner di diversi punti focali nazionali per sviluppare cinque indicatori epidemiologici chiave relativi al consumo di droghe e alle relative conseguenze sulla salute. I cinque indicatori riguardano:

- analisi del consumo di stupefacenti, del comportamento e degli atteggiamenti della popolazione generale;
- stime della prevalenza del consumo problematico di stupefacenti;
- richieste di trattamento da parte dei consumatori di droghe;
- decessi correlati alle droghe, mortalità e cause di morte dei consumatori di stupefacenti;
- malattie infettive correlate alle droghe (HIV, AIDS, epatite B e C).

Sebbene la natura dei parametri da applicare vari in funzione dell'indicatore, ciascuno comprenderà un

nucleo di dati primari, nonché definizioni e orientamenti metodologici per la raccolta, l'analisi e la presentazione dei dati.

Poiché le strutture per la raccolta dati per ciascun indicatore differiscono tra gli Stati membri e i punti focali nazionali variano notevolmente a livello di esperienza e potenziale d'influenza sull'applicazione dei parametri, il primo compito per ogni punto focale consisterà nell'individuare obiettivi realistici e nell'attuare piani operativi concreti per il loro progressivo raggiungimento. È importante che i punti focali istituiscano gruppi nazionali di riferimento che lavorino su ciascun indicatore.

Valutazione e ricerca

Nell'Unione europea il processo di valutazione è migliorato, sebbene permangano numerose lacune. Gli «orientamenti per la valutazione della prevenzione degli stupefacenti» elaborati dall'OEDT e la promozione dello scambio di informazioni tramite la banca dati europea sulle attività finalizzate alla riduzione della domanda di droghe (EDDRA) a livello di punti focali nazionali dovrebbero mettere la valutazione all'ordine del giorno per le amministrazioni nazionali e gli specialisti di tutta l'Unione europea.

L'Unione europea sta anche dedicando maggiore impegno alla ricerca sugli stupefacenti, che per la prima volta sono esplicitamente inseriti nel quinto programma quadro (1998-2002) della Commissione europea, direzione generale XII (Affari scientifici, ricerca e sviluppo). Il programma costituisce un'ottima opportunità per rafforzare la base scientifica necessaria a una migliore comprensione dei problemi connessi alla droga e dimostrare l'impatto e l'efficacia delle risposte della sanità pubblica.

Prevalenza, modelli e conseguenze del consumo di stupefacenti

Questo capitolo presenta informazioni aggiornate sugli indicatori relativi al consumo di stupefacenti, alle conseguenze sulla salute, all'applicazione della legge e ai mercati di droghe illegali nell'Unione europea. Si basa in gran parte su relazioni fornite dai punti focali nazionali, integrate dai risultati di ricerche pubblicate o studi scientifici svolti dall'OEDT.

Prevalenza del consumo di stupefacenti

Il consumo di stupefacenti tra la popolazione

Attraverso indagini demografiche generali è possibile stimare l'entità e i modelli di consumo di diverse droghe illegali tra la popolazione, le caratteristiche e il comportamento dei consumatori e l'atteggiamento di diversi gruppi sociali verso il problema droga. Questa metodologia è utile per sostanze il cui uso è relativamente comune e non socialmente stigmatizzato, mentre si rivela meno valida per le forme di consumo ritenute più negative.

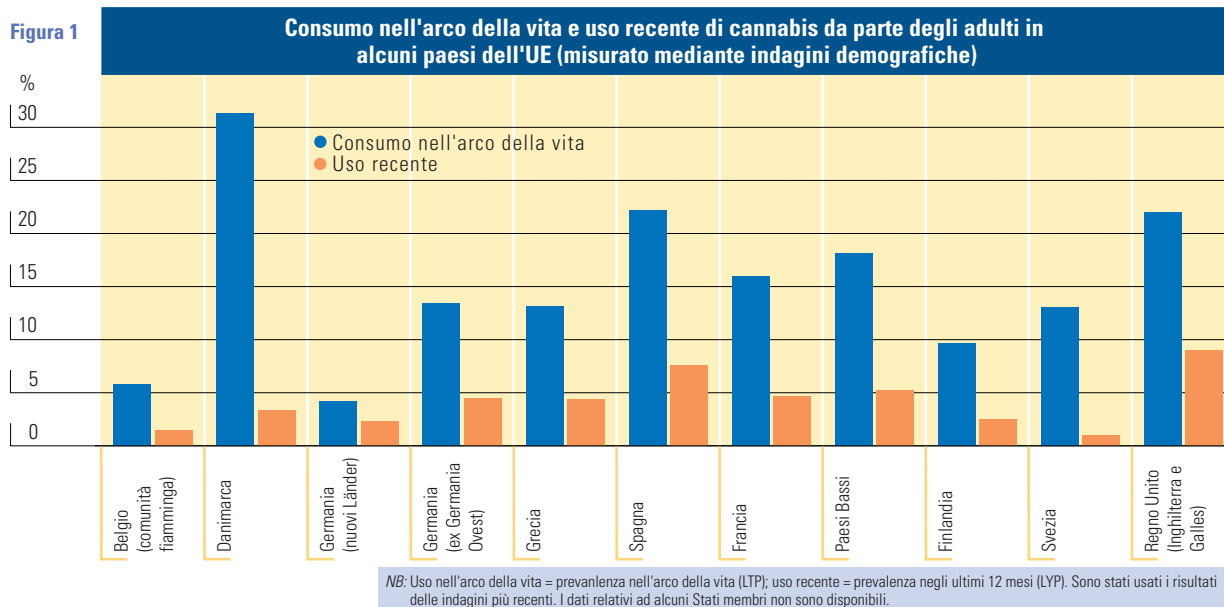
Sebbene tra i vari paesi esistano differenze nel consumo di stupefacenti, occorre cautela nei confronti diretti poiché le variazioni potrebbero risultare da fattori quali i metodi di raccolta dati, la base di campionatura usata, le fasce di età scelte per riferire i risultati, nonché differenze sociali e culturali in merito al consumo di stupefacenti. Inoltre, il rapporto fra popolazione rurale e urbana di un paese potrebbe influire sul dato globale della prevalenza. Nel tentativo di ridurre tali differenze, l'OEDT sta elaborando orientamenti comuni per le ricerche demografiche sugli stupefacenti.

Nonostante le differenze tra i paesi e i diversi metodi di presentazione, emergono alcuni modelli comuni. La sostanza illegale più usata in tutti i paesi è la cannabis, mentre gli altri stupefacenti hanno tassi di diffusione di gran lunga inferiori. Il consumo di cannabis nell'arco della vita tra gli adulti va dal 10 % in Finlandia al 20-30 % in Danimarca, Spagna e Regno Unito. Il tasso aumenta tra i giovani: 16-17 % in Finlandia e Svezia e 35-40 % in Danimarca, Spagna e Regno Unito.

L'assunzione nell'arco della vita di anfetamine, generalmente la seconda sostanza in ordine di prevalenza, riguarda dall'1 al 4 % degli adulti e dall'1 al 5 % dei giovani nell'Unione europea. Tra lo 0,5 e il 3 % degli adulti e tra l'1 e il 5 % dei giovani hanno provato l'ecstasy. Per entrambe le sostanze le percentuali sono notevolmente più elevate nel Regno Unito.

La cocaina è stata provata dall'1 al 3 % degli adulti e dall'1 al 5 % dei giovani europei. In Spagna e Francia le percentuali relative alla cocaina sono più elevate rispetto a quelle delle anfetamine.

Quote comprese tra l'1 e il 9 % degli adulti e il 2 e il 20 % dei giovani (6-10 % nella maggior parte dei paesi) dichiarano di aver fatto uso di cannabis recentemente (negli ultimi dodici mesi). Il consumo recente di altre sostanze è generalmente molto basso: non oltre l'1 %



degli adulti e meno del 2 % dei giovani, sebbene si segnalino livelli più alti per la cocaina in Spagna e per anfetamine ed ecstasy nel Regno Unito.

Le informazioni costanti sulle tendenze sono limitate, ma è possibile riscontrare che nell'ultimo decennio il consumo di cannabis è aumentato in quasi tutti i paesi. In anni recenti pare essersi stabilizzato in paesi a diffusione medio-alta, facendo invece registrare un aumento dove il consumo era limitato.

Il consumo di stupefacenti tra i giovani in età scolare

Negli ultimi anni quasi tutti i paesi dell'Unione europea hanno condotto studi nazionali nelle scuole, in alcuni casi come parte del progetto europeo di indagini scolastiche (ESPAD) sull'alcol e altre droghe. I risultati possono tuttavia risentire notevolmente delle differenze tra le scuole selezionate, le fasce d'età e il contesto sociale.

Nella maggior parte degli Stati membri la cannabis è la sostanza illegale più diffusa. Il consumo almeno una volta nella vita tra i giovani di età compresa tra i 15 e i 16 anni varia dal 5 % circa (Portogallo e Finlandia) al 40 % (Irlanda e Regno Unito).

Le cifre sull'uso di solventi dovrebbero essere interpretate con cautela. In generale, costituiscono la seconda sostanza più diffusa tra i giovani di 15-16 anni, con dati compresi tra il 3-4 % (comunità fiamminga belga, Spagna e Lussemburgo) e il 20 % (Regno Unito). In Grecia e Svezia i solventi sono più diffusi della cannabis.

L'assunzione di anfetamine riguarda dall'1 al 13 % dei giovani di 15-16 anni (2-8 % nella maggior parte dei

casì), l'ecstasy dall'1 al 9 %, l'LSD e gli allucinogeni dall'1 al 10 % (2-5 % nella maggior parte dei casi). Per questa fascia d'età, Irlanda, Paesi Bassi e Regno Unito fanno registrare dati più elevati per l'uso di anfetamine, allucinogeni ed ecstasy rispetto ad altri paesi.

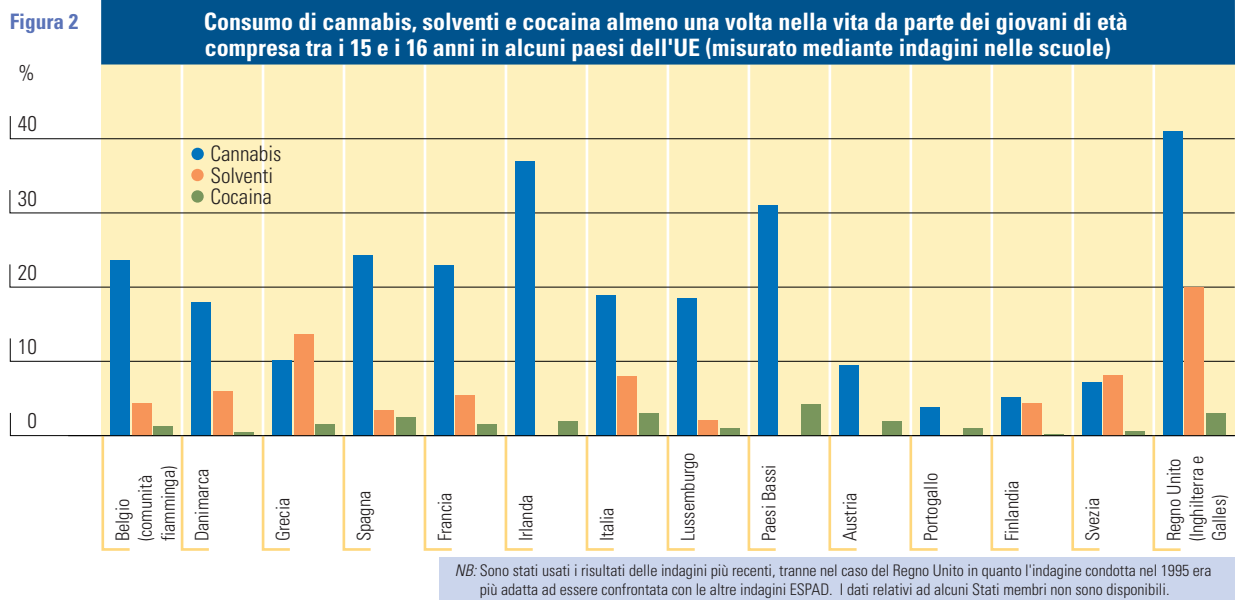
L'1-3 % dei giovani in età scolare ha provato la cocaina e meno dell'1 % l'eroina, dato che tuttavia sale al 2 % in Danimarca, Irlanda, Italia e Regno Unito.

