



Osservatorio europeo delle  
droghe e delle tossicodipendenze

IT

ISSN 2314-9116

# Relazione europea sulla droga

Tendenze e sviluppi

2017





Osservatorio europeo delle  
droghe e delle tossicodipendenze

# Relazione europea sulla droga

Tendenze e sviluppi

2017

## Avviso legale

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

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

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

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

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

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

Lussemburgo: Ufficio delle pubblicazioni ufficiali dell'Unione europea, 2017

Print	ISBN 978-92-9497-058-9	ISSN 1977-9895	doi:10.2810/30083	TD-AT-17-001-IT-C
PDF	ISBN 978-92-9497-069-5	ISSN 2314-9116	doi:10.2810/764519	TD-AT-17-001-IT-N

© Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, 2017

La riproduzione è autorizzata con citazione della fonte.

Citazione raccomandata:

Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (2017), *Relazione europea sulla droga 2017: tendenze e sviluppi*, Ufficio delle pubblicazioni ufficiali dell'Unione europea, Lussemburgo.



Osservatorio europeo delle  
droghe e delle tossicodipendenze

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

Tel. +351 211210200

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

[twitter.com/emcdda](https://twitter.com/emcdda) | [facebook.com/emcdda](https://facebook.com/emcdda)

## | **Indice**

5	Prefazione
9	Introduzione e ringraziamenti
11	OSSERVAZIONI <b>La situazione della droga in Europa nel 2017</b>
19	CAPITOLO 1 <b>L'offerta di droga e il mercato</b>
41	CAPITOLO 2 <b>Prevalenza e tendenze del consumo di droga</b>
61	CAPITOLO 3 <b>Danni correlati al consumo di droga e relative risposte</b>
83	ALLEGATO Tabelle di dati nazionali



## | Prefazione

Siamo estremamente lieti di presentare la *Relazione europea sulla droga 2017: tendenze e sviluppi*, la pubblicazione faro dell'EMCDDA, che fornisce i dati più recenti sulla situazione della droga in Europa e delle risposte alle relative problematiche. La relazione contiene un pacchetto di informazioni e di analisi ricco di contenuti e a diversi livelli, elaborato sulla base delle statistiche e dei dati più recenti forniti dai nostri partner nazionali.

La relazione del 2017 è accompagnata da una nuova serie di panoramiche nazionali, sotto forma di 30 relazioni nazionali sulla droga, che presentano sintesi accessibili online delle tendenze e degli sviluppi nazionali a livello di politiche e pratiche in materia di droga osservati nei paesi europei.

La pubblicazione, oltre a fornire un aggiornamento annuale del fenomeno della droga in Europa, fa tesoro anche della *Relazione sui mercati della droga nell'UE*, un documento con validità triennale pubblicato nel 2016. Più avanti nel corso dell'anno la relazione sarà inoltre integrata con la prima relazione a livello di UE dedicata agli interventi in ambito sanitario e sociale in risposta al fenomeno della droga.

All'EMCDDA abbiamo il compito di raccogliere dati e garantire che siano adeguati allo scopo. A tal fine ci adoperiamo per fornire le migliori prove disponibili e contribuire a realizzare la nostra visione di un'Europa più sana e sicura. La nostra ambizione è che la relazione, quale panoramica e analisi di alto livello delle tendenze e degli sviluppi correlati alle droghe, possa essere un utile strumento per i responsabili delle politiche e della pianificazione, europei e nazionali, che desiderano fondare le proprie strategie e interventi sulle più recenti informazioni disponibili. In conformità all'obiettivo di offrire servizi di elevata qualità alle nostre parti interessate, la presente relazione permetterà di accedere a dati che possono essere usati per una molteplicità di scopi, vale a dire come informazioni di riferimento e di follow-up per le valutazioni delle politiche e dei servizi, per fornire un contesto e concorrere a definire le priorità per la pianificazione strategica, per operare confronti tra situazioni e insiemi di dati nazionali e per mettere in luce le minacce e le criticità emergenti.

La relazione di quest'anno evidenzia alcuni cambiamenti potenzialmente preoccupanti osservati sul mercato degli oppiacei illeciti, sostanze che continuano a essere associate a



un elevato livello di morbilità e mortalità in Europa. Si rileva un incremento generale dei decessi per overdose correlati agli oppiacei a cui si aggiungono le crescenti segnalazioni di problemi legati ai farmaci sostitutivi di tali sostanze e ai nuovi oppiacei sintetici. La risposta dell'Europa al problema delle sostanze stupefacenti deve andare di pari passo con l'incessante evolversi del fenomeno. Il quadro per un'azione concertata descritto nella strategia europea in materia di droga 2013-2020 consente di andare in questa direzione. La Commissione europea ha proposto un nuovo piano d'azione sulle droghe per il periodo 2017-2020, che attualmente è in fase di discussione da parte del Parlamento europeo e del Consiglio. Il piano tiene conto dei risultati della valutazione intermedia dell'attuale strategia dell'UE in materia di droga e della valutazione finale del piano d'azione 2013-2017. Le attività dell'EMCDDA a sostegno dell'elaborazione di politiche in materia di droga basate su dati comprovati in Europa sono descritte in questi documenti politici fondamentali.

Per finire desideriamo ringraziare i colleghi della rete Reitox dei punti focali nazionali, i quali, in collaborazione con gli esperti nazionali, forniscono la maggior parte dei dati sottesi alla presente pubblicazione. Siamo inoltre riconoscenti ai numerosi gruppi di ricerca europei per il loro contributo, senza il quale quest'analisi sarebbe stata di gran lunga meno ricca di contenuto. La relazione si avvale infine della collaborazione costante dei nostri partner europei: la Commissione europea, l'Europol, l'Agenzia europea per i medicinali e il Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie.

**Laura d'Arrigo**

Presidente del Consiglio di amministrazione dell'EMCDDA

**Alexis Goosdeel**

Direttore dell'EMCDDA







## Introduzione e ringraziamenti

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

Il suo obiettivo è fornire una panoramica e una sintesi della situazione europea nell'ambito della droga e delle relative risposte. I dati statistici riportati si riferiscono al 2015 (o comunque all'ultimo anno per il quale vi sono dati disponibili). L'analisi delle tendenze si basa solo su quei paesi che forniscono una quantità di dati sufficiente a descrivere i cambiamenti avvenuti durante il periodo specificato. La significatività statistica è testata al livello 0,05, salvo diversamente indicato. Inoltre, il lettore deve tenere presente che monitorare i modelli e le tendenze di un comportamento nascosto e stigmatizzato come il consumo di droghe è un compito impegnativo, dal punto di vista pratico e metodologico. Perciò, ai fini dell'analisi, nella presente relazione si è fatto ricorso a svariate fonti di dati. Benché si possano notare miglioramenti considerevoli, sia a livello nazionale sia per quanto riguarda i possibili risultati derivanti da un'analisi di portata europea, bisogna riconoscere le difficoltà metodologiche di questo settore. Occorre pertanto cautela nell'interpretazione dei dati, soprattutto quando si mettono a confronto i paesi in merito a una singola misura. Le avvertenze relative ai dati e le caratteristiche degli stessi si possono reperire nella versione online della presente relazione e nel [bollettino statistico](#), che contiene informazioni dettagliate su metodologia, caratteristiche dell'analisi e osservazioni sui limiti delle informazioni disponibili. Sono presenti inoltre informazioni sui metodi e sui dati impiegati per le stime a livello europeo, dove è possibile che siano state effettuate interpolazioni.

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

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

### Punti focali nazionali Reitox

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

# Osservazioni

**I problemi connessi alla droga  
in Europa**

# La situazione della droga in Europa nel 2017

La presente relazione offre un'istantanea della situazione delle droghe in Europa sulla base delle informazioni più recenti ottenute dalle attività di monitoraggio dell'UE. Si compone principalmente di una panoramica del mercato della droga, del consumo di sostanze stupefacenti e delle relative risposte a livello europeo. La integrano 30 relazioni nazionali complementari, un'ampia mole di dati online e informazioni di carattere metodologico.

La presente sezione introduttiva riporta brevi osservazioni analitiche su alcuni dei temi chiave emersi dai dati di quest'anno. Poiché sui problemi che l'Europa si trova ad affrontare in materia

di droga incidono sempre più gli sviluppi a livello internazionale, con i quali interagiscono, l'analisi acquista maggior valore se inserita in un più ampio contesto globale. Per due temi rilevanti, vale a dire il consumo di cannabis tra i giovani e i cambiamenti osservati nel mercato degli oppiacei, l'attuale situazione europea e la sua evoluzione sono confrontate e contrapposte con quelle dell'America settentrionale, desumendone similitudini e differenze significative.

## Gli sviluppi della politica internazionale in materia di cannabis hanno qualche implicazione per l'Europa?

I recenti cambiamenti nel quadro normativo concernente la cannabis registrati in alcune regioni del continente americano hanno suscitato l'interesse dei responsabili politici e dell'opinione pubblica in Europa. Data la natura piuttosto diversificata di tali sviluppi, bisognerà attendere che siano disponibili valutazioni fondate prima di poter giudicare i relativi costi e benefici dei differenti approcci in materia di cannabis. Inoltre, resta da vedere in quale misura gli sviluppi in atto in altre parti del mondo siano direttamente trasferibili al contesto europeo.

In seno ai 28 Stati membri dell'Unione europea si rilevano atteggiamenti notevolmente diversi nei confronti della regolamentazione della cannabis e del relativo consumo, con approcci che spaziano da modelli restrittivi fino alla tolleranza di talune forme di consumo per uso personale. Ciò nondimeno è attualmente in corso un acceso dibattito che sta suscitando crescente interesse in alcuni paesi, vertente su questioni quali l'autorizzazione della produzione di cannabis per uso personale e l'utilizzo della cannabis per il trattamento di affezioni mediche.

A prescindere da eventuali effetti più ampi sulle politiche in materia di droga, l'esistenza di un mercato della cannabis regolamentato in termini commerciali in taluni paesi extra-europei sta stimolando l'innovazione e lo sviluppo di prodotti quali vaporizzatori, liquidi per sigarette elettroniche e prodotti commestibili. È possibile che alcuni di tali sviluppi abbiano ripercussioni sui modelli di consumo in Europa, il che ribadisce l'importanza di monitorare i comportamenti in questo settore e la necessità di valutare le potenziali implicazioni per la salute derivanti da qualsiasi cambiamento nei futuri modelli di consumo.

Il mercato europeo della cannabis è già notevolmente cambiato negli ultimi anni, in parte per effetto di uno spostamento verso una produzione maggiormente interna. Continuano a osservarsi i livelli storicamente elevati degli ultimi anni in termini di potenza della resina e delle foglie di cannabis disponibili in Europa. La cannabis continua inoltre a essere associata a problemi di salute, essendo responsabile di gran parte delle segnalazioni di pazienti che si sottopongono per la prima volta a trattamento della tossicodipendenza in Europa. Per tutte queste ragioni, comprendere le tendenze del consumo di cannabis e i relativi danni è importante ai fini del dibattito su quali siano le risposte strategiche più appropriate a tale sostanza.

## Confronto dei comportamenti relativi al consumo di sostanze tra studenti dell'UE e degli USA

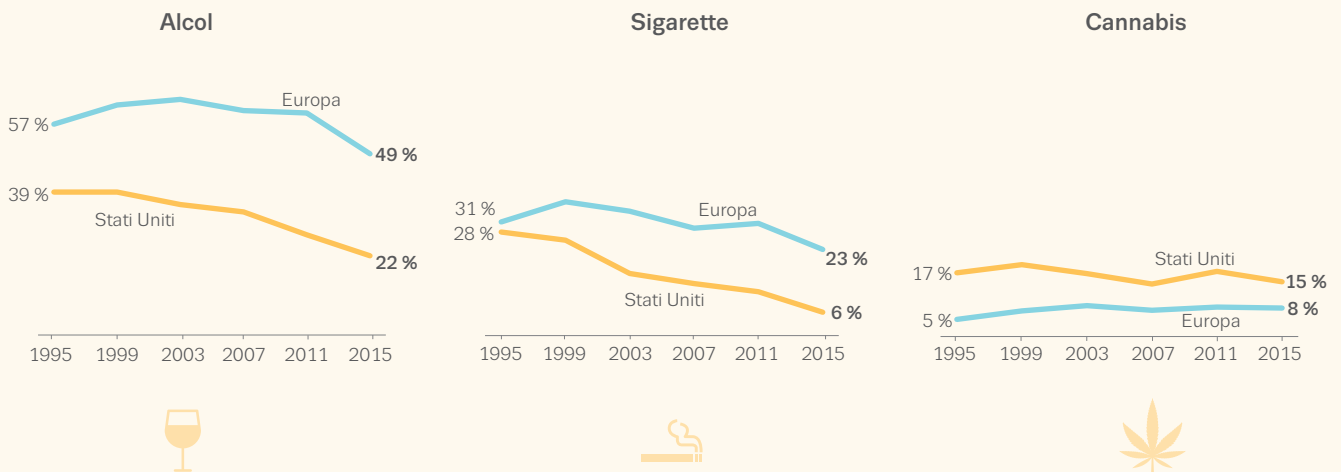
A questo riguardo risulta utile la pubblicazione, nel 2016, di due nuove importanti indagini tra studenti (di età pari a circa 15-16 anni), in quanto consente di fare paragoni tra i modelli di consumo della cannabis e di altre sostanze tra studenti europei e americani. È incoraggiante che in entrambe le regioni i dati più recenti mostrino un calo del consumo di tabacco e, anche se in misura minore, di alcol; le tendenze riferite al consumo di cannabis sembrano invece mantenersi su livelli più stabili. Tuttavia, tra gli studenti europei e americani esistono notevoli differenze per quanto riguarda i livelli e i modelli di consumo di tali sostanze.

In Europa, dove i valori del consumo di cannabis sono inferiori rispetto a quelli rilevati negli Stati Uniti, il consumo di cannabis è segnalato meno frequentemente di quello del tabacco. Per contro, gli studenti statunitensi consumano più cannabis che tabacco, il cui consumo è molto limitato. Si registrano differenze anche nei livelli del consumo di alcol, riferito da un maggior numero di studenti europei, anche con maggiore intensità rispetto ai propri coetanei americani.

Per esaminare l'influsso relativo dei fattori sociali, contestuali e normativi sulle scelte fatte dai giovani, occorre condurre un'analisi più approfondita delle similitudini e differenze nel loro consumo di sostanze. Se si scoprisse, per esempio, che cosa ha determinato il calo nel fumo di sigarette osservato sia negli Stati Uniti che in Europa, ciò potrebbe offrire spunti per affrontare il problema del consumo di altre sostanze come la cannabis. Non si deve inoltre dimenticare che esistono differenze anche nelle modalità di assunzione delle sostanze. In Europa, per esempio, diversamente dagli Stati Uniti, la cannabis è spesso fumata in combinazione con il tabacco, cosa che avrà probabili implicazioni per le politiche in materia di sanità pubblica.

**È importante comprendere  
le tendenze nell'uso della  
cannabis e i danni correlati**

## CONSUMO DI SOSTANZE TRA GLI STUDENTI IN EUROPA E NEGLI STATI UNITI



NB: Tendenze del consumo di sostanze nell'ultimo mese tra studenti quindicenni e sedicenni in Europa e negli Stati Uniti. Le medie europee (non ponderate) si basano sui dati forniti da 21 paesi dell'UE e dalla Norvegia (fonte: ESPAD). Le medie statunitensi si basano su campioni di studenti della decima classe (fonte: Monitoring the Future).

### Il mercato europeo degli stimolanti: la disponibilità di cocaina è in aumento?

Le sostanze stimolanti illecite maggiormente diffuse in Europa, vale a dire cocaina, MDMA e amfetamine, continuano a essere associate a vari modelli di consumo, differenziati anche sul piano geografico, con livelli di purezza segnalati superiori rispetto a dieci anni fa. Questo settore del mercato delle sostanze illecite è diventato ancor più complesso, in considerazione della pronta disponibilità di nuovi stimolanti quali catinoni e fenetilamine. La relazione dello scorso anno poneva in evidenza aumenti in termini di disponibilità e consumo di compresse di MDMA ad alto dosaggio, una tendenza questa che risulta confermata anche dai dati più recenti. L'elevato contenuto di MDMA rinvenuto al giorno d'oggi nelle compresse sequestrate sembrerebbe suggerire che i produttori non abbiano alcuna difficoltà ad acquistare i precursori chimici necessari per fabbricare la sostanza. I dati relativi ai sequestri indicano inoltre che l'Europa rimane un produttore importante per il mercato globale dell'MDMA.