In generale, la tendenza al rialzo nel consumo di cannabis da parte dei giovani è continuata negli ultimi anni, così come — seppure a livelli inferiori — per anfetamine ed ecstasy. In Finlandia e nel Regno Unito, tuttavia, il consumo di cannabis tra i giovani si è stabilizzato o è diminuito.

Stima del consumo problematico di stupefacenti

il forte impatto dei tossicomani, il loro numero è relativamente esiguo rispetto a quello di chi assume occasionalmente cannabis o ecstasy. La dipendenza da oppiacei e l'assunzione di droga per via endovenosa sono generalmente limitate tra gli adulti e pressoché inesistenti in età scolare. Ma il consumo di droghe pesanti di solito è tenuto nascosto e i tossicodipendenti temono il marchio della società se lo ammettono. Le indagini demografiche o nelle scuole non possono pertanto fornire dati attendibili circa l'entità del fenomeno.

Per motivi metodologici, di eterogeneità o per mancanza di dati, è difficile ottenere stime sulla diffusione a livello nazionale. I dati dovrebbero quindi intendersi solo come indicazioni approssimative o «migliori stime».



Si presentano qui le stime nazionali aggiornate per quei paesi che hanno preso parte a uno studio dell'OEDT per il miglioramento delle stime della diffusione a livello nazionale (cfr. figura 3). Fino a poco tempo fa i metodi e le definizioni variavano notevolmente; in alcuni paesi, per esempio, si utilizzava il termine «oppiomane» o «eroinomane», mentre in altri si preferivano definizioni più ampie quali «drogato» o «consumatore di droghe ad alto rischio».

In tale studio tutti i paesi hanno fornito dati utilizzando la stessa definizione di «consumo problematico di stupefacenti»: assunzione di droghe per via endovenosa, consumo di lunga data/regolare di oppiacei, cocaina e/o anfetamine. La definizione esclude i consumatori di ecstasy e cannabis e chi non assume regolarmente oppiacei, cocaina o anfetamine.

In generale, la prevalenza del consumo problematico di stupefacenti pare minore in Germania, Austria, Finlandia e Svezia e maggiore in Italia, Lussemburgo e Regno Unito. Nei paesi a diffusione media le stime riportano dai 3 ai 5 tossicomani ogni 1 000 abitanti di età compresa tra i 15 e i 54 anni.

Un nuovo studio dell'OEDT sta analizzando indicatori sociali per stimare la prevalenza del consumo problematico di stupefacenti mediante tecniche usate nei modelli statistici. Tra gli indicatori possibili rientrano la disoccupazione, i reati contro la proprietà, l'emigrazione, la densità residenziale e le condizioni socioeconomiche.

Un altro studio dell'OEDT ha preso in esame i vari modi di servirsi dell'incidenza dei nuovi tossicodipendenti in terapia per stimare l'incidenza reale del consumo problematico di droghe.

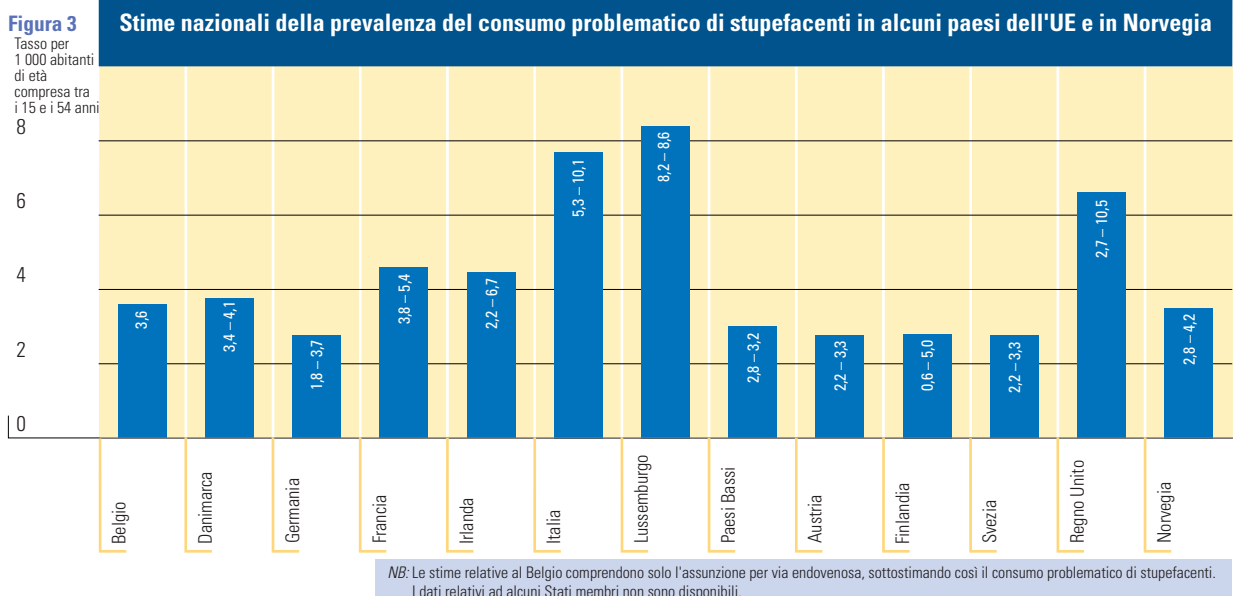
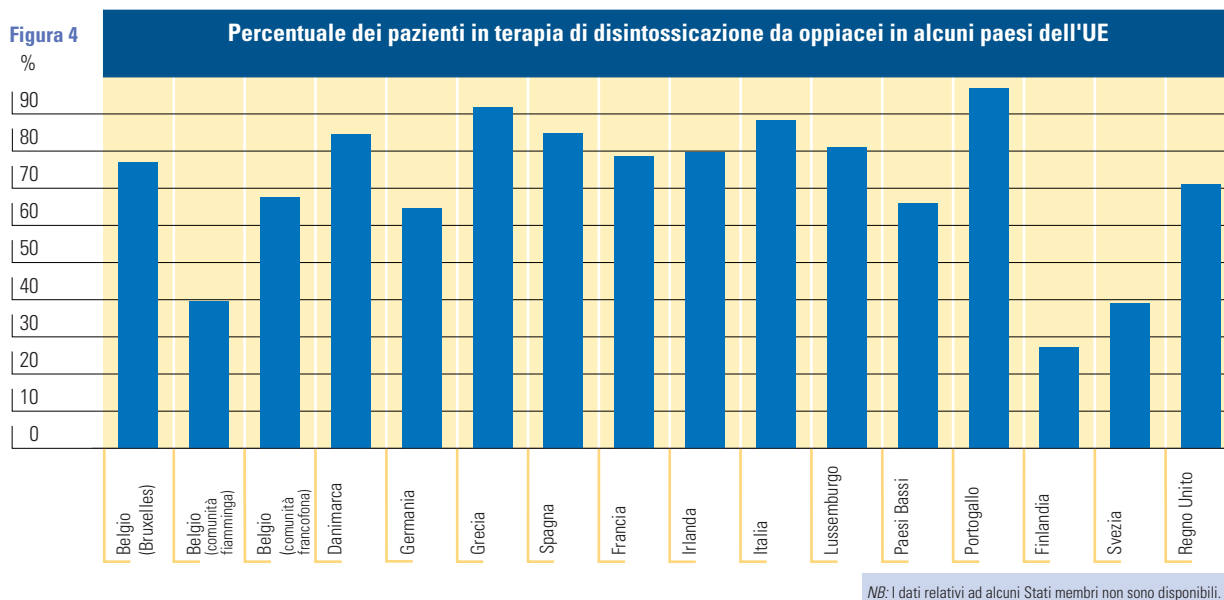


Figura 4



Un terzo progetto dell'OEDT ha valutato la possibilità di usare i sistemi d'informazione geografica (SIG) per raffigurare su carta i dati e le stime del consumo di stupefacenti e sviluppare modelli di diffusione geografica tra città e centri minori.

Indicatori delle conseguenze sulla salute

Richieste di terapia

Il numero di casi entrati in terapia di disintossicazione è un altro utile indicatore indiretto delle tendenze del consumo problematico di droghe, anche se occorre tener conto delle variazioni a livello di disponibilità del servizio, modalità terapeutiche e procedure di trasmissione dei dati. Queste informazioni potrebbero essere particolarmente utili per descrivere caratteristiche e modelli del consumo di droga (endovena, politossicomania) tra tossicomani e per individuare modelli di fruizione del servizio, contribuendo così alla verifica delle esigenze dello stesso.

Quasi tutti i paesi dell'Unione europea forniscono informazioni sulle terapie di disintossicazione, ma la raccolta dei dati e la copertura di vari tipi di centri terapeutici sono diverse. Nuovi servizi potrebbero attrarre nuovi consumatori, aumentare il numero dei pazienti in cura o mutare profili quali l'età, il sesso e la gestione degli iter terapeutici. Altre caratteristiche, soprattutto la proporzione di tossicodipendenti che assumono droghe per via endovenosa rispetto al totale dei pazienti, variano da un paese all'altro. Sulla base di un lavoro svolto dal gruppo Pompidou, l'OEDT ha redatto un nuovo protocollo comune europeo per migliorare la qualità e la corrispon-

denza delle informazioni relative alle richieste di trattamento. Il protocollo sarà adottato e promosso da entrambe le organizzazioni.

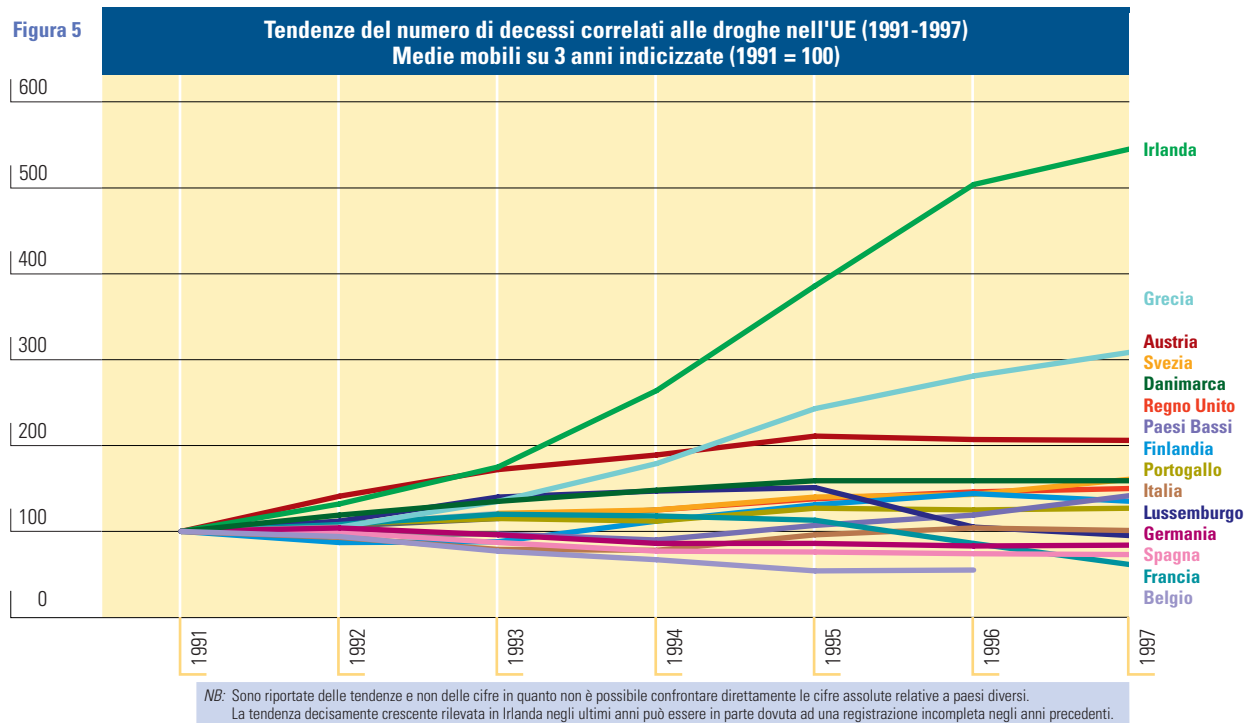
La maggioranza (70-95 %) dei casi in terapia riguarda gli oppiacei (soprattutto eroina), tranne in Finlandia, Svezia e nella comunità fiamminga in Belgio, dove la dipendenza da oppiacei rappresenta meno del 40 % dei casi in trattamento. Il dato più basso potrebbe comunque riflettere differenze metodologiche.