Diversi indicatori, tra cui il monitoraggio delle acque reflue, i sequestri e i dati concernenti prezzi e purezza, fanno pensare che la disponibilità di cocaina potrebbe essere ancora una volta in crescita in talune parti d'Europa. La cocaina è storicamente lo stimolante illecito più consumato in vari paesi, soprattutto nell'Europa meridionale e occidentale. Lo confermano i nuovi dati qui riportati, che mostrano un aumento dei sequestri lungo le rotte di traffico consolidate di questa sostanza verso i principali mercati europei. Per contro, nell'Europa settentrionale e centrale, l'amfetamina e, in misura minore, la metamfetamina svolgono un ruolo più significativo nel mercato della droga rispetto alla cocaina. Per quanto riguarda le amfetamine, alcune tendenze già segnalate in

passato continuano a destare preoccupazione. Fra queste si annoverano le variazioni nella disponibilità di precursori e nei procedimenti di sintesi, l'espansione del mercato della metamfetamina e alcuni elementi che confermerebbero livelli crescenti di assunzione per via parenterale e dei danni correlati.

### L'assunzione per via parenterale è in calo ma rimane una sfida per le politiche in materia di sanità pubblica

Le informazioni desunte dalle varie forme di trattamento della tossicodipendenza e da altre fonti indicano che la tendenza generale a lungo termine nell'assunzione di tali sostanze per via parenterale si mantiene in calo. Per esempio, tra i consumatori di eroina che per la prima volta nella vita si sottopongono a trattamento specialistico della tossicodipendenza, le segnalazioni di assunzione per via parenterale sono ora ai livelli minimi toccati nell'ultimo decennio, pur essendovi notevoli differenze da paese a paese. Alcuni degli indicatori di danni alla salute associati a tale via di somministrazione, in particolare i tassi di nuove diagnosi di HIV imputabili al consumo di sostanze iniettabili, hanno evidenziato una parallela flessione. Ciò non significa tuttavia che non ci sia più da preoccuparsi. Sebbene siano state il valore più basso da più di vent'anni a questa parte, le 1 233 nuove infezioni da HIV segnalate nel 2016 rappresentano comunque un serio problema di sanità pubblica. A ciò si aggiungono i recenti focolai in alcune popolazioni vulnerabili e tra i consumatori che assumono stimolanti e nuove sostanze psicoattive per via parenterale.

Vi sono inoltre riscontri oggettivi del fatto che, rispetto ad altri gruppi, le infezioni trasmissibili per via ematica sono spesso diagnosticate relativamente tardi tra i consumatori

di droga per via parenterale, cosa che riduce le possibilità di un intervento efficace. La diagnosi tardiva è un elemento importante anche nell'infezione da virus dell'epatite C, che si riscontra spesso in percentuali elevate tra i consumatori di droghe iniettabili. Negli ultimi anni, le possibilità di trattamento dell'epatite virale sono enormemente migliorate grazie all'avvento di una nuova generazione di farmaci altamente efficaci. Il debellamento di questa malattia può ora essere visto come un'opportunità, oltre che una sfida, per gli operatori sanitari generici come anche per i servizi specializzati.

### La natura mutevole del problema degli oppiacei

Il confronto con gli sviluppi in America settentrionale è utile anche ai fini di un'analisi del problema del consumo di oppiacei in Europa. Un esame dei dati contenuti nella presente relazione suggerisce che, nonostante la situazione complessiva nell'UE rimanga diversa, si possono pur sempre tracciare alcuni parallelismi.

I dati più recenti indicano che il consumo di eroina rappresenta ancora la percentuale maggiore (circa l'80 %) delle nuove richieste di trattamento associate agli oppiacei in Europa. Si è inoltre interrotta la tendenza generale alla diminuzione delle richieste di trattamento associate all'eroina, in atto dal 2007. Particolarmente preoccupanti sono le crescenti previsioni europee relative ai decessi per overdose, che sono aumentati per il terzo anno consecutivo, con l'eroina che ha avuto una parte in molti di tali casi.

Anche in America settentrionale si sono registrati numerosi casi di morbilità e mortalità associati all'abuso di oppiacei soggetti all'obbligo di ricetta medica, livelli in crescita nel consumo di eroina e, più recentemente, la disponibilità di oppiacei sintetici estremamente potenti, tra cui in particolare i derivati del fentanil. Una differenza tra le due regioni è che in Europa pochissimi pazienti che si sottopongono a trattamento specialistico lo fanno a causa di una dipendenza da antidolorifici oppiacei. Ciò è probabilmente dovuto ai diversi quadri normativi e approcci in materia di commercializzazione e prescrizione vigenti in Europa e in America settentrionale. Tuttavia, non si può escludere che le cifre dichiarate siano sottostimate, in quanto gli europei con problemi di dipendenza da medicinali con obbligo di ricetta medica potrebbero rivolgersi a servizi diversi da quelli a cui ricorrono i consumatori di droghe illecite. I medicinali usati per le terapie sostitutive per la dipendenza da oppiacei, tuttavia, svolgono ora un ruolo più importante in termini di richieste di trattamento e danni alla salute in vari paesi europei. Nel complesso, gli oppiacei diversi dall'eroina rappresentano

circa un quinto di tutte le richieste pervenute ai servizi specializzati per la cura della dipendenza da queste sostanze. Sebbene il ruolo svolto da oppiacei sintetici come il metadone nei decessi per overdose sia difficile da quantificare a livello di UE, tali sostanze rivestono ora una certa importanza in molti paesi e in alcuni sono addirittura predominanti. Ridurre l'abuso dei medicinali, inclusi quelli usati nella terapia sostitutiva per la dipendenza da oppiacei, rappresenta sempre più una sfida per molti operatori sanitari europei. Vi sono solidi elementi a supporto di un impiego appropriato dei medicinali usati per tali terapie, che si sono rivelati utili nel ridurre la morbilità, la mortalità e i reati tra coloro ai quali vengono somministrati. Una buona prassi clinica, associata alla consapevolezza di come gli oppiacei con obbligo di ricetta medica siano dirottati dal loro uso legittimo e del modo in cui tale problema possa essere arginato, è dunque importante per evitare che siano compromessi i chiari benefici per la salute derivanti da tale approccio terapeutico.

### Oppiacei sintetici estremamente potenti: una crescente minaccia per la salute

Sia in Europa che in America settentrionale sta destando grandi preoccupazioni la recente comparsa di nuovi oppiacei sintetici estremamente potenti, per la maggior parte derivati del fentanil. Dal 2012 il sistema di allerta rapido dell'UE sta ricevendo un numero crescente di segnalazioni di tali sostanze e dei danni da esse causati. Si tratta di sostanze che vengono vendute online, ma anche sul mercato illegale, talvolta come eroina, altre sostanze illecite e persino farmaci contraffatti, o mischiate ad essi. Gli oppiacei sintetici estremamente potenti comportano gravi rischi per la salute, non solo per chi li assume ma anche per le persone coinvolte nella loro produzione nonché per i lavoratori dei servizi postali e i funzionari di polizia. Poiché bastano piccoli volumi per produrre molte migliaia di dosi, queste sostanze sono facili da nascondere e da trasportare, il che pone notevoli difficoltà per le agenzie antidroga. Nel contempo, rappresentano un prodotto potenzialmente interessante e redditizio per la criminalità organizzata.

**Gli oppioidi sintetici  
estremamente potenti  
comportano gravi rischi  
per la salute**



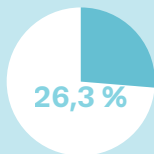
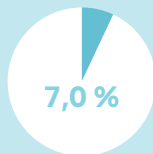
IN BREVE — STIME DEL CONSUMO DI DROGHE NELL'UNIONE EUROPEA

### Cannabis



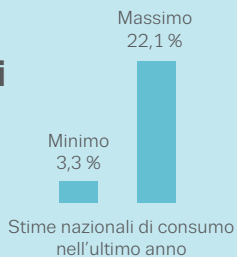
Adulti  
(15-64)

**Consumo**  
Nell'ultimo anno: **23,5 milioni**  
Nell'arco della vita: **87,7 milioni**



Giovani adulti  
(15-34)

Nell'ultimo anno  
**17,1 milioni**

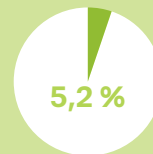
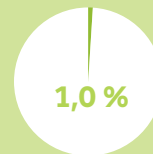


### Cocaina



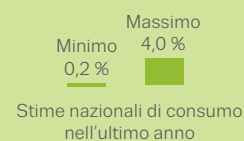
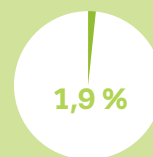
Adulti  
(15-64)

**Consumo**  
Nell'ultimo anno: **3,5 milioni**  
Nell'arco della vita: **17,5 milioni**



Giovani adulti  
(15-34)

Nell'ultimo anno  
**2,3 milioni**

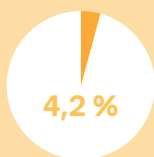
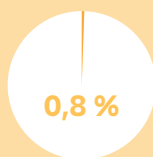


### MDMA



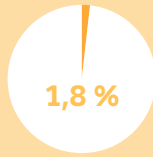
Adulti  
(15-64)

**Consumo**  
Nell'ultimo anno: **2,7 milioni**  
Nell'arco della vita: **14,0 milioni**



Giovani adulti  
(15-34)

Nell'ultimo anno  
**2,3 milioni**

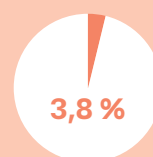
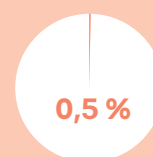


### Amfetamine



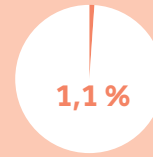
Adulti  
(15-64)

**Consumo**  
Nell'ultimo anno: **1,8 milioni**  
Nell'arco della vita: **12,5 milioni**



Giovani adulti  
(15-34)

Nell'ultimo anno  
**1,3 milioni**

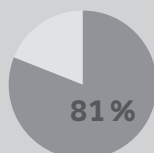


### Oppiacei



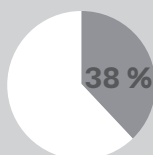
Consumatori di oppiacei ad alto rischio  
**1,3 milioni**

Casi di overdose mortali



Richieste di trattamento della tossicodipendenza

Principale sostanza stupefacente nel 38 % circa delle richieste di trattamento della tossicodipendenza nell'Unione europea

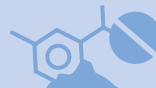


Gli oppiacei sono rinvenuti nell'81 % dei casi di overdose mortali

**630 000**

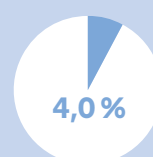
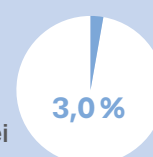
consumatori di oppiacei si sono sottoposti alla terapia sostitutiva nel 2015

### Nuove sostanze psicoattive



Studenti dai 15 ai 16 anni in 24 paesi europei

**Consumo**  
Nell'ultimo anno: **3,0 milioni**  
Nell'arco della vita: **4,0 milioni**



Fonte: Relazione ESPAD 2015 (tabelle supplementari)

NB: per la serie completa di dati e informazioni sulla metodologia seguita cfr. il bollettino statistico online.

In Europa i problemi legati agli oppiacei sintetici estremamente potenti sembrano essere in aumento, come indicano le crescenti segnalazioni di intossicazioni non letali e decessi pervenute al sistema di allerta rapido. All'inizio del 2017, l'EMCDDA ha condotto esercizi di valutazione dei rischi sui derivati del fentanil, l'acrilioilfentanil e il furanilfentanil. Si sta valutando se sottoporre tali sostanze a controlli a livello europeo nonché passando al vaglio diverse altre sostanze rientranti in questa categoria.

### Il volto mutevole delle nuove sostanze psicoattive

L'analisi di quest'anno suggerisce che, sebbene le risposte in Europa e in altre parti del mondo possano influire sulla comparsa di nuove sostanze, il fenomeno delle nuove sostanze psicoattive continua a rappresentare una grossa sfida per la sanità pubblica. Benché nel 2016 siano pervenute al sistema di allerta rapido dell'UE segnalazioni di nuove sostanze al ritmo di una alla settimana, la cifra complessiva delle nuove sostanze scoperte è stata inferiore rispetto agli anni precedenti. Se tale flessione dovesse continuare, si tratterebbe di un segnale positivo. Tuttavia, vi sono anche altri dati meno incoraggianti che non sembrano puntare in direzione di un calo della disponibilità generale di nuove sostanze psicoattive. Inoltre, anche se il ritmo al quale vengono introdotte nuove sostanze sta rallentando, il numero complessivo delle sostanze disponibili sul mercato continua pur sempre a crescere. Vi sono poi segnali che alcune classi di nuove sostanze psicoattive, in particolare i catinoni sintetici e i cannabinoidi sintetici, stanno prendendo sempre più piede nel mercato delle sostanze stupefacenti.

Sono diversi i motivi che spiegano un possibile rallentamento nella comparsa di nuove sostanze sul mercato. Alcuni paesi europei hanno introdotto divieti assoluti, legislazioni in materia di farmaci generici e analoghi nonché altri provvedimenti indirizzati ai produttori e distributori di nuove sostanze psicoattive. Ciò ha creato un contesto giuridico maggiormente restrittivo, nel quale i produttori potrebbero sentirsi meno incentivati a ingaggiare con le autorità di regolamentazione un «gioco al gatto e al topo» in cui l'innovazione viene usata per stare sempre un passo avanti rispetto ai controlli previsti dalla legge.

Inoltre, gran parte delle forniture di nuove sostanze psicoattive che giungono in Europa proviene dalla Cina ed è possibile che i nuovi controlli introdotti in tale paese abbiano avuto un qualche impatto sulla disponibilità nell'Unione europea.

In determinate parti d'Europa, le misure di controllo mirate alla vendita in negozi sembrano aver inciso sulla disponibilità delle nuove sostanze psicoattive. Le vendite di tali sostanze sono quindi passate al canale clandestino, con l'accesso online e il mercato illegale che rivestono oggi un ruolo più importante rispetto al passato. In tale contesto, lo status giuridico delle nuove sostanze, soprattutto se vendute unitamente a sostanze illecite, potrebbe perdere rilevanza e, di riflesso, costituire un incentivo meno efficace all'innovazione del prodotto.

### Nuove sostanze psicoattive: sostanze intossicanti a basso costo per tossicodipendenti cronici o emarginati

Anche l'atteggiamento negativo dei consumatori potrebbe aver influito sulla domanda di nuove sostanze psicoattive. Sembra infatti che le misure di prevenzione e riduzione dei danni e la segnalazione degli effetti avversi abbiano influenzato la percezione dei giovani secondo cui le nuove sostanze sarebbero alternative legali relativamente sicure alle sostanze illecite tradizionali. Nonostante questo, però, nelle popolazioni di consumatori più cronici ed emarginati vi sono prove oggettive di un aumento della disponibilità e del consumo di tali sostanze.

Il consumo problematico di nuove sostanze psicoattive sta diventando sempre più evidente in taluni contesti e tra alcune popolazioni vulnerabili. Per esempio, il consumo di catinoni per via parenterale tra i consumatori attuali e passati di oppiacei è stato collegato a un aumento dei problemi di salute fisica e mentale.

Anche i cannabinoidi sintetici costituiscono una crescente preoccupazione. Nonostante alcune analogie sotto il profilo farmacologico, tali sostanze non vanno tuttavia confuse con i prodotti a base di cannabis. I cannabinoidi sintetici sono spesso sostanze estremamente potenti, che possono avere conseguenze gravi e potenzialmente letali. Vi sono elementi a sostegno del fatto che in alcune parti d'Europa i cannabinoidi sintetici sono assunti al giorno d'oggi come sostanze intossicanti potenti e a basso costo da gruppi emarginati quali i senzatetto. Le difficoltà d'individuazione indicano che tali sostanze sono diventate un serio problema in alcune carceri europee, con gravi implicazioni per la salute e la sicurezza dei detenuti.