In quasi tutti i paesi la cocaina è la droga principale in meno del 10 % dei casi in trattamento, valore che sale al 15 % in Lussemburgo e al 18 % nei Paesi Bassi. Gli eroinomani spesso dichiarano di usare la cocaina come seconda droga.

La cannabis figura come droga principale per il 2-10 % dei tossicodipendenti ammessi al trattamento, con percentuali superiori (13-22 %) in Belgio, Germania e Finlandia.

Anfetamine, stimolanti dello stesso gruppo (come l'ecstasy) e allucinogeni generalmente sono droghe principali per meno dell'1-2 % dei tossicodipendenti in terapia. La proporzione aumenta tuttavia nella comunità fiamminga in Belgio (19 %), in Finlandia (48 %), Svezia (20 %) e nel Regno Unito (9 %).

La prevalenza di assunzione di droghe per via endovenosa è più comune tra i consumatori di oppiacei, con percentuali che vanno dal 14 % (Paesi Bassi) a oltre l'80 % (Grecia e Lussemburgo). L'assunzione di anfetamine per via endovenosa è una pratica frequente nei paesi scandinavi e nel Regno Unito, sebbene nella maggior parte dei paesi non sia un modello comune.



In tutti i paesi dell'Unione europea il 70-85 % dei tossicodipendenti ammessi al trattamento è di sesso maschile. L'età media è per lo più compresa tra i 25 e i 35 anni, con tendenza a salire in alcuni paesi.

Le informazioni disponibili indicano una generale riduzione dei casi di disintossicazione da oppiacei, mentre, pur rimanendo a livelli inferiori, sono in aumento quelli da cocaina e cannabis. Alcuni paesi hanno di recente evidenziato l'aumento dei tossicomani in trattamento per cannabis, soprattutto tra i casi in terapia per la prima volta. Tale tendenza richiede tuttavia un esame più dettagliato in quanto occorre considerare anche altri fattori. In quasi tutti i paesi dell'Unione europea tra i casi di dipendenza da oppiacei in trattamento si rileva una diminuzione del numero di coloro che ne fanno uso per via endovenosa.

Decessi correlati agli stupefacenti e mortalità tra i tossicodipendenti

La morte è una possibile conseguenza di alcune forme di assunzione di droghe, sebbene il rischio vari in funzione della sostanza e del modello di consumo. Il numero di decessi improvvisi connessi alle droghe (overdose) viene spesso semplicisticamente usato come indicatore della situazione di un paese.

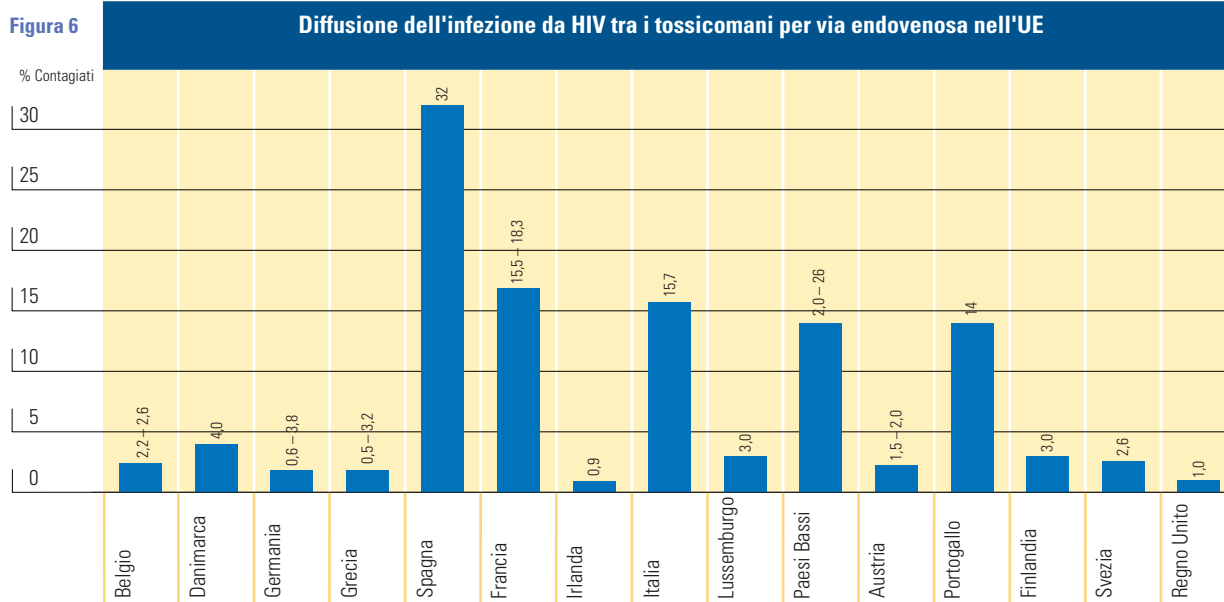
Le statistiche dell'Unione europea sui decessi correlati alle droghe si riferiscono generalmente ai casi che si verificano poco dopo l'assunzione (e conosciuti come intossicazione acuta, overdose, avvelenamento o morte indotta da droghe), ma occorre prendere in considera-

zione anche altri tipi di decesso. Non è possibile confrontare direttamente le statistiche nazionali date le differenze nella prevalenza del consumo di droghe, nei metodi e nelle definizioni usate per registrare i casi. L'OEDT, con Eurostat e con l'Organizzazione mondiale della sanità, sta elaborando orientamenti comuni per riportare i dati della mortalità risultanti dai registri dello stato civile e delle forze di polizia.

In molti paesi dell'Unione europea, dopo i netti aumenti alla fine degli anni Ottanta e nei primi anni Novanta, il numero dei decessi correlati alle droghe si è stabilizzato o è perfino diminuito. In alcuni paesi, tuttavia, l'aumento è proseguito fino a tempi recenti.

La maggior parte dei decessi per intossicazione acuta riguarda gli oppiacei, sebbene spesso non manchino anche alcol e benzodiazepine. Poco frequenti sono i casi di morte improvvisa provocata esclusivamente da cocaina o anfetamine; per quanto concerne l'ecstasy o sostanze analoghe, i decessi — benché ricevano ampia risonanza — sono in numero limitato.

Oltre alle statistiche nazionali sui decessi correlati alle droghe, si può valutare il rischio di mortalità associato ad alcune forme di consumo seguendo gruppi di tossicodipendenti e osservandone la mortalità (studi di coorte). I tossicodipendenti hanno un rischio di morte molto più elevato della popolazione generale, derivante da molteplici cause e non solo da intossicazione acuta. Le ricerche indicano che l'assunzione di oppiacei per via endovenosa comporta un rischio da 20 a 30 volte



superiore di morte per overdose, infezione da HIV, incidenti e suicidio rispetto ai coetanei che non consumano droghe. La mortalità tra coloro che si drogano per via endovenosa è aumentata con la diffusione dell'infezione da HIV, mentre modi di assunzione diversi o altre sostanze psicoattive presentano un rischio di morte di gran lunga inferiore.

Al fine di migliorare la corrispondenza tra i risultati provenienti da diverse sedi dell'Unione europea, l'OEDT ha elaborato un protocollo tipo per condurre studi di coorte sulla mortalità tra i consumatori di droghe contattati nei centri terapeutici.

Malattie infettive correlate alle droghe

Le malattie infettive, come l'HIV e l'epatite B e C, hanno raggiunto un'elevata diffusione tra i tossicodipendenti per via endovenosa. Tuttavia questi tassi di infezione da HIV variano notevolmente da paese a paese, dall'1 % in Inghilterra, Irlanda e Galles al 32 % in Spagna (cfr. figura 6), ma anche all'interno di uno stesso Stato, tra regioni e città. In alcuni paesi (Francia, Italia) i tassi d'infezione sembrano registrare una lieve diminuzione, ma non in altri (Spagna). Anche dove la prevalenza del fenomeno rimane stabile, è probabile che tra i consumatori di droghe per via endovenosa la trasmissione continui. L'epidemia da HIV è ora entrata in una fase stazionaria (endemica) nella maggior parte dei paesi dell'Europa occidentale.

L'incidenza della percentuale di casi di AIDS è diversa nei vari paesi e in generale continua a diminuire (cfr. figura 7), probabilmente a causa di un costante aumento nella somministrazione ai tossicodipendenti di terapie combinate che ritardano la comparsa della malattia. Il

fatto che in alcuni paesi (Portogallo) la diffusione dell'AIDS non diminuisca potrebbe essere imputato alla mancanza di cure specifiche per i sieropositivi. Rispetto al totale dei casi di AIDS, la percentuale di tossicodipendenti per via endovenosa varia in misura significativa da un paese all'altro, evidenziando così le differenze nell'importanza relativa che essi rivestono nel contesto di detta epidemia. Il monitoraggio dell'AIDS sta diventando meno utile quale indicatore dell'entità dell'infezione da HIV, trasformandosi invece in un indicatore della fruizione della terapia. In Europa si sta esaminando la possibilità di un archivio centralizzato dei casi di sieropositivi noti per integrare le già esistenti segnalazioni dei casi di AIDS.

Per contribuire alla lotta contro l'infezione, nella maggior parte dei paesi sono ampiamente disponibili siringhe (tranne in Finlandia e Svezia) e ampiamente disponibili sembrano essere anche preservativi e servizi di sostegno e diagnosi dell'HIV. Anche le terapie con sostanze sostitutive, volte a diminuire l'assunzione di droga per via endovenosa, sono presenti in tutti i paesi, principalmente sotto forma di metadone da assumere per via orale.

Molti studi condotti sui consumatori di droghe per via endovenosa rivelano una maggiore incidenza di malattie infettive tra gli ex detenuti.