# 1

**Il mercato europeo delle droghe  
è in continua evoluzione**

# L'offerta di droga e il mercato

Nel contesto globale, l'Europa è un mercato importante per le droghe, rifornito con sostanze sia prodotte internamente sia importate illecitamente da altre regioni. America meridionale, Asia occidentale e Africa settentrionale sono importanti aree di approvvigionamento delle sostanze illecite che giungono in Europa, mentre la Cina è il paese di approvvigionamento delle nuove sostanze psicoattive. Oltre a fungere da punto di transito per alcuni stupefacenti e precursori diretti verso altri continenti, l'Europa è anche una regione produttrice di cannabis e droghe sintetiche, dove la maggior parte della cannabis prodotta è destinata al consumo locale, mentre alcune droghe sintetiche sono prodotte per poi essere esportate in altre parti del mondo.

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

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

L'analisi riportata nel presente capitolo si basa su dati trasmessi riguardanti sequestri di droga, sequestri e blocchi di spedizioni di precursori di droghe, impianti di produzione smantellati, leggi sulle sostanze stupefacenti e relative violazioni, prezzi al dettaglio, purezza e potenza delle droghe. In alcuni casi, l'assenza di dati relativi ai sequestri in paesi chiave rende difficile l'analisi delle tendenze. Queste possono infatti essere influenzate da tutta una serie di fattori, tra cui le preferenze dei consumatori, i cambiamenti nella produzione e nei metodi di traffico, i livelli di attività degli organismi preposti all'applicazione della legge e l'efficacia dei provvedimenti d'interdizione. Nella versione online del [bollettino statistico](#) è possibile trovare dati esaustivi e ampie note metodologiche.

Il capitolo riporta inoltre dati sulle notifiche e sui sequestri delle nuove sostanze psicoattive comunicati al sistema di allerta rapido dell'UE dai partner nazionali dell'EMCDDA e dell'Europol. Poiché queste informazioni sono tratte da segnalazioni di casi anziché da regolari sistemi di monitoraggio, le stime sui sequestri rappresentano una statistica minima. Una descrizione esaustiva del sistema di allerta rapido si può reperire sul sito web dell'EMCDDA, alla pagina [Action on new drugs](#) (azione nel campo delle nuove droghe).

## Mercati delle droghe: l'affermarsi della fornitura su Internet

I mercati delle sostanze illecite mettono in contatto i consumatori con i produttori attraverso catene di intermediari. Tali sistemi complessi generano ingenti

somme di denaro a tutti i livelli del mercato. Secondo una stima conservativa, nel 2013 il valore del mercato al dettaglio delle sostanze illecite nell'Unione europea era di 24 miliardi di EUR (intervallo probabile: 21-31 miliardi di EUR).

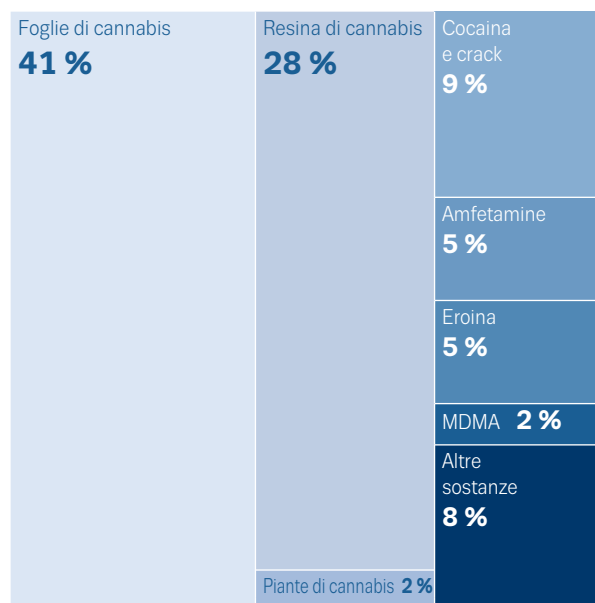
Nell'ultimo decennio si è assistito allo sviluppo di mercati online, favoriti dall'emergere di nuove tecnologie basate su Internet, che esistono parallelamente al mercato fisico delle droghe. Alcuni venditori online utilizzano il web di superficie, su cui solitamente si vendono al dettaglio precursori chimici non controllati e nuove sostanze o medicinali psicoattivi, che possono essere falsificati e contraffatti, mentre altri operano nel *deep web* (web profondo), attraverso mercati della rete oscura sostenuti da tecnologie che occultano le identità di acquirente e venditore. In questi mercati, che condividono alcune caratteristiche con siti legittimi come eBay e Amazon, i clienti possono cercare e confrontare prodotti e venditori. Per occultare sia le transazioni che la collocazione fisica dei server sono messe in atto varie strategie, utilizzando ad esempio servizi di anonimizzazione come Tor e I2P, che nascondono l'indirizzo di protocollo Internet di un computer, e criptovalute come Bitcoin e Litecoin per effettuare pagamenti relativamente non tracciabili, nonché sistemi di comunicazione cifrata tra i soggetti attivi sul mercato. Anche i sistemi di passaparola svolgono un ruolo importante nella determinazione dei venditori presenti sui mercati.

La maggior parte delle vendite sui mercati della rete oscura è connessa alle droghe. Uno studio recente su 16 importanti mercati della rete oscura tra il 2011 e il 2015 ha stimato che le vendite di sostanze stupefacenti fossero all'origine di oltre il 90 % delle entrate economiche complessive di tali mercati su scala globale. Secondo le segnalazioni, quasi la metà (46 %) di tutte le vendite di droghe sulla rete oscura proveniva da venditori con sede in Europa, per un volume d'affari stimato a 80 milioni di EUR nel periodo oggetto dello studio. I principali paesi europei di provenienza, per volumi di vendita, erano Germania, Paesi Bassi e Regno Unito; gli stimolanti, in particolare MDMA e cocaina, costituivano la quota più ampia di ricavi dalle vendite.

**Gran parte delle vendite  
nei mercati della rete oscura  
è connessa alle droghe**

FIGURA 1.1

Numero di sequestri di stupefacenti segnalati, ripartito per sostanze (2015)



### Sequestri di droga: più di un milione in Europa

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

La cannabis, oggetto di oltre il 70 % dei sequestri effettuati in Europa (figura 1.1), è la sostanza confiscata con maggiore frequenza. La cocaina occupa il secondo posto in assoluto (9 %), seguita dalle amfetamine (5 %), dall'eroina (5 %) e dall'MDMA (2 %).

Nel 2015 oltre il 60 % di tutti i sequestri di sostanze stupefacenti effettuati nell'Unione europea è stato segnalato da tre soli paesi, la Spagna, la Francia e il Regno Unito, ma un numero di sequestri significativo è stato denunciato anche da Belgio, Danimarca, Germania, Grecia, Italia e Svezia. È inoltre opportuno rilevare che non sono disponibili dati recenti sul numero dei sequestri per i Paesi Bassi, la Polonia e la Finlandia. L'assenza di questi dati rende l'analisi più incerta.

L'elevato numero di sequestri di droga segnalato dalla Turchia è dovuto sia all'importanza del suo mercato di consumatori sia alla sua posizione sulle rotte di traffico tra l'Unione europea, il Medio Oriente e l'Asia.

### Recente calo nella quantità di sequestri della cannabis in foglie

Le foglie di cannabis (marijuana) e la resina di cannabis (hashish) sono i due prodotti principali a base di cannabis presenti sul mercato europeo della droga, mentre l'olio di cannabis è relativamente raro. I prodotti a base di cannabis rappresentano la quota più ampia (38 %) del mercato al dettaglio delle sostanze illecite in Europa, con un valore stimato di 9,3 miliardi di EUR (intervallo probabile: 8,4-12,9 miliardi di EUR). Le foglie di cannabis consumate in Europa sono sia coltivate internamente sia importate da altri paesi. Quelle prodotte in Europa sono coltivate prevalentemente al chiuso. Gran parte della resina di cannabis è importata, soprattutto dal Marocco. Segnalazioni recenti indicano un cambiamento nelle rotte di traffico della cannabis, con un aumento per foglie e olio di cannabis dai Balcani occidentali, in particolare

## CANNABIS

### Resina

Numero di sequestri

**288 000** UE

**303 000** UE + 2

Quantità sequestrate  
**536**  
tonnellate (UE)

**546**  
tonnellate (UE + 2)

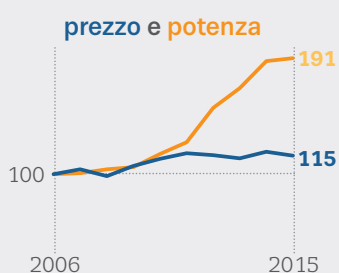
Prezzo (EUR/g)  
**25 €**

**11 €**  
**8 €**  
**3 €**

Potenza (% THC)  
**28 %**

**19 %**  
**11 %**  
**4 %**

Tendenze indicizzate: prezzo e potenza



### Foglie

Numero di sequestri

**404 000** UE

**438 000** UE + 2

Quantità sequestrate

**89**  
tonnellate (UE)

**135**  
tonnellate (UE + 2)

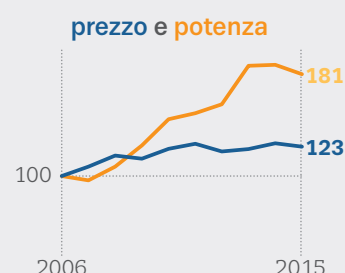
Prezzo (EUR/g)  
**20 €**

**12 €**  
**8 €**  
**5 €**

Potenza (% THC)  
**22 %**

**11 %**  
**7 %**  
**3 %**

Tendenze indicizzate: prezzo e potenza



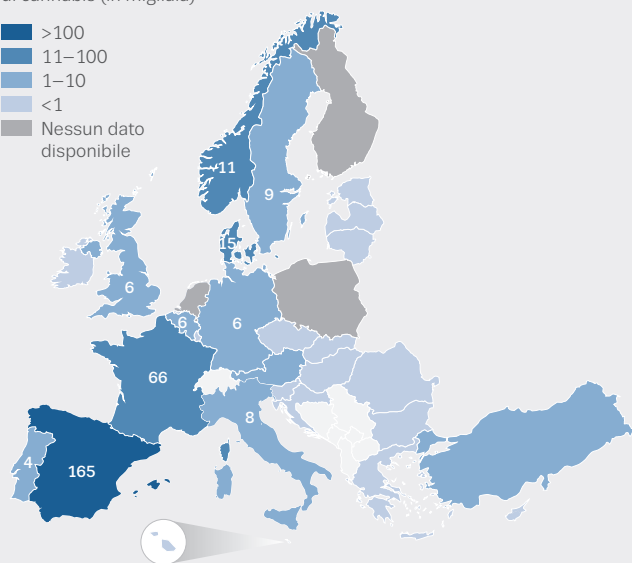
UE + 2 si riferisce a Stati membri dell'UE, Turchia e Norvegia. Prezzo e potenza dei prodotti a base di cannabis: valori medi nazionali – intervallo minimo, massimo e interquartile. I paesi contemplati nella statistica variano per indicatore.

FIGURA 1.2

Sequestri di resina e foglie di cannabis (2015 o nell'anno più recente)

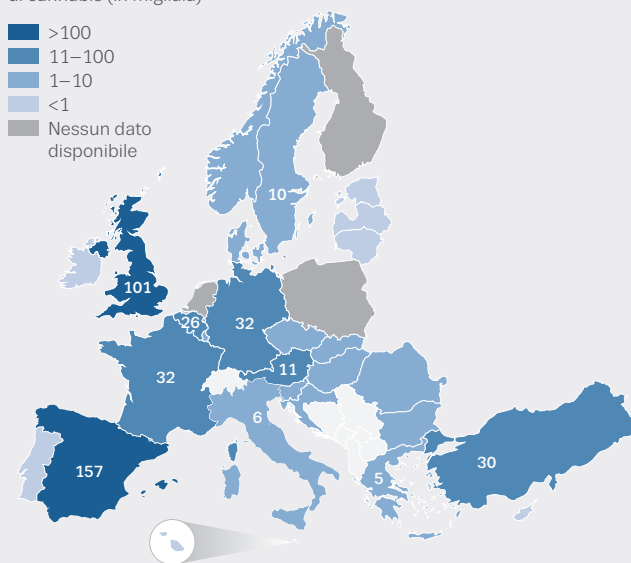
Numero di sequestri di resina di cannabis (in migliaia)

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



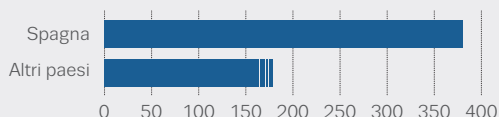
Numero di sequestri di foglie di cannabis (in migliaia)

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

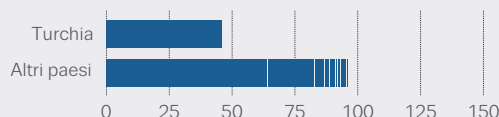


NB: numero di sequestri per i 10 paesi con i valori più alti.

Quantità di resina di cannabis sequestrata (in tonnellate)



Quantità di foglie di cannabis sequestrata (in tonnellate)



dall'Albania, per effetto dell'aumento della coltivazione di cannabis in tali paesi. Inoltre, vi sono prove oggettive che la Libia è diventata uno snodo importante per il traffico di resina verso varie destinazioni, tra cui l'Europa.

Nel 2015 sono stati segnalati nell'Unione europea 732 000 sequestri di prodotti a base di cannabis, di cui 404 000 riguardanti foglie, 288 000 relativi a resina e 19 000 riguardanti piante. La quantità di resina di cannabis sequestrata è però oltre sei volte più alta della quantità di foglie di cannabis (536 tonnellate contro 89 tonnellate). Questo dato si spiega in parte con il fatto che la resina di cannabis è trasportata in grandi quantità su lunghe distanze e attraverso i confini nazionali, il che la espone maggiormente a misure di interdizione. Nell'analisi della quantità di cannabis sequestrata, un numero ristretto di paesi assume un'importanza notevole perché si trova sulle principali rotte del relativo traffico. La Spagna, per esempio, in quanto punto di accesso principale per la resina di cannabis prodotta in Marocco, ha riferito oltre il 70 % della quantità totale sequestrata in Europa nel 2015 (figura 1.2).

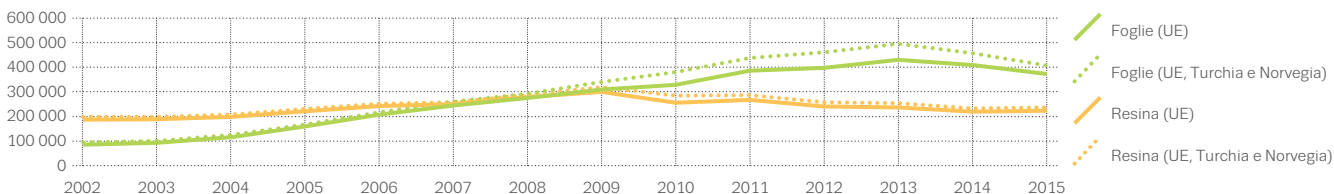
Dal 2009 il numero di sequestri di foglie di cannabis in Europa è superiore a quello dei sequestri di resina, con tendenze relativamente stabili nella quantità dei sequestri sia di resina che di foglie dal 2011 a oggi (figura 1.3). Nel 2015 è stato sequestrato in Europa un volume stimato di 135 tonnellate di foglie di cannabis, con un calo del 38 % rispetto alle 217 tonnellate sequestrate nel 2014. Flessioni significative si sono avute in Belgio, Grecia e Italia. Dal 2013 si rileva inoltre un analogo calo nella quantità di cannabis in foglie sequestrata in Turchia. Tale riduzione complessiva in Europa è imputabile a una serie di fattori tra cui, possibilmente, iniziative volte a contrastare la produzione su vasta scala in paesi al di fuori dell'Unione europea, come l'Albania; una maggiore concentrazione sulla coltivazione nazionale piuttosto che sul traffico; cambiamenti nella modalità di registrazione dei sequestri; mutate priorità degli organismi preposti all'applicazione della legge in alcuni paesi. Secondo i dati più recenti, la quantità di resina di cannabis sequestrata nell'Unione europea è rimasta relativamente stabile dal 2009.



FIGURA 1.3

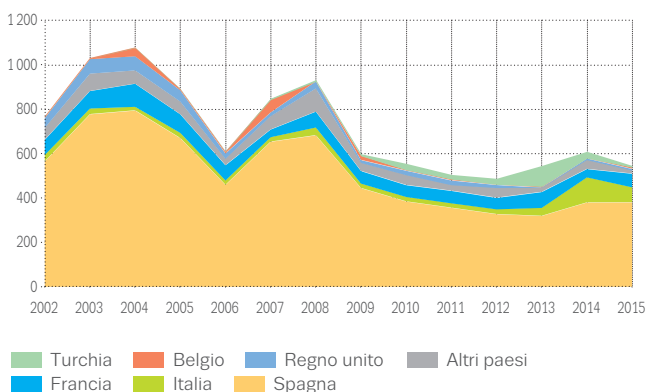
Tendenze nel numero di sequestri e nella quantità di cannabis sequestrata: resina e foglie

Numero di sequestri



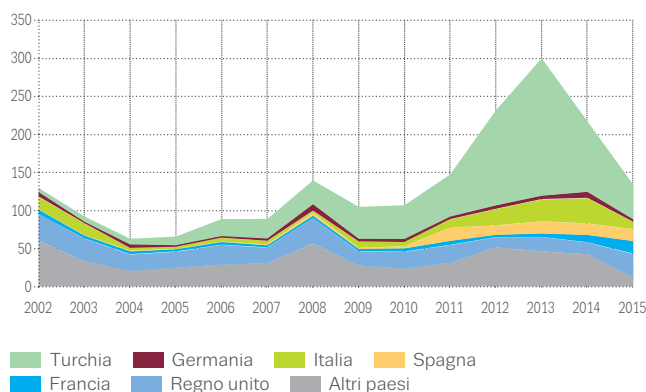
Resina

(in tonnellate)



Foglie

(in tonnellate)



I sequestri di piante di cannabis possono essere considerati un indicatore della produzione interna della sostanza in un determinato paese. A causa delle differenze di segnalazione tra i vari paesi, i dati sui sequestri di piante di cannabis vanno presi con cautela; nondimeno, il numero delle piante sequestrate ha evidenziato un incremento di lungo termine, da 1,5 milioni di piante nel 2002 a 3,3 milioni nel 2014, con un'impennata a 11,4 milioni di piante nel 2015, grazie al sensibile aumento nel numero di sequestri segnalato dai Paesi Bassi. Tale tendenza potrebbe essere il frutto di un cambiamento di priorità da parte degli organismi preposti all'applicazione della legge, che prendono ora maggiormente di mira la coltivazione di cannabis.

Nel 2015 sono stati segnalati 335 sequestri di olio di cannabis, in occasione dei quali Grecia e Turchia hanno registrato le quantità maggiori.

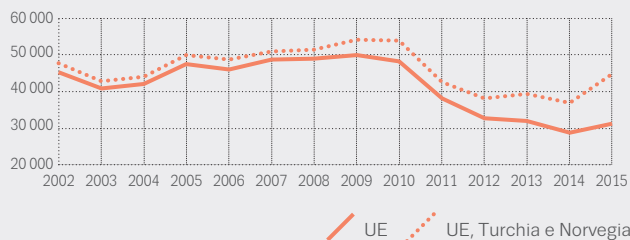
L'analisi delle tendenze indicate nei paesi che effettuano periodicamente segnalazioni evidenzia un forte aumento della potenza (contenuto di tetraidrocannabinolo, THC) delle foglie e della resina di cannabis tra il 2006 e il 2014, con una stabilizzazione nel 2015. Tra gli elementi che hanno determinato questo aumento si possono annoverare l'introduzione di tecniche di produzione intensiva in Europa e, più recentemente, di piante particolarmente potenti e di nuove tecniche in Marocco. I dati più recenti suggeriscono che resina e foglie hanno prezzi analoghi, laddove la resina presenta però mediamente una potenza superiore.

**Dal 2009, il numero di sequestri di cannabis in foglie in Europa è superiore a quello dei sequestri di resina**

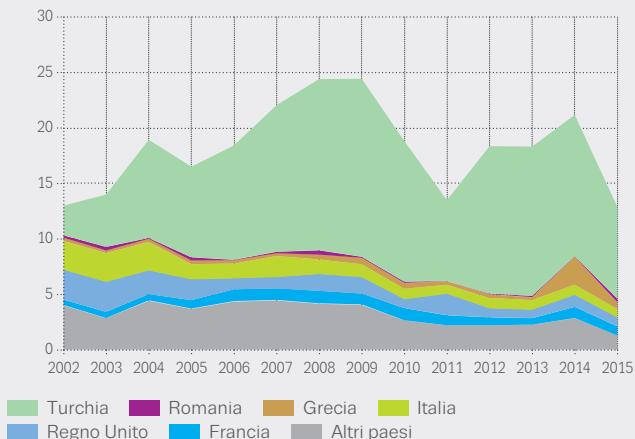
FIGURA 1.4

**Numero di sequestri di eroina e quantità sequestrata: tendenze e anno 2015 o più recente**

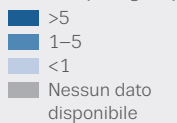
Numero di sequestri



Tonnellate

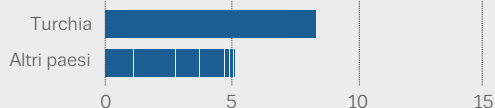


Numero di sequestri di eroina (in migliaia)



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

Quantità di eroina sequestrata (in tonnellate)



**Eraina: costante aumento della purezza**

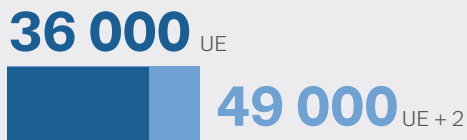
L'eraina è l'oppiaceo più diffuso sul mercato europeo degli stupefacenti, con un valore stimato delle vendite al dettaglio pari a 6,8 miliardi di EUR (intervallo probabile: 6,0-7,8 miliardi di EUR). Tradizionalmente, quella importata in Europa è di due tipi: il tipo più comune è l'eraina *brown* (forma chimica base), proveniente in prevalenza dall'Afghanistan; molto meno comune è l'eraina bianca (sotto forma di sali), che in passato proveniva dall'Asia sudorientale, ma adesso può anche essere prodotta in

Afghanistan o in paesi vicini. Fra gli altri oppiacei sequestrati in Europa nel 2015 dagli organismi preposti all'applicazione della legge figurano l'oppio e prodotti medicinali quali la morfina, il metadone, la buprenorfina, il tramadolo e il fentanil (tabella 1.1). Alcuni farmaci oppiacei possono essere dirottati da forniture farmaceutiche legittime, mentre altri, come i 27 kg di morfina in polvere sequestrati nel 2015, sono fabbricati illegalmente.

L'Afghanistan rimane il maggiore produttore illecito di oppio al mondo. Si ritiene che la maggior parte dell'eraina

**EROINA**

**Numero di sequestri**



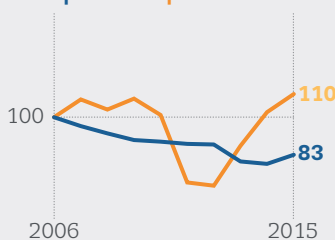
**Quantità sequestrate**



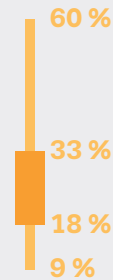
**Prezzo (EUR/g)**



**Tendenze indicizzate: prezzo e purezza**



**Purezza (%)**



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

che si trova in Europa sia fabbricata in quel paese o nei vicini Iran o Pakistan. Dagli anni Settanta, nell'Unione europea la produzione illecita di oppiacei si limita a derivati del papavero prodotti in alcuni paesi orientali su scala domestica. Tuttavia, la scoperta negli ultimi anni di due laboratori che trasformavano la morfina in eroina in Spagna e di uno nella Repubblica ceca suggerisce che una piccola quantità di eroina sia fabbricata in Europa.

L'eroina entra in Europa attraverso quattro rotte di traffico principali. Le due più importanti sono la «rotta dei Balcani» e la «rotta meridionale». La prima corre attraverso la Turchia e i paesi balcanici (Bulgaria, Romania o Albania) per poi giungere in Europa centrale, meridionale e occidentale. È anche emersa una diramazione della rotta dei Balcani che interessa la Siria e l'Iraq. Negli ultimi anni ha acquisito importanza la rotta meridionale, in cui le spedizioni dall'Iran e dal Pakistan entrano in Europa via mare o per via aerea, direttamente o transitando attraverso i paesi africani. Altre rotte comprendono la «rotta settentrionale» e una rotta che si sviluppa attraverso il Caucaso meridionale e il Mar Nero.

Dopo un decennio di relativa stabilità, nel 2010-2011 sui mercati di alcuni paesi europei si è registrata una ridotta disponibilità di eroina, come evidenzia il numero di sequestri segnalati di questa sostanza, che nell'Unione europea sono diminuiti dal 2009 al 2014, per poi stabilizzarsi nel 2015. Tra il 2002 e il 2013 la quantità di eroina sequestrata nell'Unione europea si è dimezzata, scendendo da 10 a 5 tonnellate. Dopo il sequestro di 8,4 tonnellate nel 2014, anno in cui alcuni paesi hanno

segnalato importanti sequestri di questa sostanza (100 kg e oltre), nel 2015 la quantità di eroina sequestrata in Europa (4,5 tonnellate) è tornata ai livelli registrati nei primi anni 2010. Dopo aver raggiunto all'incirca 13 tonnellate nel 2014, i sequestri di eroina in Turchia sono scesi a 8,3 tonnellate nel 2015, una cifra comunque superiore a quella di tutti gli altri paesi europei combinati, a fronte di un maggior numero di sequestri nello stesso periodo (figura 1.4). Presso quei paesi che segnalano regolarmente i dati, le tendenze indicizzate suggeriscono che nel 2015 la purezza dell'eroina in Europa è continuata ad aumentare.

Oltre all'eroina, nei paesi europei si sequestrano anche altri prodotti oppiacei, che tuttavia rappresentano solo una piccola parte dei sequestri totali. Tra gli altri oppiacei più frequentemente sequestrati vi sono quelli medicinali quali buprenorfina, tramadolo e metadone (tabella 1.1).

TABELLA 1.1

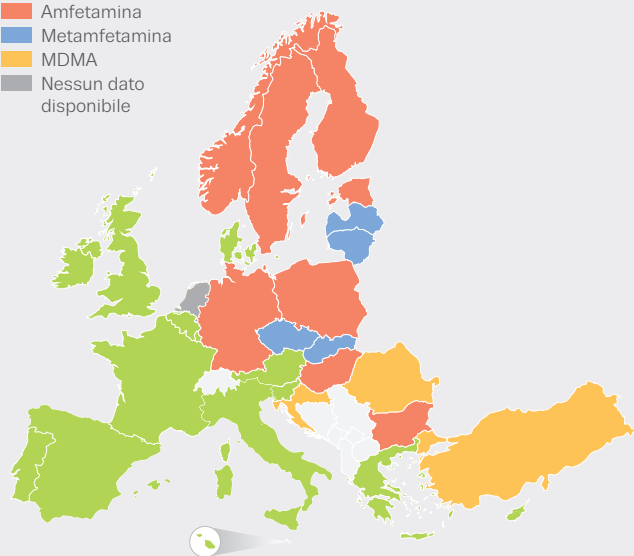
## Sequestri di oppiacei diversi dall'eroina nel 2015

Oppiaceo	Numero	Quantità			Numero di paesi
		Chilogrammi	Litri	Compresse	
Metadone	1 566	31	8	60 472	17
Buprenorfina	3 377	4		68 419	17
Tramadolo	2 467			690 080	12
Derivati del fentanil (fentanil, ocfentanil, carfentanil)	287	3		41	10
Morfina	775	27		8 837	15
Oppio	293	734			14
Codeina	293	3		9 855	8
Ossicodone	16	0,0003		962	5

FIGURA 1.5

Sostanze stimolanti sequestrate più frequentemente in Europa (2015 o anno più recente)

- Cocaina
- Amfetamina
- Metamfetamina
- MDMA
- Nessun dato disponibile



Sequestri di stimolanti: variazioni a livello regionale

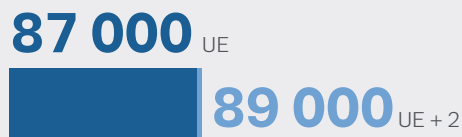
Le principali sostanze stimolanti illecite disponibili in Europa sono cocaina, amfetamina, metamfetamina e MDMA. Si stima che il mercato degli stimolanti nell'Unione europea abbia un valore al dettaglio compreso tra 6,3 miliardi di EUR e 10,2 miliardi di EUR. Vi sono spiccate differenze regionali per quanto concerne lo stimolante più frequentemente sequestrato (figura 1.5), che dipendono dal luogo in cui si trovano i porti di arrivo e le rotte di traffico, i principali impianti di produzione e i grandi mercati dei consumatori. La cocaina è lo stimolante sequestrato più di frequente in molti paesi occidentali e meridionali, un dato che rispecchia fedelmente i punti di ingresso di tale sostanza in Europa. I sequestri di amfetamine prevalgono nell'Europa settentrionale e centrale e la metamfetamina è lo stimolante confiscato più di frequente in Repubblica ceca, Lettonia, Lituania e Slovacchia. Infine, l'MDMA è lo stimolante più comunemente sequestrato in Croazia, Romania e Turchia.

Cocaina: recenti aumenti negli indicatori di mercato

In Europa esistono due tipi di cocaina: il più comune è la polvere di cocaina (sotto forma di sali), mentre meno facilmente reperibile è la cocaina crack (base libera), che si assume inalandone il fumo. La cocaina è prodotta dalle foglie di coca, principalmente in Bolivia, Colombia e Perù, e viene trasportata in Europa con vari mezzi, tra cui voli passeggeri, trasporti aerei, servizi postali, aeromobili privati, yacht e container marittimi. Si stima che il mercato

COCAINA

Numero di sequestri



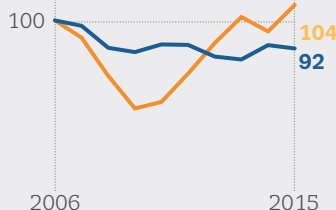
Quantità sequestrate



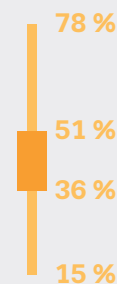
Prezzo (EUR/g)



Tendenze indicizzate: prezzo e purezza



Purezza (%)

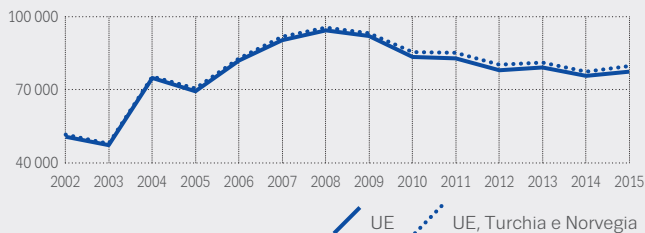


UE + 2 si riferisce a Stati membri dell'UE, Turchia e Norvegia. Prezzo e purezza della cocaina: valori medi nazionali – intervallo minimo, massimo e interquartile. I paesi compresi nella statistica variano per indicatore.

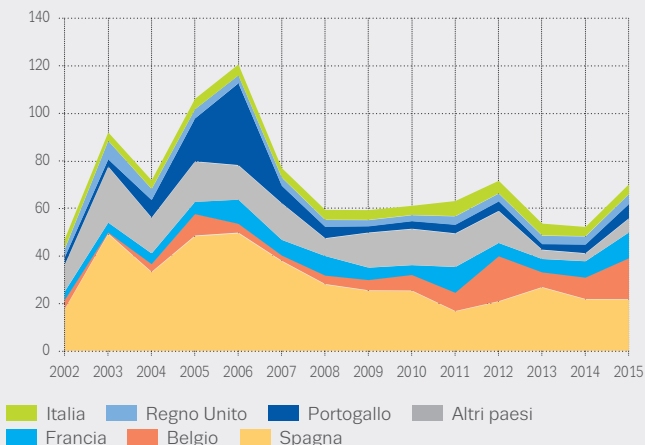
FIGURA 1.6

Numero di sequestri di cocaina e quantità sequestrata: tendenze e anno 2015 o più recente

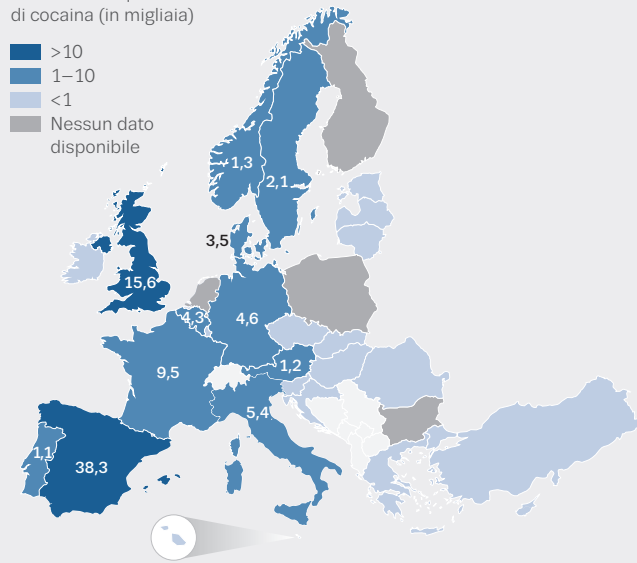
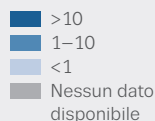
Numero di sequestri



Tonnellate

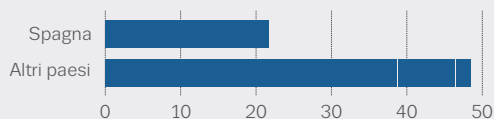


Numero di sequestri di cocaina (in migliaia)



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

Quantità di cocaina sequestrata (in tonnellate)



al dettaglio della cocaina nell'Unione europea si situò nell'ordine di almeno 5,7 miliardi di EUR.