L'infezione da epatite C mostra una diffusione maggiore e più omogenea in tutta Europa rispetto all'epatite B, con percentuali generalmente comprese tra il 50 % e oltre il 90 % perfino in paesi con bassi tassi di infezione da HIV, come la Grecia (cfr. figura 8). Per anni l'epatite C sembrava non seguire il declino registrato per le infezioni da HIV; più di recente, un possibile calo nel Regno Unito suggerisce che le misure per la riduzione del danno

Figura 7

Tasso di incidenza annuale per milione di abitanti

Incidenza di casi di AIDS correlati al consumo di droghe per via endovenosa nell'UE al 31 dicembre 1998

NB: Le cifre relative agli anni 1996-1998 sono approssimate a causa del ritardo con cui vengono registrati i dati. A causa del ritardo con cui vengono registrati i dati, per alcuni paesi vi possono essere delle modeste differenze tra i tassi di incidenza forniti dal Centro europeo e le cifre nazionali.
Fonte: Centro europeo di sorveglianza epidemiologica dell'AIDS, Parigi

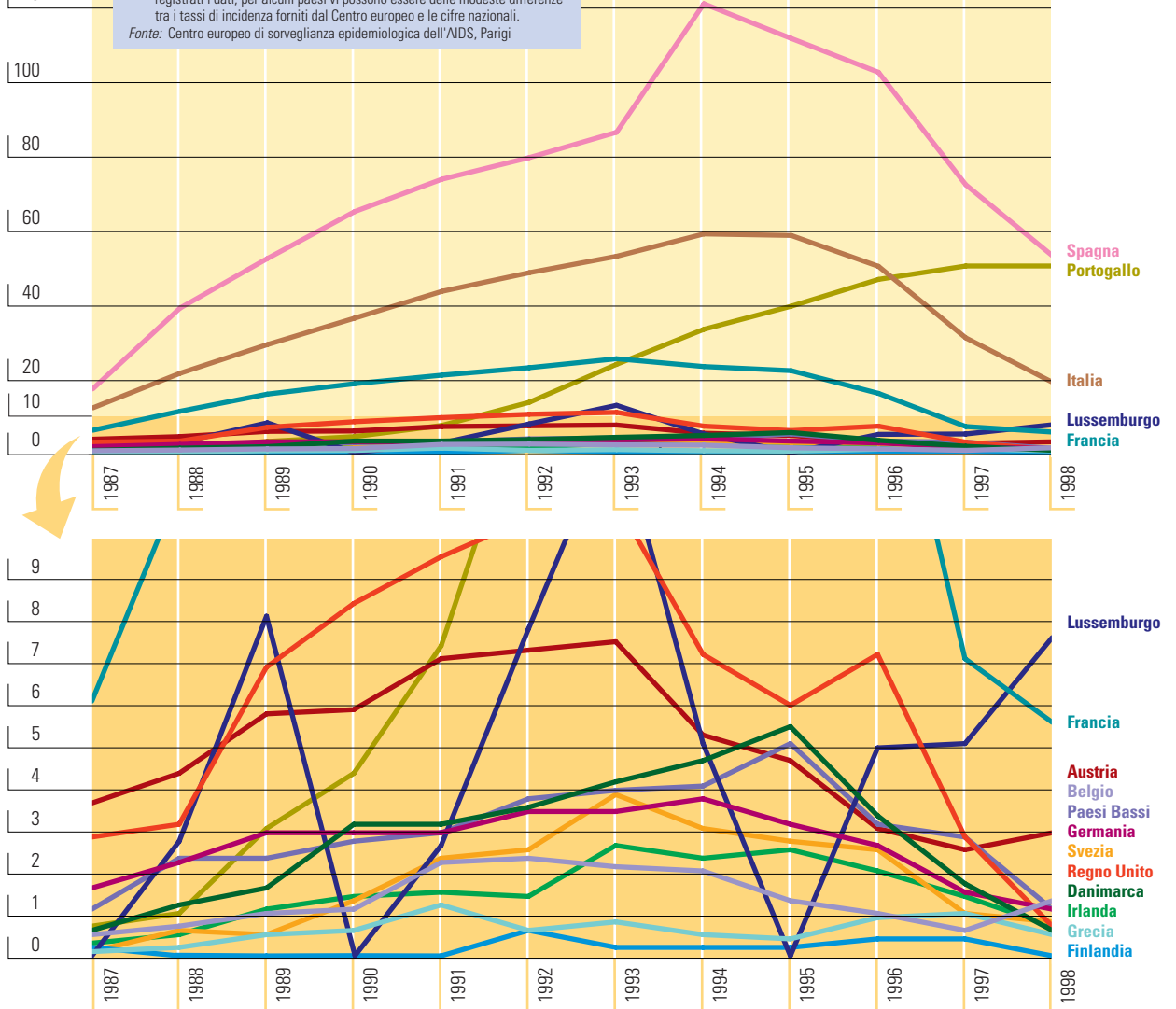
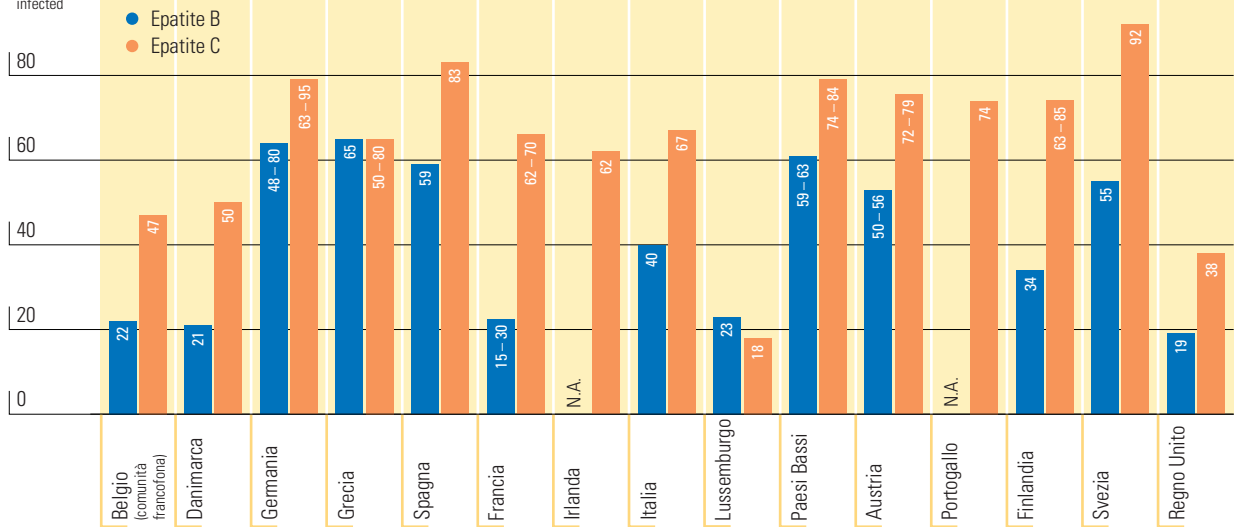


Figura 8

% contagiati infected

Anticorpi ai virus dell'epatite B e C tra i tossicodipendenti per via endovenosa nell'UE



Comportamento a rischio di HIV ed epatite C tra i tossicodipendenti per via endovenosa in carcere (%)

Ubicazione del carcere	Con infezione da HIV	Colpiti dal virus epatite C	Scambio di materiali durante l'ultima iniezione fuori del carcere nelle ultime 4 settimane	Assunzione di droghe per via endovenosa in carcere	Prima assunzione di droghe per via endovenosa in carcere
Belgio (una sede)	0	38,5	47	35 (10*)	15
Germania (una sede)	1,4	14,4	n.d.	36 (18*)	9
Spagna (una sede)	23,4	n.d.	32	79	10
Francia (tre sedi)	13,3	53,2	34	37 (29*)	7
Italia (tre sedi)	16,1	64,2	32	25	6
Portogallo (tre sedi)	28,1	61,9	49	57	5
Svezia (nove sedi)	2,6	57,6	30	64	5

n.d. = non disponibile.
 (*) Le cifre tra parentesi si riferiscono alla percentuale dei detenuti che hanno assunto droga per via endovenosa nelle ultime quattro settimane.
 Fonte: Rete europea di prevenzione della trasmissione dell'HIV/AIDS e dell'epatite nell'ambiente carcerario, «Relazione annuale alla Commissione europea», maggio 1998.

potrebbero aver influito sulla sua trasmissione. Per contro, il servizio emergenza droghe di Francoforte (Germania) segnala un aumento dall'89 % al 95 % a livello locale.

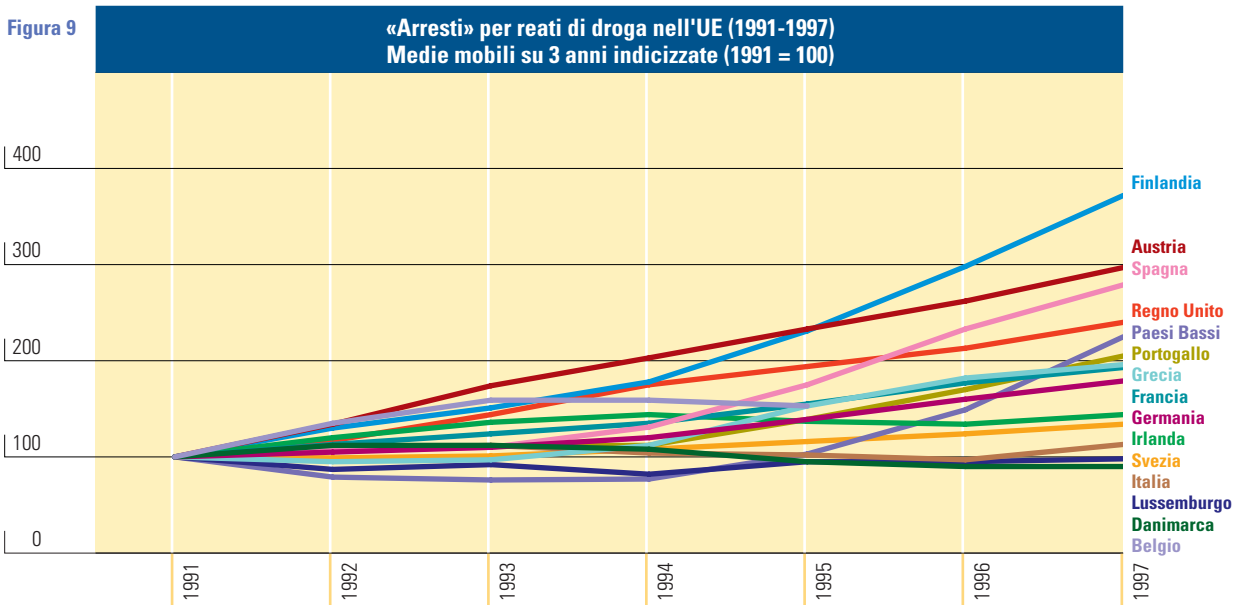
Indicatori dell'applicazione della legge

Arresti da parte delle forze di polizia per reati di droga

Gli unici dati sistematicamente disponibili sugli interventi per l'applicazione della legge si riferiscono ai reati contro

la normativa nazionale in materia di stupefacenti (traffico, possesso, consumo, altro) e rispecchiano la legislazione, le procedure di verbalizzazione, le risorse e le priorità delle forze dell'ordine nei singoli Stati membri. Data la difficoltà di un confronto diretto tra i dati, si è osservato l'andamento nel tempo.

Il numero di arresti per reati di droga nell'Unione europea ha registrato una costante crescita dalla metà degli anni Ottanta, quasi raddoppiando in Danimarca, Italia, Lussemburgo e Svezia e aumentando di oltre sei volte in Belgio, Grecia, Spagna, Portogallo e Finlandia. (Per la definizione di arresto per reati di droga in ogni



Stato membro si veda la versione ampliata della presente relazione.) In quest'ultimo gruppo di paesi, in Italia e nei Paesi Bassi la tendenza è andata accelerando negli ultimi anni. In Danimarca, Irlanda e Lussemburgo il numero di arresti per droga si è stabilizzato.

In dieci Stati membri la cannabis è la sostanza che riguarda dal 46 all'85 % degli arresti. In Lussemburgo e Portogallo sono più comuni gli arresti per eroina, nei Paesi Bassi prevalgono le droghe pesanti, in Svezia le anfetamine.

I reati correlati all'uso di stupefacenti sono la maggioranza, con percentuali pari al 61 % in Portogallo e superiori all'85 % in Austria e Svezia. In tutti i paesi — eccetto Belgio e Irlanda, dove si rileva una diminuzione — la percentuale di reati correlati alla droga è in aumento o stabile.

Gli arresti per droga variano da 0,4 a 2,5 ogni 1 000 abitanti. Anche in questo caso si raccomanda cautela nei paragoni poiché l'unità statistica (reato, persona, arresto) varia a seconda dei paesi.

Dati relativi alle carceri

Le informazioni a livello nazionale sul consumo di droga in carcere sono tuttora molto limitate e i dati attendibili sono scarsi.

I detenuti per reati di droga costituiscono dal 15 al 50 % della popolazione carceraria nell'Unione europea. In più del 75 % di tali casi il principale reato consiste nello spaccio o nel traffico di stupefacenti.

I dati relativi ai tossicomani detenuti si basano su definizioni diverse e non possono essere paragonati direttamente. Il consumo di droghe riguarda dal 30 al 90 % dei detenuti, la tossicodipendenza dal 10 al 45 %.

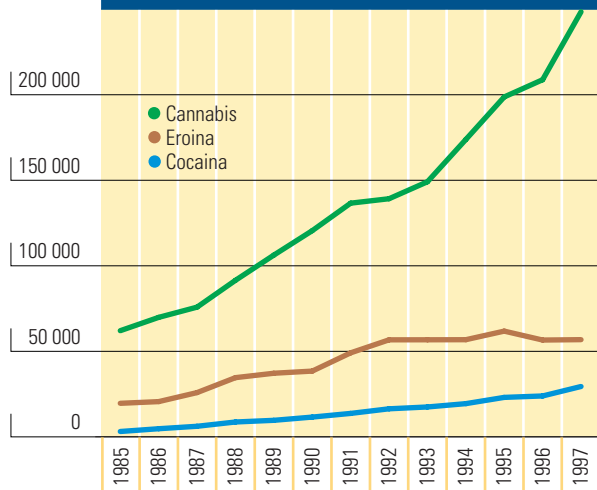
Indicatori del mercato degli stupefacenti

Sequestri, prezzo e purezza degli stupefacenti

I sequestri di cannabis sono in numero maggiore rispetto alle altre droghe. La quantità sequestrata è andata rapidamente aumentando fino al 1995 e si è stabilizzata in seguito, con le maggiori confische in Spagna nel 1998. Quasi ovunque il numero dei sequestri, diversamente dalle quantità, è ancora in crescita. Per contro, il prezzo sembra stabile o in calo.

Dopo un picco nel 1991, le quantità di eroina sequestrata hanno oscillato tra le 5 e le 6 tonnellate. Dal 1995 il

Figura 10 Numero di sequestri di cannabis, eroina e cocaina nell'UE (1985-1997)

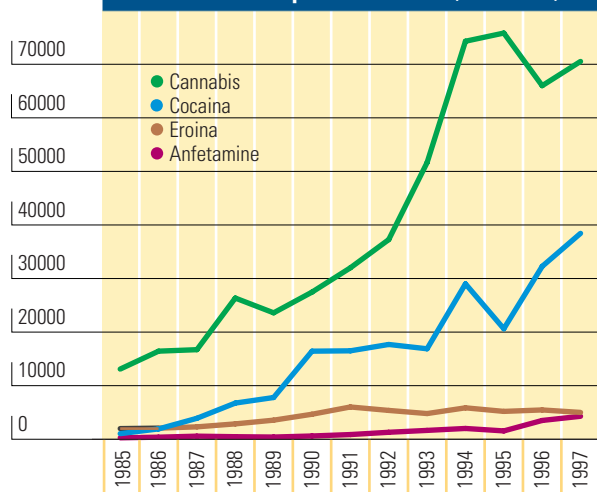


NB: I dati relativi alla Grecia e ai Paesi Bassi non sono disponibili. Il numero dei sequestri effettuati nel 1996 e nel 1997 è sottostimato in quanto mancano i dati relativi al Belgio.

Regno Unito sequestra i maggiori quantitativi, che nel 1997 ammontavano a quasi metà delle confische totali nell'Unione europea. Nel complesso il numero di sequestri, salito fino al 1992, si è ora stabilizzato, sebbene negli ultimi tre anni si siano registrati netti cali in alcuni paesi e marcati aumenti in altri. A livello comunitario, la quantità media di eroina per ogni sequestro è rimasta stabile dalla metà degli anni Ottanta (60-80 g). Il prezzo di vendita ai consumatori è per lo più stabile e il grado di purezza varia dal 10 al 50 %.

I sequestri di cocaina hanno raggiunto un picco pari a 38 tonnellate nel 1997, anno in cui in Spagna sono state confiscate le maggiori quantità. I dati disponibili relativi al 1998 sembrano indicare una diminuzione dei quantitativi confiscati nell'Unione europea, e soprattutto in

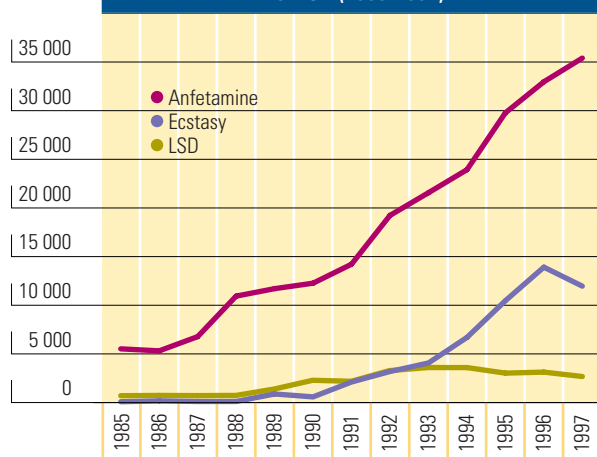
Figura 11 Quantitativi di cannabis, cocaina, eroina e anfetamine sequestrati nell'UE (1985-1997)



NB: I quantitativi di anfetamine sequestrate nel 1997 sono sottostimati in quanto non sono disponibili i dati relativi al Belgio e ai Paesi Bassi.

Spagna, mentre il numero delle operazioni di sequestro è in costante aumento. La quantità media di cocaina confiscata a livello comunitario supera di gran lunga quella di eroina ed è passata da circa 250 g per operazione nel 1985 a oltre 1 kg nel 1997. Il prezzo di vendita ai consumatori è relativamente stabile e la purezza al dettaglio varia dal 50 al 70 %, sebbene la Grecia segnali un grado di purezza al momento del consumo pari al 5-10 %.

Figura 12 Numero di sequestri di anfetamine, ecstasy e LSD nell'UE (1985-1997)



NB: I dati relativi alla Grecia e ai Paesi Bassi non sono disponibili. Il numero di sequestri effettuati nel 1996 e nel 1997 è sottostimato in quanto mancano i dati relativi al Belgio. Il numero dei sequestri effettuati negli anni 1985-1994 è sovrastimato in quanto sono compresi anche i dati relativi ai sequestri di LSD in Spagna.

Il numero delle confische anfetamine e le relative quantità sono in aumento dal 1985, con un'impennata a partire dai primi anni Novanta. Per quanto riguarda l'ecstasy, i quantitativi sequestrati sono aumentati nettamente tra il 1987 e il 1996, dimezzandosi poi nel 1997. Oltre il 75 % della quantità totale è stato confiscato nel Regno Unito. Dopo una costante crescita, in quasi tutti i paesi il numero dei sequestri di ecstasy è diminuito o si è stabilizzato nel periodo 1997-1998. I dati relativi alle confische avvenute nel 1998 sembrano confermare che, nonostante la crescente preoccupazione destata dall'ecstasy negli ultimi anni, sono in realtà le anfetamine a dominare sempre più il mercato delle droghe sintetiche.

Si segnala una recente diminuzione del prezzo di anfetamine ed ecstasy. Il grado di purezza delle anfetamine sembra compreso tra il 10 e il 100 %, mentre considerevoli sono le differenze registrate nel grado di purezza e nella composizione delle pasticche vendute come ecstasy.

I sequestri di LSD, meno frequenti rispetto a quelli di anfetamine o ecstasy, si sono stabilizzati o sono diminuiti dal 1993-1994 in tutti gli Stati membri eccetto l'Austria, ove si è registrato un continuo aumento fino al 1997.

Risposte istituzionali all'abuso di stupefacenti nell'Unione europea

**La Settimana europea di prevenzione
della tossicodipendenza**

Cannabis: tendenze e risposte

Droghe sintetiche: sviluppi e risposte

La Settimana europea di prevenzione della tossicodipendenza

La prevenzione in materia di droga, già tra le priorità dell'Unione europea, ha ricevuto forte impulso dal lancio della terza Settimana europea di prevenzione della tossicodipendenza (16-22 novembre 1998) durante la presidenza austriaca del Consiglio europeo. La manifestazione ha messo in luce una vasta gamma di iniziative e progetti in tutta l'Unione europea e in paesi che vi hanno aderito pur senza essere membri, come la Norvegia.

Obiettivo principale della Settimana di prevenzione è rafforzare la cooperazione a livello europeo sugli aspetti sanitari del fenomeno droga, evidenziare attività di prevenzione a lungo termine e sensibilizzare l'opinione pubblica.

Dalla prima manifestazione (1992), la Settimana di prevenzione ha contribuito a consolidare la cooperazione tra gli specialisti che operano nel settore della prevenzione del consumo di droghe, soprattutto a livello di servizi sanitari, scolastici e sociali, nei gruppi di animazione giovanile e nelle agenzie per l'applicazione della legge, tra gli Stati membri e al loro interno.

Prevenzione e manifestazioni nell'ambito delle politiche

La Settimana 1998 è stata la prima organizzata e svolta nell'ambito del programma d'azione comunitario per la prevenzione della tossicodipendenza (1996-2000) e per la prima volta vi hanno partecipato nuovi Stati membri — Austria, Finlandia e Svezia — e la Norvegia, che non fa parte dell'Unione europea. Il tema era multidisciplinare: sensibilizzare la società e aumentare i partenariati operativi.

La terza Settimana europea di prevenzione della tossicodipendenza, svoltasi durante la presidenza austriaca, si è aperta con una conferenza a Vienna, cui hanno partecipato 300 esperti e politici di tutti gli Stati membri, nonché rappresentanti del Liechtenstein, della Norvegia e dell'Europa centrale e orientale. La conferenza, concepita come forum per lo scambio di informazioni ed esperienze positive, ha discusso i modi per cooperare nelle strategie per la prevenzione in materia di droga, coordinandole a livello locale, nazionale ed europeo; ha analizzato inoltre le politiche sanitarie e sociali, l'istru-

zione e le questioni giovanili, le politiche per la sicurezza, la politica regionale e locale e le relazioni pubbliche.

I delegati sono giunti alla conclusione che occorre uno sforzo per migliorare la qualità e la corrispondenza dei dati sul fenomeno droga nell'Unione europea e a livello globale. Tali informazioni darebbero un contributo sostanziale nell'elaborazione di strategie per il presente e il futuro.

Una campagna lanciata in tutta l'Unione europea, «Parlarsi è il primo passo», ha sottolineato l'importanza del dialogo nella prevenzione dell'uso della droga, rivolgendosi in particolare agli adulti in costante contatto con i giovani (genitori, insegnanti, animatori, istruttori e allenatori sportivi).

La campagna attraverso i mezzi di comunicazione di massa comprendeva uno spot televisivo in diciotto lingue, uno spot radiofonico in sei lingue, un manifesto prodotto in diciannove versioni linguistiche, un opuscolo in tredici lingue, un annuncio stampa in dodici lingue e un comunicato stampa in diciotto lingue.

Negli Stati membri sono state lanciate oltre 1 000 iniziative a livello europeo, nazionale, regionale e locale, con un contributo della Commissione pari a 950 000 euro. Gli Stati membri hanno tendenzialmente inserito la manifestazione nelle proprie strategie annuali per la prevenzione dell'uso della droga, utilizzandola per richiamare l'attenzione pubblica su progetti a lungo termine. In alcuni Stati membri, in occasione della Settimana di prevenzione della tossicodipendenza si sono svolti dibattiti su strategie esistenti e nuovi approcci.

Le attività della Settimana europea di prevenzione della tossicodipendenza si sono rivolte in particolare a giovani, animatori giovanili, famiglie, professionisti del settore, politici e mezzi di comunicazione di massa. Alcuni Stati membri hanno anche identificato altri gruppi, quali minoranze etniche, consumatori di droga e bambini. In Francia, per esempio, 39 progetti su 46 si sono rivolti ai giovani, raggiungendo 18 000 persone. In Austria, durante «Summer Talks '98», esperti austriaci, tedeschi e ungheresi hanno discusso numerose possibilità di prevenzione per i bambini di età compresa tra tre e sei anni e il Centro per l'informazione sulla prevenzione delle tossicodipendenze di Vienna ha organizzato una conferenza sulla prevenzione negli asili infantili.

Oltre a conferenze, seminari e corsi di formazione, tutti gli Stati membri hanno organizzato attività per incoraggiare il dialogo con i giovani, aumentare la consapevo-

lezza e rafforzare l'autostima. In tutta l'Unione europea si sono svolte numerose manifestazioni artistiche e culturali con musica, teatro, danza, giochi, fotografia, film e video.