In tutto, nel 2015 sono stati segnalati circa 87 000 sequestri di cocaina nell'Unione europea. Belgio, Spagna, Francia, Italia e Portogallo rappresentano insieme il 78 % delle 69,4 tonnellate sequestrate stimate (figura 1.6). Dal 2007 la situazione è relativamente stabile, benché il numero di sequestri e i quantitativi sequestrati siano aumentati tra il 2014 e il 2015 (figura 1.6). Mentre la Spagna (22 tonnellate) resta il paese in cui viene sequestrata la maggior quantità di cocaina, nel 2015 sono stati confiscati quantitativi importanti anche in Belgio (17 tonnellate) e Francia (11 tonnellate), e incrementi significativi nei volumi sequestrati rispetto all'anno

precedente sono stati segnalati da Belgio, Germania e Portogallo. Nel complesso, le tendenze indicizzate suggeriscono un lieve aumento nella purezza della cocaina nel 2015.

Altri prodotti a base di coca sono stati sequestrati in Europa nel 2015, tra cui 76 kg di foglie e 377 kg di pasta di coca. I sequestri di pasta di coca suggeriscono l'esistenza di laboratori clandestini che producono cocaina cloridrato in Europa. Questo è un nuovo sviluppo, in quanto fino a oggi la maggior parte dei laboratori di cocaina scoperti in Europa erano «strutture di estrazione secondaria», nelle quali la cocaina veniva recuperata dai materiali nei quali era stata incorporata (come vini, indumenti, materie plastiche).

**I principali stimolanti illeciti disponibili in Europa sono cocaina, amfetamina, metamfetamina e MDMA**

## Precursori chimici: nuove alternative disponibili per le amfetamine

I precursori di droghe sono sostanze chimiche essenziali per la produzione di sostanze illecite. Poiché molti di essi sono destinati a usi legittimi, determinate sostanze chimiche sono classificate a livello di regolamenti UE e il loro commercio è strettamente monitorato e controllato. La disponibilità di precursori ha un ampio impatto sul mercato e sui metodi di produzione utilizzati nei laboratori clandestini. Nel 2015 i produttori hanno continuato a eludere i meccanismi di controllo introducendo sostanze chimiche non classificate per la produzione di precursori di droghe in prossimità dei siti produttivi. Tale prassi, tuttavia, aumenta il rischio di individuazione, in quanto processi di lavorazione più complessi comportano l'utilizzo di una maggiore quantità di sostanze chimiche e la produzione di più rifiuti.

I dati sui sequestri e sui blocchi delle spedizioni di precursori di droghe confermano l'utilizzo di sostanze sia classificate che non classificate nella produzione di sostanze illecite nell'Unione europea, in particolare per le amfetamine e l'MDMA (tabella 1.2). Il precursore dell'amfetamina BMK (benzil-metil-chetone) è stato sequestrato in grandi quantità nel 2015: le autorità

polacche ne hanno intercettati 7 000 kg in una sola spedizione destinata alla produzione nei Paesi Bassi. Il controllo del precursore del BMK, l'APAAN (alfa-fenilacetoacetone nitrile), introdotto verso la fine del 2013, pare aver sortito i suoi effetti, con un calo dei sequestri da 48 000 kg nel 2013 a 780 kg nel 2015. Tuttavia, tale misura di controllo sembra aver indotto anche alcuni sviluppi innovativi, con la segnalazione, per la prima volta nel 2015, di sostanze chimiche alternative quali l'APAA (alfa-fenilacetoacetamide) e i derivati glicidici del BMK.

I sequestri di pre-precursori non classificati dell'MDMA si sono mantenuti stabili a circa 5 500 kg. Tuttavia, mentre i sequestri di safrolo sono stati trascurabili, quelli di PMK hanno fatto registrare una ripresa, con 622 kg segnalati dai Paesi Bassi nel 2015 rispetto a zero nel 2014.

## Amfetamina e metamfetamina: produzione interna

Note genericamente come «amfetamine», l'amfetamina e la metamfetamina sono stimolanti sintetici strettamente correlati e difficili da distinguere in alcune serie di dati. I sequestri nel corso dell'ultimo decennio indicano che la disponibilità di metamfetamina è aumentata, pur rimanendo nettamente inferiore a quella dell'amfetamina.

TABELLA 1.2

Sintesi dei sequestri e delle spedizioni bloccate di precursori utilizzati per la produzione di determinate droghe sintetiche nell'Unione europea (2015)

Precursore/pre-precursore	Sequestri		Spedizioni bloccate		TOTALE	
	Numero	Quantità	Numero	Quantità	Numero	Quantità
<b>MDMA o sostanze correlate</b>						
PMK (litri)	6	622	0	0	6	622
Safrolo (litri)	2	2	0	0	2	2
Piperonale (kg)	7	45	4	1 925	11	1 970
Derivati glicidici del PMK (kg)	11	5 461	0	0	11	5 461
<b>Amfetamina e metamfetamina</b>						
APAAN (kg)	10	778	0	0	10	778
BMK (litri)	17	1 029	0	0	17	1 029
PAA, acido fenilacetico (kg)	6	261	4	103	10	364
Efedrina sfusa (kg)	12	8	1	500	13	508
Pseudoefedrina sfusa (kg)	8	32	0	0	8	32
APAA (kg)	1	201	0	0	1	201
Derivati glicidici del BMK (kg)	5	14	0	0	5	14

Entrambe queste sostanze vengono prodotte in Europa per uso interno. Vi sono indicazioni che la produzione di amfetamina avviene principalmente in Belgio, Paesi Bassi e Polonia e, in misura minore, negli Stati baltici, in Germania e Ungheria. La fase finale della produzione, vale a dire la trasformazione dell'olio dell'amfetamina base in benzedrina, sarebbe a sua volta situata in Europa.

Una certa quantità di amfetamina è prodotta anche per essere esportata, soprattutto in Medio ed Estremo Oriente e Oceania. Di recente sono anche aumentati i sequestri di compresse di amfetamina con il logo «captagon», soprattutto in Turchia, dove nel 2015 ne sono stati confiscati più di 15 milioni.

La Repubblica ceca e, più di recente, le zone di frontiera dei paesi confinanti sono da tempo il principale luogo di provenienza della metamfetamina in Europa, ma la sostanza è prodotta anche in Bulgaria, Lituania e nei Paesi Bassi.

Nella Repubblica ceca la metamfetamina è prodotta principalmente a partire dai precursori efedrina e pseudoefedrina, che sono estratti da prodotti medicinali introdotti di contrabbando, soprattutto dalla Polonia. La sostanza può anche essere prodotta utilizzando il BMK. Nel 2015, dei 291 laboratori clandestini di metamfetamina segnalati nell'Unione europea, 263 si trovavano nella Repubblica ceca. La produzione in tale paese è passata da operazioni su scala ridotta, con consumatori che fabbricavano quantità per uso personale o per il rifornimento locale, a una situazione caratterizzata da una produzione su vasta scala destinata al consumo nei paesi europei e all'esportazione, in mano alla criminalità organizzata.

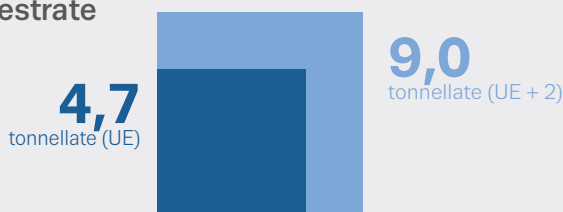
## AMFETAMINE

### Amfetamina

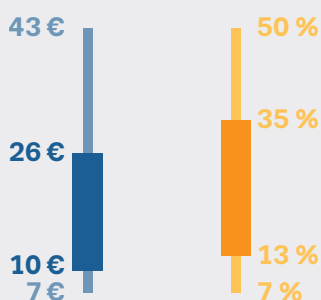
Numero di sequestri



Quantità sequestrate



Prezzo (EUR/g) Purezza (%)

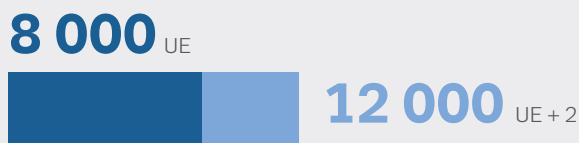


Tendenze indicizzate: prezzo e purezza



### Metamfetamina

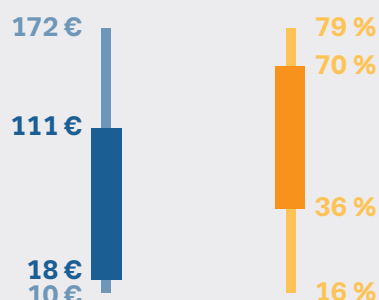
Numero di sequestri



Quantità sequestrate



Prezzo (EUR/g) Purezza (%)

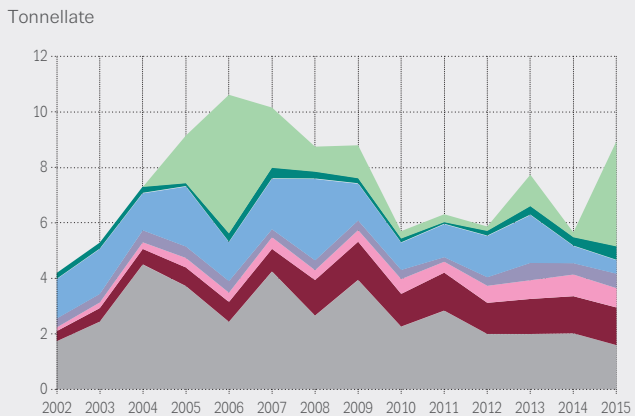
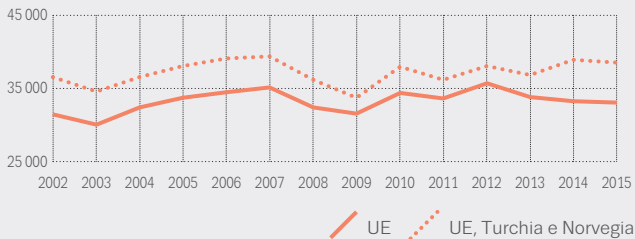


UE + 2 si riferisce a Stati membri dell'UE, Turchia e Norvegia. Prezzo e purezza delle amfetamine: valori medi nazionali – intervallo minimo, massimo e interquartile. I paesi compresi nella statistica variano per indicatore. Le tendenze indicizzate non sono disponibili per la metamfetamina.

FIGURA 1.7

**Numero di sequestri di amfetamina e quantità sequestrata: tendenze e anno 2015 o più recente**

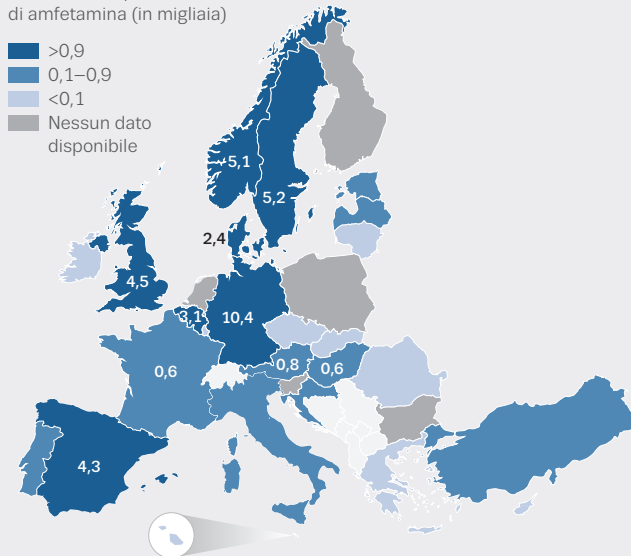
Numero di sequestri



Turchia Norvegia Regno unito Svezia  
Polonia Germania Altri paesi

Numero di sequestri di amfetamina (in migliaia)

>0,9  
0,1–0,9  
<0,1  
Nessun dato disponibile



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

Quantità di amfetamina sequestrata (in tonnellate)

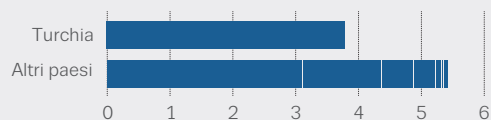
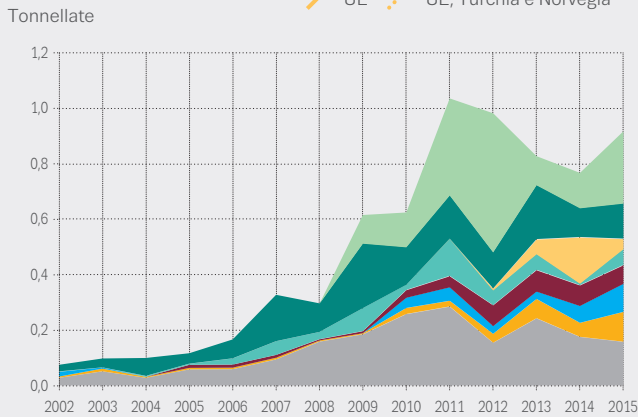
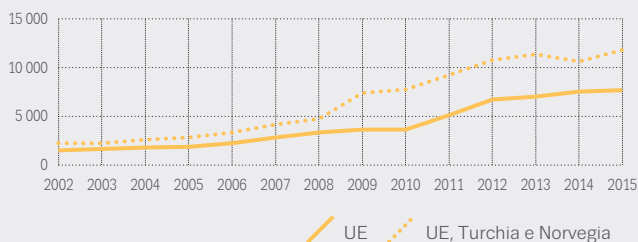


FIGURA 1.8

**Numero di sequestri di metamfetamina e quantità sequestrata: tendenze e nel 2015 o nell'anno più recente**

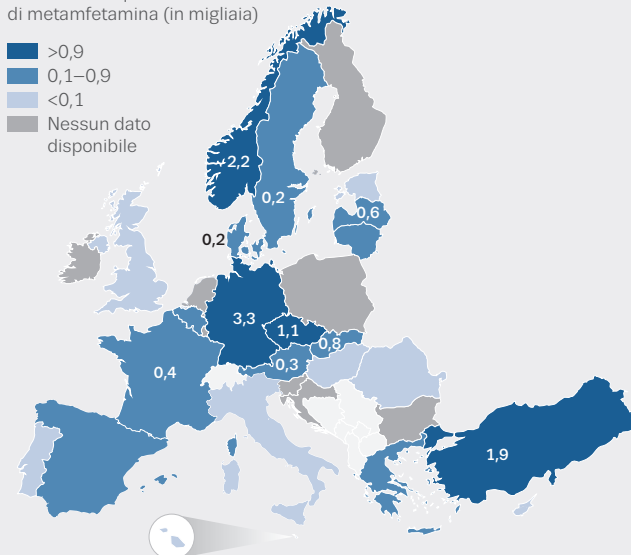
Numero di sequestri



Turchia Norvegia Spagna Lituania  
Germania Francia Repubblica ceca Altri paesi

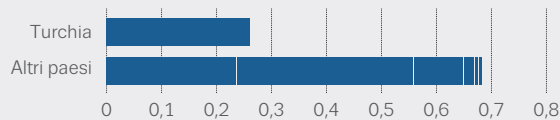
Numero di sequestri di metamfetamina (in migliaia)

>0,9  
0,1–0,9  
<0,1  
Nessun dato disponibile



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

Quantità di metamfetamina sequestrata (in tonnellate)





Nel 2015 gli Stati membri dell'UE hanno segnalato 34 000 sequestri di amfetamina, per un totale di 4,7 tonnellate. Nel complesso, nel periodo dal 2002 al 2015 la quantità di amfetamina sequestrata nell'Unione europea è aumentata, con oscillazioni tra 4 e 6 tonnellate (figura 1.7). Il numero dei sequestri di metamfetamina è di gran lunga più basso, con 7 700 segnalazioni nell'Unione europea nel 2015, per una quantità pari a 0,5 tonnellate, di cui il quantitativo maggiore è stato sequestrato nella Repubblica ceca (figura 1.8). Nel 2015 sono anche stati sequestrati quantitativi importanti di amfetamine in Turchia (3,8 tonnellate di amfetamina e 0,3 tonnellate di metamfetamina) e in Norvegia (0,1 tonnellate di metamfetamina). Dal 2002 si registra una tendenza all'aumento per il numero e per la quantità di sostanza sequestrata.

Solitamente la purezza media denunciata per i campioni di metamfetamina è superiore a quella dei campioni di amfetamina, sebbene le tendenze indicizzate suggeriscano che la purezza dell'amfetamina è aumentata negli ultimi anni.

### MDMA: disponibilità di prodotti ad alto dosaggio

L'MDMA (3,4-metilenediossimetamfetamina) è una droga sintetica chimicamente correlata alle amfetamine, ma con effetti differenti. L'MDMA si assume in compresse (spesso denominate ecstasy), ma è disponibile anche in polvere o in cristalli. Sul mercato vengono continuamente introdotti nuovi formati di compresse di MDMA, con vari colori, forme e loghi. Dopo un periodo di scarsa disponibilità dovuta alla

mancanza dei precursori chimici necessari per la fabbricazione, negli ultimi anni il mercato dell'MDMA ha vissuto una ripresa. Si stima che il mercato al dettaglio si situi nell'ordine di circa 0,7 miliardi di EUR. Il contenuto medio di MDMA nelle compresse è aumentato in anni recenti, al punto che la presenza di quantità elevate di MDMA in alcuni lotti è stata correlata a lesioni e decessi.

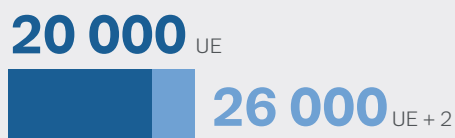
In Europa la produzione di MDMA appare concentrata in Belgio e nei Paesi Bassi, con quattro laboratori di MDMA smantellati nell'Unione europea nel corso del 2015 (tre nei Paesi Bassi e uno in Belgio). L'MDMA prodotta in Europa è anche esportata in altre parti del mondo.

Valutare le tendenze recenti relative ai sequestri di MDMA è difficile perché mancano i dati di alcuni paesi che probabilmente contribuiscono al numero totale in misura significativa. Per quanto riguarda il 2015, non sono disponibili dati sui Paesi Bassi, che nel 2012 hanno segnalato sequestri di MDMA pari a 2,4 milioni di compresse, e non è noto il numero dei sequestri avvenuti in Polonia e Finlandia. Senza tali importanti contributi, si stima che nel 2015 nell'Unione europea siano stati sequestrati 4 milioni di compresse e 0,2 tonnellate di polvere di MDMA.

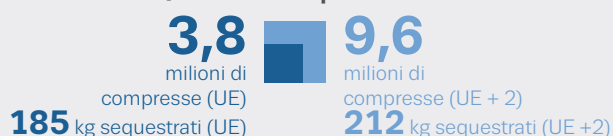
## Il contenuto medio di MDMA nelle compresse è aumentato negli ultimi anni

### MDMA

#### Numero di sequestri



#### Quantità sequestrate

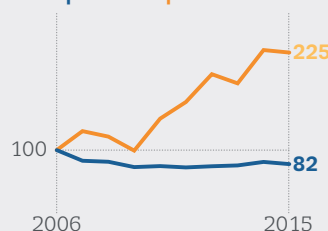


#### Prezzo

(EUR/compressa)



#### Tendenze indicizzate: prezzo e purezza



#### Purezza

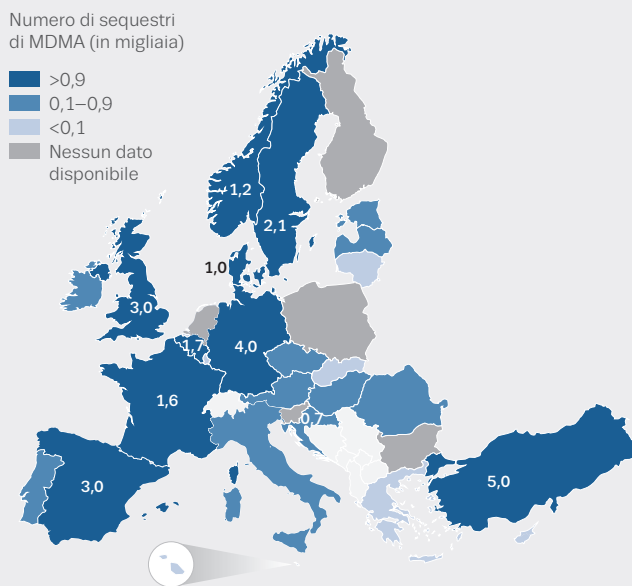
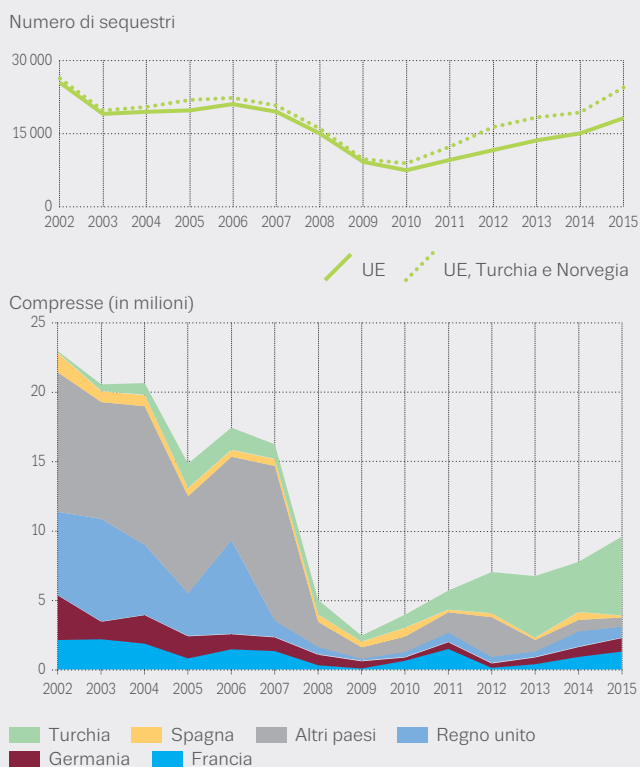
(mg MDMA/compressa)



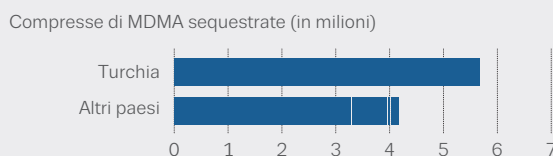
UE + 2 si riferisce a Stati membri dell'UE, Turchia e Norvegia. Prezzo e purezza della MDMA: valori medi nazionali - intervallo minimo, massimo e interquartile. I paesi compresi nella statistica variano per indicatore.

FIGURA 1.9

**Numero di sequestri di MDMA e quantità sequestrata: tendenze e nel 2015 o nell'anno più recente**



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



Il numero complessivo di sequestri segnalati di MDMA è aumentato incessantemente dal 2010, mentre i quantitativi confiscati si sono mantenuti relativamente stabili durante lo stesso periodo. Nel 2015 sono anche state sequestrate ingenti quantità di MDMA in Turchia, per un totale di 5,7 milioni di compresse, più del quantitativo combinato segnalato da tutti gli altri paesi (figura 1.9).

**Sequestri di LSD, GHB e ketamina**

Nell'Unione europea si segnalano sequestri di altre sostanze illecite, tra cui circa 1 400 sequestri di LSD (diethylamide dell'acido lisergico) nel 2015, per un totale di 100 000 unità. Inoltre, 1 kg di tale sostanza è stato confiscato in Belgio. Il numero complessivo di sequestri di LSD è raddoppiato dal 2010, sebbene i quantitativi sequestrati mostrino valori oscillanti. Nel 2015, 14 paesi hanno segnalato sequestri di GHB (gammaidrossibutirrato) o GBL (gammabutirrolattone). Nell'ambito dei 1 300 sequestri stimati, che per due terzi sono avvenuti rispettivamente in Belgio (33 %) e in Norvegia (35 %), sono stati intercettati 320 kg e oltre 1 500 litri di sostanza. Dodici paesi hanno segnalato circa 1 200 sequestri di ketamina, per un totale stimato di 130 kg, la maggior parte dei quali è avvenuta in Danimarca, Italia e Regno Unito.

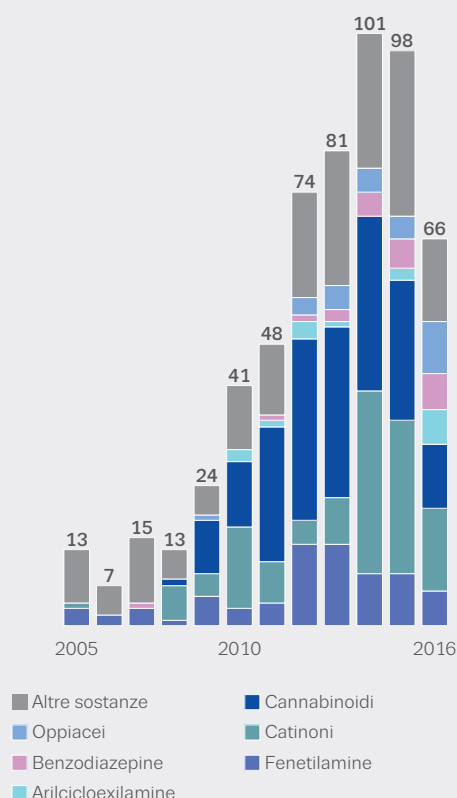
**Nuove sostanze psicoattive: numerose e diversificate**

A fine 2016 l'EMCDDA monitorava più di 620 nuove sostanze psicoattive apparse sul mercato europeo delle droghe. Tali sostanze, che non sono sottoposte ai controlli antidroga internazionali, comprendono un vasto assortimento di droghe quali cannabinoidi sintetici, stimolanti, oppiacei e benzodiazepine (figura 1.10). Per la maggior parte sono vendute come sostituti «legali» delle droghe illecite, mentre altre sono destinate a piccoli gruppi desiderosi di sperimentarle per conoscerne gli eventuali nuovi effetti.

In molti casi, le nuove sostanze sono prodotte in grossi quantitativi da aziende chimiche e farmaceutiche situate in Cina. Da qui vengono spedite in Europa, dove sono trasformate in prodotti, confezionate e vendute. Alcune nuove sostanze sono inoltre reperibili sotto forma di medicinali dirottati dalla catena di approvvigionamento legittima o reperiti illegalmente. Senza contare che tali sostanze possono essere prodotte in laboratori clandestini, in Europa o altrove. Vari indicatori, tra cui la scoperta di laboratori clandestini, l'analisi dei rifiuti prodotti dalle droghe sintetiche e i sequestri di precursori, suggeriscono che negli ultimi anni vi è stata un'espansione di questa forma di produzione in Europa.

FIGURA 1.10

Numero e categorie delle nuove sostanze psicoattive notificate per la prima volta al sistema di allerta rapido dell'UE (2005-2016)



La quantità di nuove sostanze scoperte ogni anno è solo uno di tutta una serie di parametri utilizzati dall'EMCDDA per comprendere il mercato nel suo complesso. Per esempio, delle 620 nuove sostanze attualmente monitorate, 423 (quasi il 70 %) sono state individuate sul mercato della droga nel corso del 2015; il fatto che tale cifra si attestasse a 365 nel 2014 e a 299 nel 2013 dimostra quanto tale mercato sia diventato complesso.

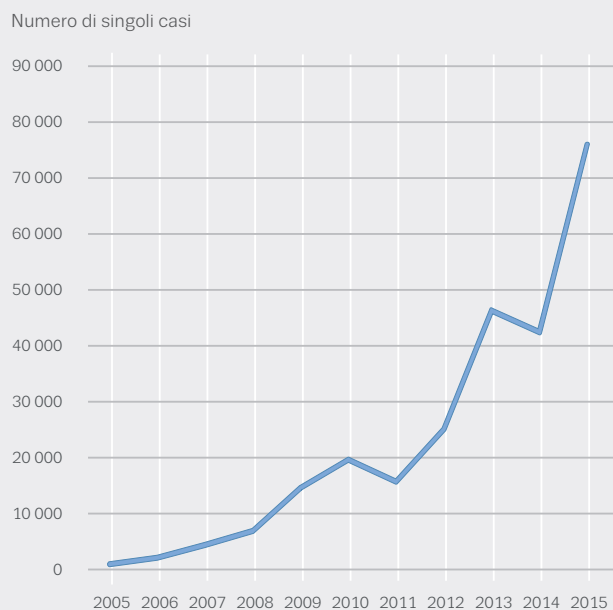
Alcune nuove sostanze sono vendute apertamente sia sul web di superficie che in negozi specializzati, spesso come «droghe legali» dotate di marchio, ma vengono smerciate anche sui mercati della rete oscura e su quello illegale, talvolta con il loro vero nome e talvolta spacciate per sostanze illecite come eroina, cocaina, ecstasy e benzodiazepine.

Oltre il 70 % delle nuove sostanze individuate attraverso il sistema di allerta rapido dell'Unione europea è stato sviluppato negli ultimi cinque anni. Nel 2016, 66 nuove sostanze sono state scoperte per la prima volta in Europa, una cifra inferiore rispetto ai due anni precedenti ma simile a quelle del 2012 e 2013. Le cause di tale flessione non sono chiare, ma potrebbero risiedere in parte nei provvedimenti adottati dai governi nazionali in Europa per vietare le nuove sostanze, e in particolare la loro vendita alla luce del sole come «droghe legali». Un altro fattore potrebbe essere legato anche alle misure di controllo e alle operazioni di polizia in Cina contro i laboratori in cui si producono le nuove sostanze. Potrebbero inoltre rivestire importanza i crescenti legami con il più ampio mercato delle sostanze illecite.

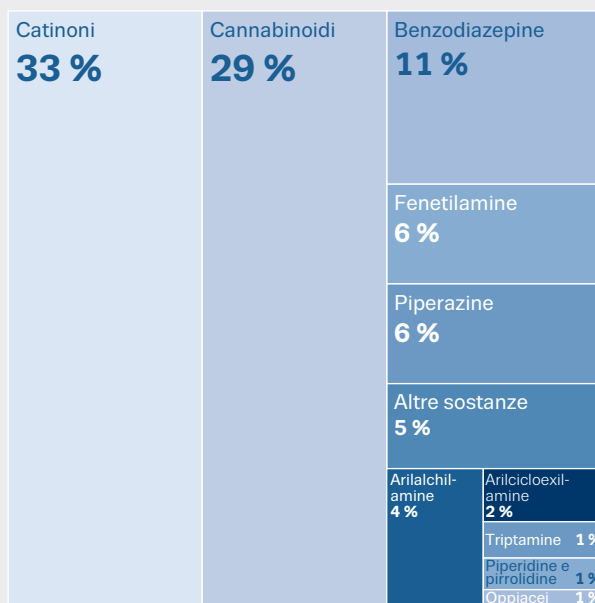
**A fine 2016 l'EMCDDA  
monitorava più di 620 nuove  
sostanze psicoattive**

## FIGURA 1.11

Numero di sequestri di nuove sostanze psicoattive notificate al sistema di allerta rapido dell'UE: tendenze e disaggregazione per categoria di sostanza nel 2015



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



### Aumento dei sequestri di nuove sostanze psicoattive

Nel 2015 sono stati segnalati attraverso il sistema di allerta rapido dell'UE quasi 80 000 sequestri di nuove sostanze psicoattive (figura 1.11). Insieme, cannabinoidi e catinoni sintetici hanno rappresentato più del 60 % del numero totale di sequestri di nuove sostanze nel 2015 (oltre 47 000). Rispetto all'anno precedente, nel 2015 si sono osservati incrementi anche nei quantitativi sequestrati di catinoni sintetici, cannabinoidi sintetici e nuovi oppiacei.