In quasi tutti gli Stati membri si è dato grande risalto agli approcci tra pari, trattando argomenti quali la comunicazione dei giovani con il gruppo dei pari, l'alcol e le droghe.

I nuovi mezzi di comunicazione, primo tra tutti Internet, ma anche CD-ROM, chat-box e video hanno avuto un ruolo importante nella Settimana di prevenzione della tossicodipendenza, fornendo informazioni sulla riduzione del danno e sulla prevenzione e verificando conoscenze e atteggiamenti nel settore degli stupefacenti.

Ogni Stato membro ha risposto in modo diverso alla sfida di rafforzare i partenariati e gli approcci interdisciplinari. I Paesi Bassi hanno creato un comitato direttivo, formato da rappresentanti governativi e responsabili delle ONG per la prevenzione dell'uso della droga, che elabori e metta in atto programmi nazionali seguendo gli orientamenti della Commissione europea. Altri Stati membri hanno attuato iniziative per rendere più visibili gli sforzi in materia di prevenzione, rivolgendosi a chi opera con i giovani, alle strutture già attive nella prevenzione e all'opinione pubblica nel tentativo di promuovere la cooperazione tra questi gruppi sociali.

Seguito

La Commissione europea sta attualmente valutando la Settimana europea di prevenzione della tossicodipendenza e altre attività realizzate nell'ambito del programma d'azione comunitario per la prevenzione della tossicodipendenza (1996-2000). La valutazione complessiva del programma d'azione è effettuata con il supporto dell'Associazione delle scuole di sanità pubblica della regione europea.

La metodologia valutativa mira a garantire informazioni normalizzate provenienti dagli Stati membri circa la manifestazione. A tal fine, la Commissione ha fornito a tutti i coordinatori nazionali un questionario preparato dall'OEDT per lo scambio di informazioni sull'azione per la riduzione della domanda di droghe. Alla Commissione e ai coordinatori nazionali l'OEDT ha anche fornito orientamenti per la valutazione della prevenzione dell'uso degli stupefacenti da distribuire ai responsabili di progetto. Con questo strumento si intende promuovere la valutazione di attività finalizzate alla prevenzione e guidare i responsabili di progetto nell'ideazione delle attività e nella relativa valutazione.

Insegnamenti tratti dalla Settimana europea di prevenzione della tossicodipendenza

Benché la valutazione della Commissione europea in merito alla Settimana europea di prevenzione della tossicodipendenza in tutti i paesi partecipanti non sia ancora completa, si possono già fare alcune osservazioni sulla manifestazione del 1998. Le informazioni fornite dalle relazioni dei punti focali nazionali Reitox hanno contribuito a evidenziare alcuni elementi fondamentali.

- Le Settimane europee di prevenzione della tossicodipendenza sono strumenti efficaci per promuovere attività di prevenzione su base nazionale ed europea. Tali manifestazioni contribuiscono a favorire e promuovere lo scambio di informazioni sulle migliori pratiche di prevenzione a livello europeo.
- L'organizzazione della Settimana 1998 ha evidenziato i vantaggi del coordinamento a livello comunitario, aiutando inoltre le agenzie nazionali a collaborare in un più ampio contesto europeo.

- La campagna attraverso i mezzi di comunicazione europei ha avuto risonanza, ma sarebbe stata più incisiva se avesse diffuso uno specifico e comune messaggio per la prevenzione del consumo di droghe, come nelle Settimane «L'Europa contro il cancro».

- Considerando le difficoltà incontrate da alcuni responsabili di progetto nello sviluppare la componente europea delle proprie iniziative, per la prossima Settimana europea di prevenzione della tossicodipendenza sarebbe auspicabile un sostegno fin dalle prime fasi in modo da agevolare l'elaborazione di progetti con una dimensione europea concentrati su un tema comune.

- L'utilizzo di strumenti d'informazione dell'OEDT consentirà una presentazione normalizzata delle attività nell'ambito della manifestazione. La procedura di valutazione non è tuttavia stata avviata tempestivamente e occorrerà pertanto qualche tempo prima che le informazioni siano complete.

Cannabis: tendenze e risposte

La cannabis è la droga illegale più diffusa in Europa. Gli anni Novanta sono stati caratterizzati da cambiamenti nell'entità e nei modelli di consumo, da un riesame delle questioni sanitarie e sociali inerenti e delle risposte più idonee, da un intensificarsi del dibattito sullo status giuridico e sui possibili usi della cannabis a fini terapeutici.

Le sostanze estratte dalla cannabis — marijuana, hashish e olio — sono classificate come stupefacenti nella tabella I della convenzione unica delle Nazioni Unite sugli stupefacenti (1961). La convenzione prevede severe

misure di controllo per la produzione, il commercio, il possesso e il consumo degli stupefacenti, eccetto nelle quantità necessarie alla ricerca medica o scientifica. Tali obblighi sono ulteriormente rafforzati dalla convenzione delle Nazioni Unite contro il traffico illecito di stupefacenti e sostanze psicotrope del 1988.

Gli Stati membri applicano le convenzioni delle Nazioni Unite secondo la propria realtà locale o regionale. Alcuni paesi o regioni tollerano determinate forme di possesso e consumo, altri applicano sanzioni amministrative o ammende, altri ancora prevedono sanzioni penali.

Nonostante le differenze nell'approccio giuridico, si può osservare una tendenza comune nei procedimenti giudiziari, vale a dire lo sviluppo di numerosi provvedimenti alternativi in caso di possesso di piccole quantità di cannabis per uso personale senza circostanze aggravanti.

Ammende, ammonizioni, libertà vigilata, esonero dalla pena e programmi di orientamento sono le risposte più comuni dei sistemi giudiziari europei ai reati relativi alla cannabis. Al tempo stesso, tuttavia, gli arresti effettuati dalle forze dell'ordine per reati di droga — soprattutto per cannabis e reati connessi al consumo — sono in aumento in diversi paesi.

Cannabis, marijuana e hashish

La pianta cannabis sativa contiene la sostanza psicoattiva tetraidrocannabinolo (THC), il principale ingrediente psicoattivo della droga conosciuta con questo nome. Marijuana è un altro nome per la stessa pianta, usato soprattutto per riferirsi alle foglie essiccate e alle sommità fiorite. La resina estratta dalle gemme e dai capolini della pianta di cannabis è nota come hashish e da essa si può estrarre un olio. I termini «cannabis», «marijuana» e «hashish» sono di uso comune e talvolta indifferenziato.

Cannabis e guida automobilistica

Un esame della letteratura scientifica su droghe e guida automobilistica commissionato dall'OEDT non ha ritenuto decisive le prove addotte a dimostrazione del fatto che l'assunzione di cannabis comprometta la guida e aumenti il rischio di incidenti stradali.

Gli studi sperimentali non sono del tutto coerenti: alcuni non rilevano effetti significativi sulla percezione, altri indicano un certo grado di compromissione dell'attenzione e della memoria a breve, effetti osservati tuttavia per dosaggi più elevati.

Alcuni studi sul campo, che hanno analizzato i liquidi corporei di guidatori coinvolti in incidenti, hanno rilevato una forte presenza di cannabis, ma poiché tali test possono risultare positivi fino a un mese dopo l'assunzione della sostanza, potrebbero non essere misuratori attendibili.

L'interpretazione del contributo causale della cannabis agli incidenti stradali è ulteriormente complicata dalla presenza simultanea di altre sostanze, soprattutto alcol. Alcuni studi suggeriscono che la cannabis non comporti un alto rischio al volante in quanto sotto la sua influenza i guidatori presterebbero una maggiore attenzione.

Una maggiore comprensione dell'applicazione pratica delle politiche in materia di droga in relazione alla cannabis può essere ottenuta solo attraverso studi specifici che analizzino più a fondo i dati forniti dalle forze di polizia e dagli organi giudiziari.

Modelli di consumo

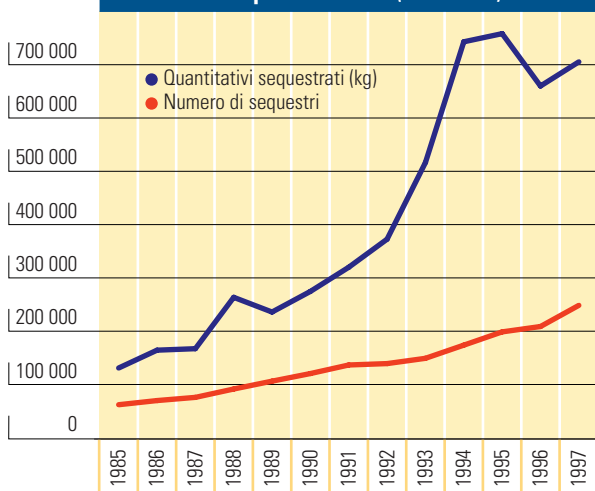
Indagini recenti indicano che oltre 40 milioni di persone nell'Unione europea hanno fatto uso di cannabis, sostanza provata in media da circa un individuo su cinque nella fascia di età 15-16 anni e almeno uno su quattro nella fascia 15-34 anni.

Per quanto concerne il consumo di cannabis, sebbene le differenze tra i vari paesi rimangano notevoli, ci sono segnali di una convergenza nei livelli di prevalenza. Nei

paesi a maggiore prevalenza, la tendenza sembra stazionaria o in diminuzione dopo l'aumento negli anni Novanta, mentre in quelli a bassa diffusione il consumo è in crescita.

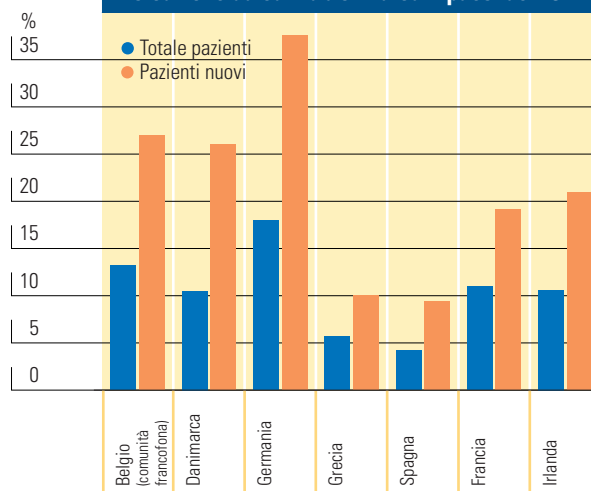
In gran parte dell'Unione europea l'uso di cannabis non è tipico di alcun contesto o gruppo sociale o ricreativo specifico. In molti Stati membri sembra addirittura esserci la tendenza a ritenerlo un comportamento normale piuttosto che deviante. Tuttavia, i consumatori di cannabis non possono essere considerati un gruppo omogeneo e si ha notizia di diversi modelli di consumo. In Germania, per esempio, i consumatori di cannabis passano inosservati e vivono senza grandi problemi, anche se negli ultimi anni i centri ambulatoriali hanno rilevato un netto aumento del numero di pazienti che iniziano il trattamento per cannabis.