Le cifre totali dei sequestri di nuove sostanze in Europa sono da intendersi come valori minimi, in quanto i dati sono tratti da segnalazioni di casi anziché da sistemi di monitoraggio. I sequestri segnalati sono influenzati da un insieme di fattori quali la sensibilizzazione crescente in merito alle nuove sostanze, la mutevolezza del loro status giuridico, le capacità e priorità degli organismi preposti all'applicazione della legge e le prassi di segnalazione delle relative agenzie.

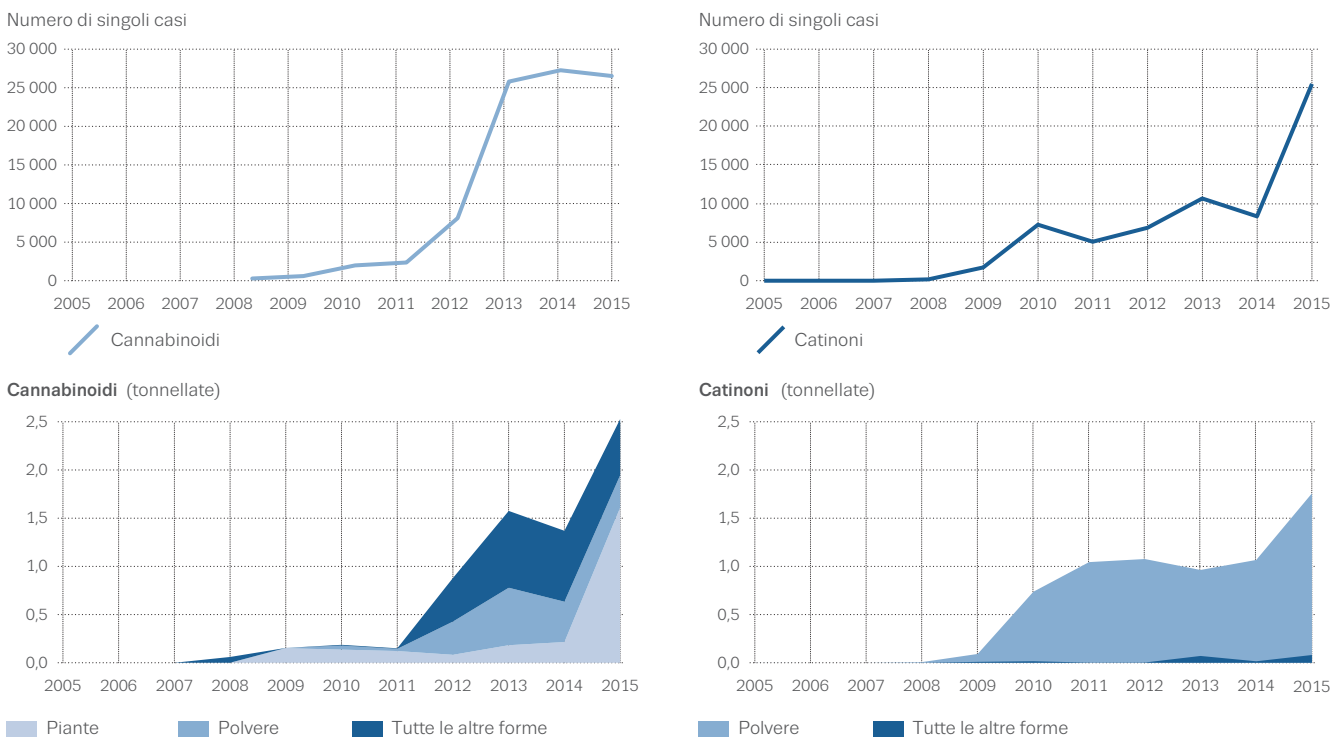
### Nuovi oppiacei sintetici

Nel complesso, dal 2009 sono stati individuati 25 nuovi oppiacei sul mercato europeo della droga, di cui nove segnalati per la prima volta nel 2016. Sono qui inclusi 18 derivati del fentanil, otto dei quali sono stati segnalati per la prima volta nel 2016. Pur svolgendo per il momento un ruolo minore nel mercato europeo della droga, i nuovi derivati del fentanil sono sostanze estremamente potenti, che comportano una seria minaccia per la salute pubblica e individuale.

I nuovi oppiacei sono stati sequestrati in varie forme tra cui principalmente polvere, compresse, capsule e, dal 2014, anche liquidi. Dei 600 sequestri di nuovi oppiacei sintetici segnalati nel 2015, oltre il 60 % riguardava derivati del fentanil. Nel 2015 sono stati sequestrati quasi 2 litri di oppiacei sintetici, un valore in crescita rispetto ai 240 ml segnalati nell'anno precedente. Derivati del fentanil sono stati rinvenuti nell'85 % dei liquidi confiscati. Desto preoccupazione in tale contesto la comparsa sul mercato di spray nasali contenenti derivati del fentanil quali acrilioilfentanil e furanilfentanil. Data la loro scarsa quota di mercato e la loro potenza elevata, questi oppiacei rappresentano lo 0,75 % del numero totale di sequestri di nuove sostanze, ma solo lo 0,04 % dei quantitativi totali sequestrati.

FIGURA 1.12

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



NB: dati per UE, Turchia e Norvegia.

### Cannabinoidi sintetici

I cannabinoidi sintetici sono sostanze che simulano gli effetti del delta-9-tetraidrocannabinolo (THC), che è ampiamente responsabile dei principali effetti psicoattivi della cannabis. Almeno dal 2008 i produttori in Europa sfruttano tale effetto importando cannabinoidi in polvere sfusa e miscelando con prodotto vegetale essiccato al fine di creare centinaia di diversi prodotti «legali», che vengono poi commercializzati come sostituti legali della cannabis e venduti come «miscele di erbe da fumare» pronte all'uso. I cannabinoidi sintetici continuano a essere il più ampio gruppo di nuove sostanze monitorato dall'EMCDDA e si stanno sempre più diversificando nella composizione chimica, con 169 nuove sostanze scoperte dal 2008, di cui 11 segnalate nel 2016, in calo rispetto alle 24 segnalate nel 2015.

Nel 2015 sono stati segnalati poco più di 22 000 sequestri di cannabinoidi sintetici (figura 1.12). I cinque cannabinoidi sintetici sequestrati con maggiore frequenza nel 2015 sono stati ADB-FUBINACA, AB-CHMINACA, UR-144, 5F-AKB48 e ADB-CHMINACA.

La quantità totale sequestrata è di oltre 2,5 tonnellate di tali sostanze. Quasi l'64 % dei cannabinoidi sintetici

sequestrati si presentava come miscele di erbe e 13 % sotto forma di polveri.

La scoperta di cannabinoidi sintetici in polvere e di strutture di lavorazione in Europa indica che i prodotti sono confezionati nel continente. Con tali polveri, se trasformate in «miscele di erbe da fumare», si sarebbero potuti produrre molti milioni di dosi. I cannabinoidi in polvere più sequestrati nel 2015 sono stati 5F-AMB (61 kg), 5F-AKB48 (61 kg) e ADB-FUBINACA (57 kg).

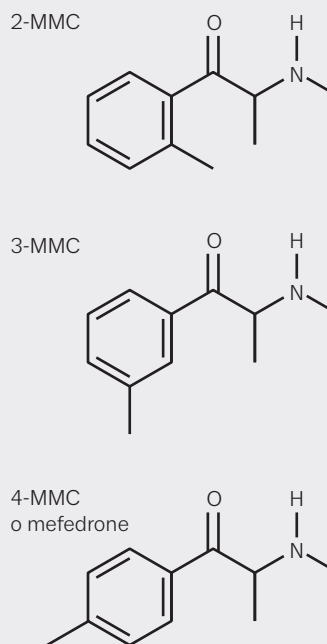
### Catinoni sintetici

I catinoni sintetici sono chimicamente affini al catinone, che è uno stimolante presente in natura contenuto nella pianta di qāt (*Catha edulis*). Tali sostanze producono effetti analoghi a quelli di sostanze stimolanti illecite quali amfetamina, cocaina e MDMA. I catinoni sintetici sono il secondo maggior gruppo di nuove droghe monitorate dall'EMCDDA: su un totale di 118 sostanze individuate, 14 lo sono state per la prima volta nel 2016, con in calo rispetto alle 26 segnalate nel 2015.

I catinoni sintetici sono stati le nuove sostanze psicoattive più frequentemente sequestrate nel 2015, con oltre 25 000 sequestri, pari a quasi un terzo del totale. Ciò equivale a un incremento di oltre 17 000 sequestri rispetto all'anno precedente. I quantitativi sequestrati si sono assestati appena sopra le 1,8 tonnellate, con un incremento di circa 0,75 tonnellate rispetto al 2014 (figura 1.12). I catinoni sintetici si trovano generalmente sotto forma di polvere. I cinque catinoni più sequestrati nel 2015 sono stati alfa-PVP, 3-MMC, etilone, 4-CMC e pentedrone. Più del 60 % (1,2 tonnellate) dei catinoni sintetici di cui è stato segnalato il sequestro nel 2015 proveniva dalla Cina. Un'ampia percentuale (42 %) dei catinoni sintetici sequestrati era rappresentata da 2-MMC (156 kg) e 3-MMC (616 kg), che sono chimicamente affini al mefedrone (4-MMC), ma non sottoposti ai controlli antidroga internazionali. Il mefedrone si è ormai affermato nel mercato delle sostanze illecite in alcuni paesi ed è probabile che i catinoni sintetici 2-MMC e 3-MMC siano venduti in parte sotto tale nome (figura 1.13).

FIGURA 1.13

Formule chimiche di 2-MMC, 3-MMC e 4-MMC (mefedrone)



### Nuove benzodiazepine

Preoccupante è anche la recente crescita del mercato delle nuove benzodiazepine. L'EMCDDA monitora circa 20 di queste sostanze, di cui sei sono state individuate per la prima volta in Europa nel 2016. Nel corso del 2015 sono state sequestrate più di 300 000 compresse contenenti nuove benzodiazepine quali clonazepam, diclazepam, etizolam e flubromazolam, una cifra quasi raddoppiata rispetto a quella segnalata nel 2014. Alcune nuove benzodiazepine erano vendute in forma di compresse, capsule o polveri con le loro denominazioni proprie, mentre in altri casi i produttori utilizzavano tali sostanze per produrre versioni contraffatte di medicinali ansiolitici di comune prescrizione, quali diazepam e alprazolam, che venivano venduti direttamente sul mercato delle sostanze illecite.

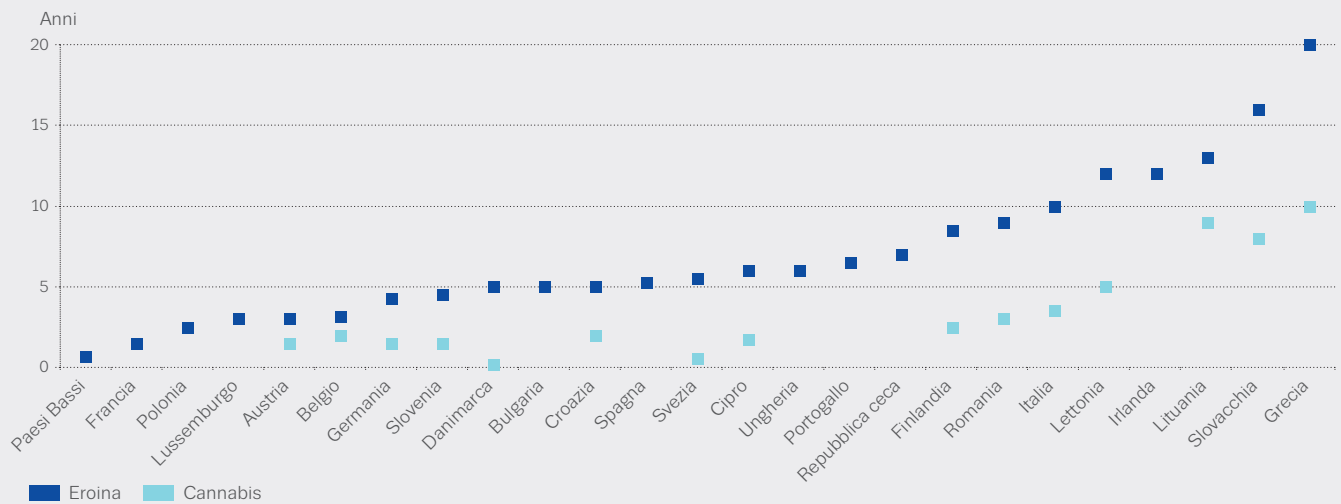
### Leggi mirate al contrasto dell'offerta di nuove sostanze psicoattive

I paesi europei adottano misure per prevenire l'offerta di droghe nell'ambito di tre convenzioni delle Nazioni Unite, che definiscono un quadro per il controllo della produzione, del commercio e della detenzione di oltre 240 sostanze psicoattive. La rapida diffusione di nuove sostanze psicoattive e la varietà dei prodotti disponibili hanno messo a dura prova le convenzioni così come i legislatori e i responsabili politici europei.

A livello nazionale, sono state adottate varie misure per controllare le nuove sostanze e si possono identificare tre grandi tipologie di risposta giuridica. Molti paesi europei hanno risposto dapprima ricorrendo alla legislazione in materia di sicurezza dei consumatori e, in seconda battuta, estendendo o adattando le leggi esistenti sulle sostanze stupefacenti al fine di incorporare le nuove sostanze psicoattive. Per far fronte a tale fenomeno sono state via via concepite nuove legislazioni specifiche a livello nazionale. Su scala europea vi sono grandi differenze nelle definizioni dei reati e delle sanzioni, come anche nelle leggi sulle sostanze stupefacenti. La tendenza generale nella legislazione nazionale per il controllo delle sostanze stupefacenti, cioè la riduzione delle sanzioni per la detenzione per consumo personale, si rispecchia anche nelle norme recentemente promulgate sulle nuove droghe. La maggior parte delle nuove leggi specifiche per le nuove sostanze psicoattive rende perseguibile soltanto la fornitura illegale e non prevede alcuna sanzione per la detenzione per consumo personale.

FIGURA 1.14

Pena detentiva attesa per la fornitura di 1 kg di eroina o cannabis negli Stati membri dell'UE



NB: pene medie attese sulla base dei pareri di campioni di giuristi in ogni paese, per i casi di primi reati, senza coinvolgimento della criminalità organizzata. Laddove si riteneva possibile una sospensione della pena, la pena media non è stata presentata.

A livello UE, l'attuale quadro giuridico per il controllo delle nuove sostanze psicoattive, risalente al 2005, è in corso di revisione allo scopo di instaurare un sistema più rapido ed efficace per sottoporre a provvedimenti di diritto penale le attività associate alle nuove sostanze psicoattive pericolose.

### Offerta di stupefacenti: sanzioni diverse in funzione della sostanza e del paese

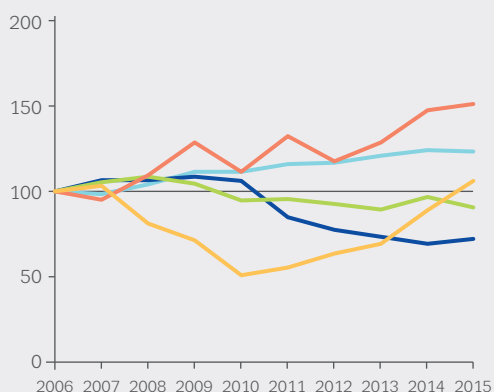
L'offerta non autorizzata di stupefacenti è un reato in tutti i paesi europei, ma le sanzioni previste dalla legge variano enormemente. Da una recente indagine dell'EMCDDA sui pareri dei giuristi negli Stati membri dell'UE è emerso che le sanzioni attese da tali esperti per reati analoghi di traffico di droga variavano notevolmente da paese a paese (figura 1.14). Tali variazioni possono essere il risultato di fattori storici e culturali nazionali che influenzano i rispettivi sistemi di diritto penale nonché di prospettive nazionali differenti riguardo all'efficacia della condanna come deterrente. Lo studio ha inoltre rivelato che, anche laddove la legislazione prevedeva sanzioni analoghe per sostanze diverse, nella maggior parte dei paesi i giuristi avevano previsto una differenziazione delle sanzioni a seconda della sostanza. Ciò significherebbe che i giudici tengono conto di aspetti quali la percezione del danno causato alla società dalle diverse droghe.