Figura 13 Quantitativi di cannabis sequestrati e numero di sequestri nell'UE (1985-1997)

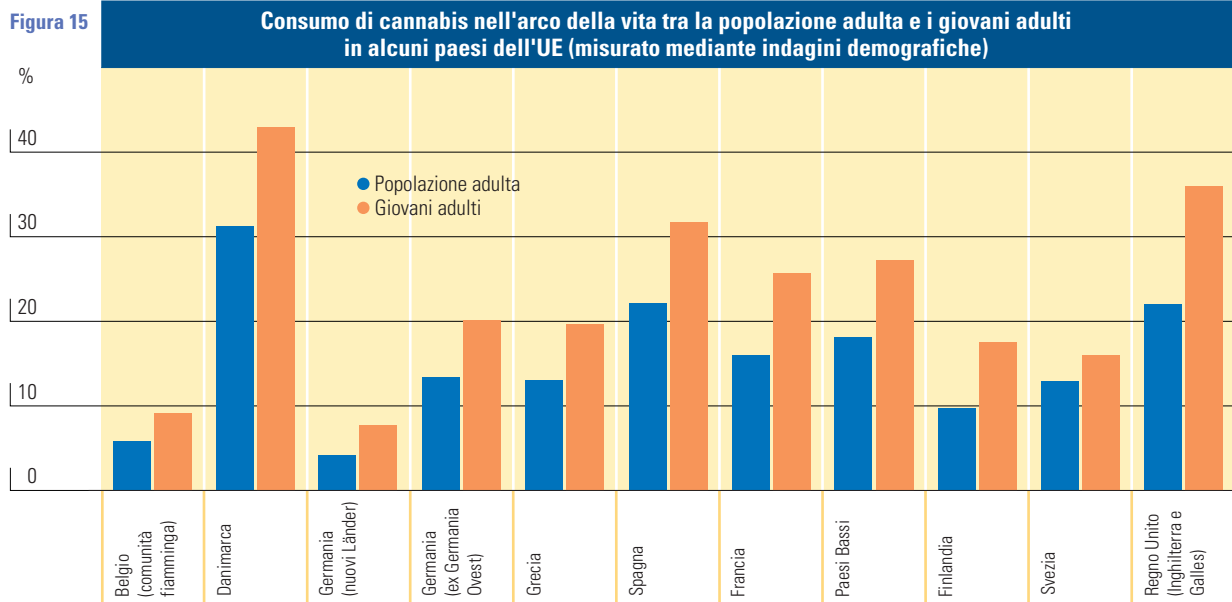


NB: I dati relativi al numero di sequestri effettuati in Grecia e nei Paesi Bassi non sono disponibili. Il numero dei sequestri effettuati nel 1996 e nel 1997 è sottostimato in quanto mancano i dati relativi al Belgio.

Figura 14 Percentuale di pazienti in terapia di disintossicazione da cannabis in alcuni paesi dell'UE



NB: Nel caso della Danimarca si tratta della percentuale dei «pazienti nuovi» rispetto a quella dei «pazienti vecchi».



Confische

La quantità di cannabis confiscata ogni anno nell'Unione europea è rimasta pressoché immutata dal 1994, anche se il numero delle operazioni di sequestro è in costante aumento. La reperibilità rimane elevata in quasi tutta l'Unione europea e sul mercato i prezzi sono relativamente stabili. La cannabis confiscata nell'Unione europea proviene per lo più dal Marocco, con quantitativi minori dall'Afghanistan, dal Libano e dal Pakistan. Spagna e Paesi Bassi figurano spesso come paesi di transito per la cannabis importata nell'Unione europea.

La marijuana erbacea confiscata nell'Unione europea proviene in gran parte da Colombia, Nigeria, Sud Africa e Thailandia. La cannabis viene anche coltivata in quasi tutti gli Stati membri, ma non ci sono prove di traffico su larga scala.

Potenza

In alcuni paesi è stata creata una varietà di semi di cannabis (indica) per la coltivazione al chiuso che produce piante a cespuglio e sommità fiorite di alta qualità. Pare che molte delle specie più nuove siano state sviluppate da piante dell'Himalaya, mentre per la cannabis prodotta negli Stati membri si usassero i semi provenienti dall'Africa, dai Caraibi e dall'Estremo Oriente che danno origine a piante più alte.

Alcuni paesi segnalano un aumento della potenza della cannabis negli ultimi anni, soprattutto in forma erbacea (marijuana), e anche le forze dell'ordine hanno espresso preoccupazione in merito. Gli scarsi dati a disposizione

dei punti focali nazionali individuano un contenuto di THC nella cannabis compreso tra il 5 e l'11 % in Germania, tra il 6 e il 9 % nei Paesi Bassi e tra il 2 e il 14 % nel Regno Unito. In alcuni casi si segnala una maggiore potenza, ma non sempre si precisa se si tratta di hashish, marijuana o olio. Altri suggeriscono che la marijuana contenga dallo 0,5 al 5 % di THC, l'hashish dal 2 al 20 % e l'olio dal 15 al 50 %.

Tanto il contenuto tipico delle diverse forme di cannabis sul mercato quanto la reale entità dell'aumento della potenza sono poco chiari. Inoltre, non si conoscono comportamenti e preferenze dei consumatori. Studi sistematici e dettagliati contribuirebbero quindi a creare una base più informata per la discussione.

Programmi terapeutici

La cannabis è ritenuta la droga principale solo per una minoranza dei pazienti che entrano in terapia (intorno al 10 % o meno), mentre più spesso figura come droga secondaria per chi richiede il trattamento per altre sostanze. In diversi paesi si è rilevato un certo aumento, con una proporzione maggiore tra coloro che entrano in terapia per la prima volta. La maggior parte delle richieste di trattamento per la disintossicazione da cannabis riguarda pazienti molto più giovani rispetto a quelli per eroina o altre droghe.

Pochissimi sono i servizi specificamente indirizzati ai consumatori di cannabis, sicché questi pazienti di solito si rivolgono a centri dove le terapie riguardano per lo più altre sostanze quali eroina o cocaina. Poiché i pazienti con problemi di cannabis costituiscono solo una

minoranza dei tossicodipendenti in terapia in tutta Europa, e poiché presentano un profilo diverso, è difficile sapere se i trattamenti forniti sono adeguati e quali approcci alternativi potrebbero essere più utili.

Occorrono informazioni ben più cospicue sulla natura dei problemi connessi alla cannabis. Dal momento che le persone che consumano cannabis potrebbero anche usare altre sostanze o avere problemi psicologici o sociali, è importante chiarire quanto siano necessari servizi specificamente indirizzati alla cannabis e se sia possibile fornire un'assistenza migliore nell'ambito di altri interventi.

Prevenzione

La maggior parte delle iniziative di prevenzione tenta di convincere la gente a smettere di consumare cannabis. Come nel settore terapeutico, poche sono le iniziative di prevenzione che si occupano solo di cannabis. Le linee

di assistenza telefonica sono aperte ai consumatori di cannabis, ma nessuna è specifica.

Tutti gli Stati membri distribuiscono informazioni sulle droghe, tra cui la cannabis, e alcuni hanno realizzato materiale specifico. Alcune iniziative mirano a fornire informazioni generali sulla cannabis e sugli effetti del THC, mentre altri provvedimenti si rivolgono ai genitori.

Dibattiti e discussioni

In Europa si è intensificato il dibattito sulla possibilità o il dovere di utilizzare la cannabis per scopi medici. In alcuni paesi il dibattito è ufficioso, ma in Danimarca, Germania, Spagna, Austria, nei Paesi Bassi e nel Regno Unito ha assunto una dimensione più ufficiale.

In altre parti del mondo il dibattito sul valore terapeutico della marijuana ha acceso discussioni politiche, incentrate prevalentemente su iniziative per una riforma delle leggi proibizioniste, al fine di consentire la prescrizione di detta droga da parte dei medici

Droghe sintetiche: sviluppi e risposte

La preoccupazione dei politici e dell'opinione pubblica circa le droghe sintetiche è aumentata rapidamente negli anni Novanta in reazione all'uso crescente e apparentemente diffuso dell'ecstasy da parte di numerosi giovani insospettabili. Il controllo di questi stupefacenti — ricavati facilmente e a basso costo da materiali disponibili in tutta l'Unione europea — stava diventando sempre più difficile.

Capire la cultura del ballo

«Non si può capire la cultura del ballo senza capire l'ecstasy. È come tentare di capire la cultura del pub senza capire la birra (...) I DJ e i discografici che affermano di non aver nulla a che fare con la droga sono degli ipocriti. Alla droga devono tutta la loro carriera. Una volta la gente doveva ballare per ore per sballare. Oggi si prende l'ascensore, non le scale».

Irvine Welsh (acclamato autore di *Trainspotting* ed *Ecstasy*). Intervista su *Ministry Magazine*, aprile 1999.

Definizione di droghe sintetiche

Il termine «droghe sintetiche» in senso stretto si riferisce a sostanze psicoattive prodotte in laboratorio piuttosto che ricavate da fonti naturali e comprende tranquillanti, metadone, anfetamine, ecstasy e LSD. Il termine viene usato anche per nuove sostanze apparse sul mercato dell'ecstasy che sfuggono agli attuali controlli di legge, in alcuni casi prodotte anzi deliberatamente a questo fine. In quest'uso del termine prevale quindi la preoccupazione per gli specifici problemi relativi al controllo della produzione e della distribuzione delle droghe sintetiche rispetto ai modelli di consumo.

In molti ambienti ricreativi è probabile che i giovani usino non solo ecstasy, ma anche anfetamine, LSD e benzodiazepine — «vecchie» droghe sintetiche — nonché sostanze non sintetiche quali alcol, cannabis, cocaina, funghi magici e talvolta eroina.

L'ecstasy

Ecstasy è il nome comune dell'anfetamina MDMA sostituita in posizione 3 e 4 dell'anello. La maggior parte degli

Effetto entactogeno

Il dottor David Nichols, docente di chimica e farmacologia presso l'università statunitense di Purdue, ha coniato il termine «entactogeno» per sostanze stupefacenti quali l'MDMA (ecstasy). L'effetto entactogeno di una droga è il modo in cui agisce come un «supporto» emozionale che facilita la sintonia con se stessi e intensifica gli stati introspettivi. A detta di Nichols, un effetto entactogeno «significa fondamentalmente produrre un contatto interno». Secondo

un consumatore di MDMA, si ha la sensazione che il mondo sia «un luogo giusto dove stare».

Altri assuntori di ecstasy sostengono di non sentire la necessità di affermazione, riconoscimento o giudizio: «La sensazione era di poter muovere tutto il mondo e al tempo stesso di non aver affatto bisogno di farlo. Dialogavo senza sentirmi limitato, obbligato o spinto a competere con l'altra persona».

assuntori ritiene che le pillole note come ecstasy contengano MDMA, ma questa è solo una sostanza appartenente a un gruppo di feniletilamminici che comprende MDA, MDEA e MBDB.

Nei primi anni Novanta, l'ecstasy si è diffusa tra i giovani, convinti che l'MDMA fosse sicuro e non generasse dipendenza. Tale nuova tendenza nel consumo di droga si è sviluppata all'interno di una cultura musicale di evasione di massa nota come «rave», «acid house» o «techno».

In confronto ad altri stimolanti, l'ecstasy non tende a produrre gli sbalzi d'umore estremi tipici delle anfetamine e, rispetto alla cocaina, gli effetti positivi durano molto più a lungo. Tali effetti sono di solito energizzanti, euforici e di tipo entactogeno, una combinazione che spiega il ruolo fondamentale di questa sostanza alle manifestazioni musicali e nelle discoteche. L'ecstasy ha contribuito al successo dei grandi raduni organizzati a scopo di lucro, favorendo la generale atmosfera di appartenenza a un gruppo e l'impulso a ballare.

Cosa contiene una pillola di ecstasy?

Nella produzione di pillole dirette al mercato dell'ecstasy, i produttori usano marchi commerciali come strumenti di marketing e per distinguersi dalla concorrenza. Nonostante il marchio, non ci sono garanzie sul tipo di pillola acquistata né sul contenuto.

La difficoltà di verificare il contenuto delle pillole è un tratto distintivo del mercato dell'ecstasy e le analisi di laboratorio hanno dimostrato che anche i consumatori abituali sbagliano nella valutazione personale del contenuto.

In alcuni Stati membri, recenti analisi delle pillole di ecstasy hanno rilevato notevoli differenze nel contenuto: alcune contengono MDMA allo stato puro, altre alti livelli di anfetamine e altre ancora un insieme di lattosio e caffeina.

Le droghe sintetiche risultano prodotte per lo più in laboratori clandestini nei Paesi Bassi, in Polonia, in Spagna e nel Regno Unito. In alcuni paesi la criminalità organizzata opera nella produzione e nella distribuzione di sostanze simili all'ecstasy e alcuni giovani consumatori-spacciatori sono stati minacciati da distributori più organizzati.

Prevalenza del consumo di droghe sintetiche

La principale fonte di informazioni sulle droghe sintetiche è costituita da giovani in locali dove si balla e durante feste sebbene il consumo avvenga anche in altri ambiti.

Da indagini nelle scuole risulta che la percentuale di giovani di età compresa tra i 15 e i 16 anni che ammettono di aver provato anfetamine è compresa tra il 2 e il 4 %, con punte inferiori all'1 % in Finlandia e fino a quasi l'8 % nei Paesi Bassi e al 13 % nel Regno Unito. In questa fascia d'età le variazioni nel consumo di ecstasy sono rilevanti: meno dell'1 % in Finlandia, 5-6 % in Belgio e Spagna, 8-9 % in Irlanda, nei Paesi Bassi e nel Regno Unito.

I dati relativi al consumo di LSD nell'arco della vita tra i giovani in età scolare sono intorno al 13-14 % in Irlanda e nel Regno Unito, al 5-6 % in Spagna e Italia e al 2 % o meno negli altri Stati. La percentuale di giovani che hanno fatto uso di anfetamine ed ecstasy si attesta tra il 2 e il 5 %, sebbene il dato aumenti per la fascia d'età compresa fra i 18 e i 25 anni.

Per quanto concerne il consumo di anfetamine, ecstasy e LSD lo scorso anno, i dati si collocano per lo più nella fascia 1-2 %, benché siano più elevati nel Regno Unito.

L'ecstasy e i rischi per la salute

Il consumo frequente o in dosi massicce di ecstasy riduce o annulla l'effetto entattogeno, sebbene rimanga quello energizzante. Di conseguenza, l'assunzione di ecstasy è stata in gran parte limitata al fine settimana, il che funge da valvola di sicurezza contro i problemi provocati dal consumo quotidiano o in quantità elevate.

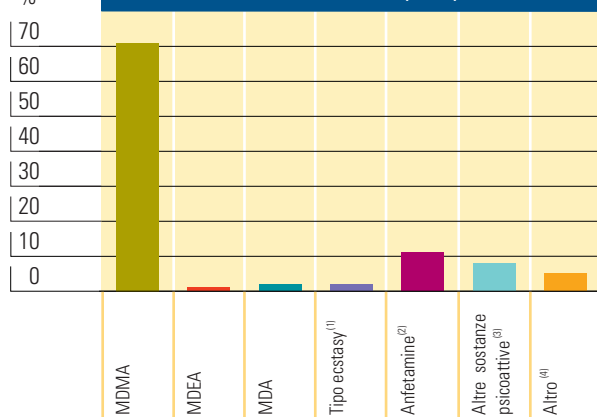
Rischi acuti

Stime prudenti del consumo di ecstasy nel Regno Unito a metà degli anni Novanta indicavano oltre un milione di dosi assunte nelle discoteche ogni fine settimana, con conseguente rischio di morte calcolato a circa uno su 6,8 milioni. I rischi acuti per la salute aumentano con l'aumentare del consumo e con l'assunzione di ecstasy in abbinamento a sostanze con effetti sedativi quali alcol, eroina e benzodiazepine.

Rischi cronici

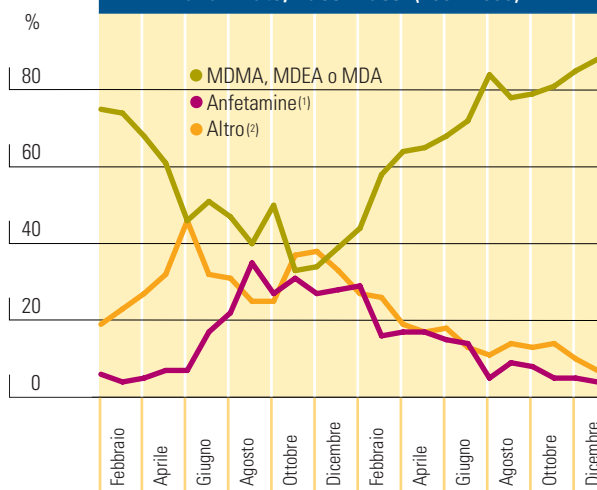
La ricerca sugli effetti cronici dell'ecstasy è stata limitata da pregiudizi e mancanza di dati. La prova scientifica indica un certo grado di neurotossicità correlato al consumo di quantità elevate. Recenti risultati di esperimenti condotti sulle scimmie mostrano che quattro giorni di somministrazione di MDMA hanno provocato in alcune aree cerebrali un danno durato sei o sette anni, le cui conseguenze tuttavia non sono ancora comprese appieno. Studi sugli esseri umani hanno evidenziato danni ai neuroni che producono serotonina e deterioramenti della memoria legati all'effetto tossico dell'MDMA su tali cellule cerebrali.

Figura 16 Contenuto delle pillole analizzate in laboratorio nei Paesi Bassi (1998)



(1) Combinazione di MDMA e/o MDEA e/o MDA con o senza altre sostanze (esclusa l'anfetamina).
 (2) Contengono anfetamina o metamfetamina, con o senza altre sostanze.
 (3) Contengono, per esempio, 2-CB, a-MBMA, cannabinoidi, MBDB o altre sostanze simili all'ecstasy (esclusa l'anfetamina).
 (4) Caffaina, paracetamolo, chinina, yohimbina, altri medicinali e sostanze sconosciute.

Figura 17 Tendenze mensili nel contenuto delle pillole analizzate, Paesi Bassi (1997-1998)



(1) Contengono anfetamina o metamfetamina, con o senza altre sostanze.
 (2) Tutte le altre sostanze psicoattive, non psicoattive e sconosciute.

Tendenze recenti

Le recenti informazioni fornite da alcuni Stati membri suggeriscono una stabilizzazione o un calo nel consumo di ecstasy e un certo disinganno nei confronti delle sostanze vendute sotto tale nome. Alcuni articoli di riviste musicali lamentano la perdita di esclusività del mercato dell'ecstasy nelle discoteche, criticando le manifestazioni fisiche dell'uso di sostanze tipo anfetamine (lingue a penzolini, facce arrossate e boccacce). Ciò non significa comunque che l'ecstasy stia scomparendo, bensì che è in atto una diversificazione dei modelli di consumo.

In continuo aumento sono la reperibilità e il consumo di anfetamine, assunte in prevalenza per inalazione sotto forma di polvere o per via orale in pillole oppure aggiungendole alle bevande.

Come per l'ecstasy, gli aumenti nel consumo di anfetamine sono a malapena rilevati da indicatori quali la richiesta di terapie, il che non sorprende dato l'esiguo numero dei giovani che si rivolgono agli appositi servizi. Ciò potrebbe significare che il repentino aumento del consumo non stia provocando problemi di salute o che i problemi non siano stati registrati o che i servizi terapeutici

tici non stiano rispondendo in modo adeguato alla tendenza.

Modelli diversi, droghe diverse

Negli ultimi anni musica da ballare e relativi stupefacenti sono comparsi nelle discoteche più tradizionali e il consumo di alcolici è in aumento. La natura lucrativa di tale mercato sembra aver indotto l'industria degli alcolici a sponsorizzare, pubblicizzare e promuovere prodotti specificamente rivolti al mercato dell'ecstasy e delle droghe per riuscire a ballare, spesso utilizzando per le proprie strategie metafore legate agli stupefacenti.

È difficile definire modelli di diversificazione più specifici nel consumo delle droghe sintetiche. Numerose relazioni indicano un maggior uso di alcolici e interesse per droghe stimolanti quali anfetamine e/o cocaina e allucinogeni (come LSD o funghi). Alcune agenzie per le tossicodipendenze a bassa soglia hanno rilevato un aumento delle richieste di assistenza da parte di giovani che avevano sviluppato un certo grado di dipendenza psicologica da assunzione in dosi massicce in discoteca o durante feste. Una minoranza di questi casi ha anche fatto uso di eroina.

Ulteriori sviluppi segnalano la vendita del Viagra e di vari steroidi come droghe ad uso ricreativo.

Attività finalizzate alla riduzione della domanda

Le principali strategie per la riduzione della domanda di droghe sintetiche nell'Unione europea possono essere classificate secondo le modalità con cui intendono raggiungere il gruppo bersaglio eterogeneo dei consumatori. Le informazioni sono tuttavia disponibili solo per alcuni paesi.

Poiché sempre più consumatori inseriscono l'assunzione di droghe nella propria vita quotidiana o nelle attività del tempo libero, prevenire i danni per la salute significa informare circa i rischi posti dal consumo eccessivo e da pillole adulterate.

Raduni «rave» a parte, in determinati quartieri e centri giovanili approcci di più ampia portata tentano di coinvolgere le discoteche «techno» in iniziative di prevenzione.

Nel Regno Unito sono ormai una consuetudine gli orientamenti per la sicurezza nelle discoteche elaborati da autorità locali e organizzazioni non governative, prassi

attualmente mutuata da Danimarca e Germania. Al tempo stesso, alcuni centri di orientamento per i consumatori di droghe si sono associati e hanno lanciato campagne rivolte a gruppi bersaglio diversi con vari messaggi per un «uso più sicuro» o un «uso pulito».

Analisi delle pillole

Solo in alcuni paesi si eseguono analisi tossicologiche in loco e quindi i dati sono incompleti. Alcuni paesi, come i Paesi Bassi, ritengono che l'analisi in condizioni di anonimato e gratuita delle pastiglie vendute come ecstasy ai grandi raduni «rave», abbinata a informazioni ed orientamento in loco, costituisca un valido approccio di prevenzione. In Austria l'analisi delle pillole è finalizzata alla ricerca e alla prevenzione.

La missione «rave» realizzata da Médecins du monde analizza le pillole durante i raduni «rave», raccoglie informazioni sul consumo e sui consumatori di droghe sintetiche e tenta di coinvolgere i partecipanti in discussioni sull'uso degli stupefacenti.

Mezzi di comunicazione di massa

In molti paesi i mezzi di comunicazione di massa sono usati per sensibilizzare i giovani. L'argomento più trattato è l'alcol, ma in alcuni casi le droghe sintetiche sono al centro della discussione. Altre campagne si rivolgono a gruppi bersaglio minori.

Uno dei mezzi più nuovi per informarsi sugli stupefacenti è Internet, che costituisce altresì uno strumento per le attività finalizzate alla riduzione della domanda.

Il ministero della Sanità e degli Affari sociali svedese ha attivato un sito Internet (Drugsmart) che, pur comprendendo informazioni per gli insegnanti, si rivolge ai più giovani con l'obiettivo di rafforzare la resistenza degli adolescenti che non hanno mai assunto droghe o che ne hanno fatto un uso saltuario. Oltre a informazioni dettagliate su varie sostanze, il sito risponde a domande inviate per posta elettronica e dispone di un servizio chat per chi desidera discutere temi inerenti alle droghe. Siti simili si stanno sviluppando in tutta Europa.

Valutazione

Le valutazioni degli interventi nel settore delle droghe sintetiche sono rare. Un'eccezione è costituita dalla campagna danese «Safe Rave» 1997 e 1998 che ha evidenziato nell'ambiente «techno» un interesse a schierarsi contro gli stupefacenti che potrebbe influire sulle successive opere di prevenzione.

Risposte istituzionali all'abuso di stupefacenti nell'Unione europea

Nei Paesi Bassi la valutazione degli approcci tra gruppi di pari ha contribuito a un atteggiamento più realistico e non moralista verso la prevenzione del consumo di stupefacenti.

Nel complesso, la valutazione del programma «Safer Dancing» a Londra ha permesso di comprendere meglio gli effetti di ecstasy, cannabis e anfetamine.

Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze

1999 — Relazione annuale sull'evoluzione del fenomeno della droga nell'Unione europea

Lussemburgo: Ufficio delle pubblicazioni ufficiali delle Comunità europee

1999 — 35 pagg. — 21 x 29,7 cm

ISBN 92-9168-081-8



UFFICIO DELLE PUBBLICAZIONI
UFFICIALI DELLE COMUNITÀ EUROPEE

L-2985 Luxembourg

ISBN 92-9168-081-8



9 789291 680771 >