FIGURA 1.15

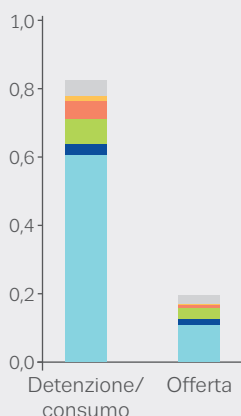
Reati connessi al consumo o allo spaccio di sostanze stupefacenti in Europa: tendenze indicizzate e reati segnalati nel 2015

Reati di detenzione/consumo

Tendenze indicizzate

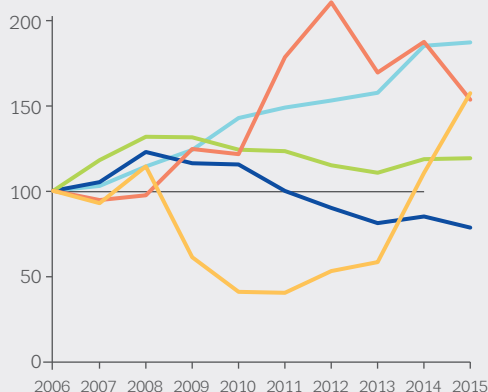


Numero di reati (milioni)



Reati relativi all'offerta

Tendenze indicizzate



■ Eroina   
 ■ Cocaina   
 ■ MDMA   
 ■ Cannabis   
 ■ Amfetamine   
 ■ Altre sostanze

NB: dati relativi ai reati per i quali è stata segnalata la sostanza interessata.

**Reati connessi alla droga: per la maggior parte legati alla cannabis**

L'applicazione delle norme è monitorata attraverso i dati sulle segnalazioni di violazioni delle leggi sulle sostanze stupefacenti. Secondo le stime, nell'Unione europea nel 2015 ne erano stati segnalati 1,5 milioni, la maggior parte dei quali (57 %) correlati al consumo o alla detenzione di cannabis, commessi da circa 1 milione di soggetti. I reati denunciati sono aumentati di quasi un terzo (31 %) tra il 2006 e il 2015.

Nel complesso, le segnalazioni di reati relativi all'offerta di stupefacenti sono aumentate del 18 % dal 2006, raggiungendo una stima di oltre 214 000 casi nel 2015, di cui la maggior parte imputabile alla cannabis (57 %). Dal 2013 si è assistito a un brusco aumento delle segnalazioni di reati legati all'offerta di MDMA (figura 1.15).

Si stima che in tutta Europa questi reati abbiano superato nel 2015 il milione di casi legati al consumo o alla detenzione per uso personale, con un incremento del 27 % rispetto al 2006. Circa tre quarti dei reati relativi alla detenzione di sostanze stupefacenti riguardano la cannabis (74 %). Nel 2015 è proseguita la tendenza all'aumento dei reati relativi alla detenzione di amfetamine ed MDMA (figura 1.15).

**Secondo le stime,  
nel 2015 sono stati  
segnalati 1,5 milioni  
di reati connessi alla droga**



## MAGGIORI INFORMAZIONI

### Publicazioni dell'EMCDDA

#### 2017

Cannabis legislation in Europe: an overview.

Country Drug Reports 2017.

Drug trafficking penalties across the European Union: a survey of expert opinion, Technical reports.

#### 2016

Cocaine trafficking to Europe, Perspectives on Drugs.

Changes in Europe's cannabis resin market, Perspectives on Drugs.

Internet and drug markets, Insights.

#### 2015

Opioid trafficking routes from Asia to Europe, Perspectives on Drugs.

New psychoactive substances in Europe. An update from the EU Early Warning System, Technical reports.

The internet and drug markets, Technical reports.

#### 2014

New developments in Europe's cannabis markets, Perspectives on Drugs.

#### 2013

Drug supply reduction and internal security, EMCDDA Papers.

Legal approaches to controlling new psychoactive substances, Perspectives on Drugs.

Models for the legal supply of cannabis: recent developments, Perspectives on Drugs.

Synthetic cannabinoids in Europe, Perspectives on Drugs.

Synthetic drug production in Europe, Perspectives on Drugs.

#### 2012

Cannabis production and markets in Europe, Insights.

### Publicazioni congiunte EMCDDA ed Europol

#### 2017

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: acryloylfentanyl, Joint Reports.

#### 2016

EU Drug Markets Report: In-depth Analysis.

EU Drug Markets Report: Strategic Overview.

EMCDDA–Europol 2015 Annual Report on the implementation of Council Decision 2005/387/JHA.

EMCDDA–Europol Joint Report on MDMB-CHMICA, Joint Reports.

EMCDDA–Europol Joint Report on acetylfentanyl, Joint Reports.

#### 2015

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance:  $\alpha$ -PVP, Joint Reports.

#### 2013

Amphetamine: a European Union perspective in the global context.

### Publicazioni congiunte EMCDDA ed Eurojust

#### 2016

New psychoactive substances in Europe: legislation and prosecution — current challenges and solutions.

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

# 2

**Poliassunzione, un fenomeno  
diffuso fra i consumatori  
di stupefacenti**

# Prevalenza e tendenze del consumo di droga

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

## Monitoraggio dell'offerta di droga

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

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

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

Nella versione online del [bollettino statistico](#) è possibile trovare dati esaustivi e ampie note metodologiche.

## Tendenze nazionali diversificate nel consumo di droghe da parte degli studenti

Il monitoraggio del consumo di droghe tra gli studenti consente di acquisire elementi importanti sugli attuali comportamenti a rischio dei giovani e costituisce un indicatore delle potenziali tendenze future. Nel 2015 il progetto europeo di indagini scolastiche sull'alcol e altre droghe (ESPAD) ha condotto la sesta raccolta di dati dal suo esordio nel 1995. Nell'ambito dell'ultima indagine sono stati raccolti dati confrontabili sul consumo di sostanze tra studenti quindicenni e sedicenni di 35 paesi europei, tra cui 23 Stati membri dell'UE e la Norvegia. Fra gli studenti di questi 24 paesi, il 18 % in media dichiara di aver fatto uso di cannabis almeno una volta (prevalenza nel corso della vita), con i livelli più elevati segnalati da Repubblica ceca (37 %) e Francia (31 %). Il consumo di tale sostanza negli ultimi 30 giorni spazia dal 2 % in Svezia, Finlandia e Norvegia al 17 % in Francia, con una media dell'8 % nei 24 paesi. Vi sono inoltre differenze di genere a livello europeo, in quanto il rapporto maschi/femmine tra i consumatori di cannabis nell'arco della vita passa dalla parità nella Repubblica ceca e a Malta a un rapporto di 2,5 a 1 in Norvegia.

Il consumo di sostanze illecite diverse dalla cannabis è di gran lunga inferiore, con una prevalenza complessiva nel corso della vita pari al 5 %. Le sostanze illecite maggiormente consumate dopo la cannabis sono MDMA/ecstasy, amfetamina, cocaina, metamfetamina e LSD o altri allucinogeni, ciascuna segnalata dal 2 % degli studenti. Inoltre, il consumo nell'arco della vita di nuove sostanze psicoattive viene segnalato dal 4 % degli studenti, con i tassi più elevati in Estonia e Polonia (10 % per entrambi i paesi).

Tra i 22 paesi con dati sufficienti per l'analisi (21 Stati membri dell'UE e Norvegia), le tendenze generali nella prevalenza del consumo di cannabis nell'ultimo mese hanno toccato un picco nel 2003 per poi calare leggermente nelle indagini successive (figura 2.1). Nell'intervallo di tempo tra le indagini più recenti, condotte nel 2011 e 2015, la prevalenza del consumo di cannabis sia nell'arco della vita sia nell'ultimo mese si è mantenuta stabile in gran parte di questi paesi. Dal 1995 la prevalenza nell'arco della vita del consumo di sostanze illecite diverse dalla cannabis è rimasta pressoché invariata, con un lieve calo tra il 2011 e il 2015.

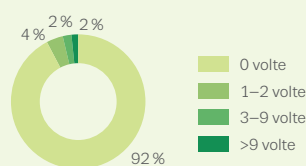
**Il consumo di nuove sostanze psicoattive nell'arco della vita è segnalato dal 4 % degli studenti**

## CONSUMO DI SOSTANZE TRA STUDENTI EUROPEI DI 15 E 16 ANNI (ESPAD 2015)

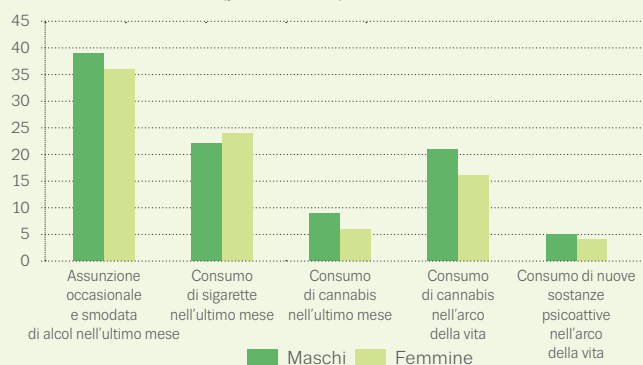
### Consumo di cannabis nell'ultimo mese in base al sesso



### Frequenza del consumo di cannabis nell'ultimo mese



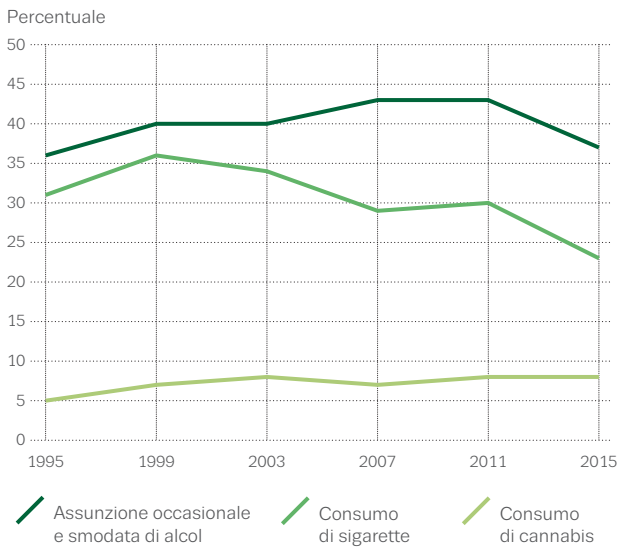
### Consumo di sostanze (percentuale)



NB: sulla base dei dati per i 23 Stati membri dell'UE e la Norvegia, che hanno partecipato all'edizione 2015 di ESPAD.

FIGURA 2.1

**Tendenze della prevalenza nell'ultimo mese di assunzione occasionale e smodata di alcol, consumo di sigarette e consumo di cannabis tra gli studenti europei di 15 e 16 anni**



NB: sulla base dei 21 Stati membri dell'UE e della Norvegia, che hanno partecipato ad almeno quattro edizioni di ESPAD.

### Recenti cali nel consumo di tabacco e nell'assunzione occasionale smodata di alcol tra gli studenti

L'ESPAD inoltre riferisce sul consumo di alcol e tabacco: oltre quattro quinti (83 %) degli studenti hanno consumato alcol almeno una volta nell'arco della vita e la metà di loro dichiara di avere bevuto alcol almeno una volta nell'ultimo mese, con il 39 % dei maschi e il 36 % delle femmine che hanno consumato cinque o più bevande alcoliche in una sola occasione nel corso dell'ultimo mese (assunzione occasionale e smodata di alcol).

Poco meno della metà (47 %) degli studenti ha fumato sigarette. Il 23 % degli studenti dichiara di aver fumato una o più sigarette al giorno e il 3 % più di dieci sigarette al giorno nel mese precedente l'indagine.

Tra i 22 paesi esaminati dall'EMCDDA che presentano dati sufficienti per l'analisi dell'andamento si può osservare un calo generalizzato nel consumo di alcol e sigarette nell'arco della vita e nell'ultimo mese tra il 1995 e il 2015. Le variazioni nell'assunzione occasionale e smodata di alcol sono meno marcate, sebbene nel periodo in esame si osservi un incremento tra le ragazze. Nell'intervallo di tempo tra le indagini condotte nel 2011 e 2015 si registra un calo sia nell'assunzione occasionale e smodata di alcol sia nel consumo di sigarette nell'ultimo mese.

### Oltre 93 milioni di adulti hanno provato sostanze illecite

Secondo le stime, oltre 93 milioni di adulti (ossia poco più di un quarto della popolazione di età compresa fra 15 e 64 anni nell'Unione europea) hanno provato sostanze illecite nel corso della vita. Le esperienze con il consumo di droga sono più frequentemente segnalate dai maschi (56,8 milioni) che dalle loro controparti di sesso femminile (36,8 milioni). La sostanza stupefacente più provata è la cannabis (53,8 milioni di maschi e 34,1 milioni di femmine), mentre le stime sono decisamente inferiori per il consumo nell'arco della vita di cocaina (12,2 milioni di maschi e 5,3 milioni di femmine), MDMA (9,3 milioni di maschi e 4,7 milioni di femmine) e amfetamine (8,4 milioni di maschi e 4,2 milioni di femmine). I livelli dichiarati di consumo di cannabis nell'arco della vita variano in misura considerevole tra i diversi paesi, da circa otto adulti su 20 in Francia a meno di un adulto su 20 a Malta e in Romania.

Il consumo di droga nell'ultimo anno è un parametro di misura del consumo recente ed è prevalentemente concentrato fra i giovani adulti. Si stima che nell'ultimo anno abbiano fatto uso di droga 18,7 milioni di giovani adulti (15-34 anni); di questi, i maschi erano il doppio delle femmine.

### Consumo di cannabis: tendenze nazionali variabili

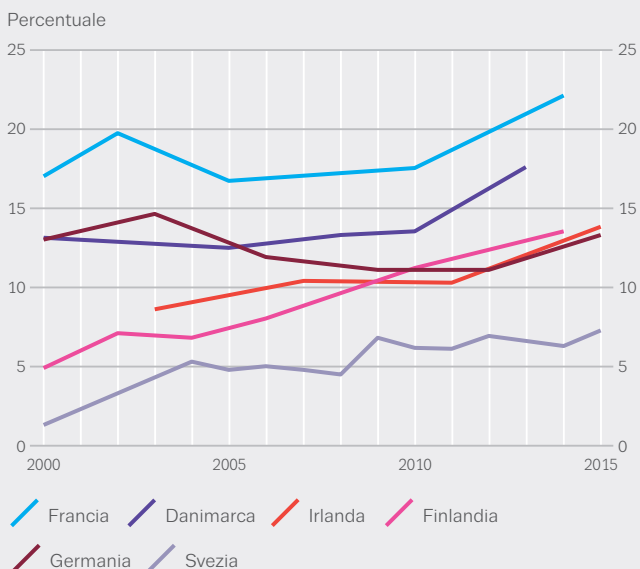
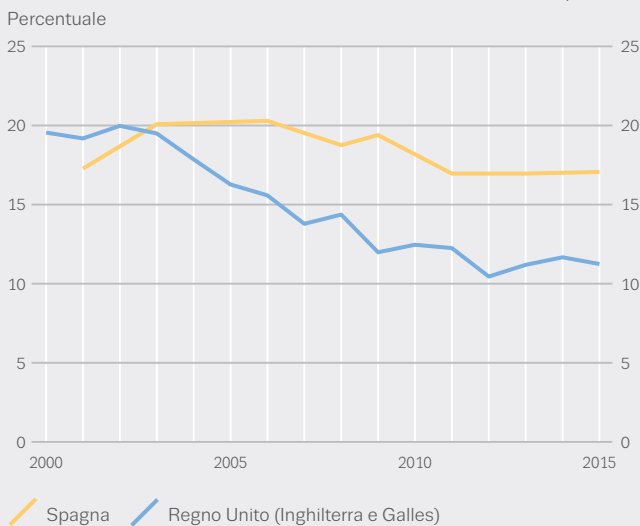
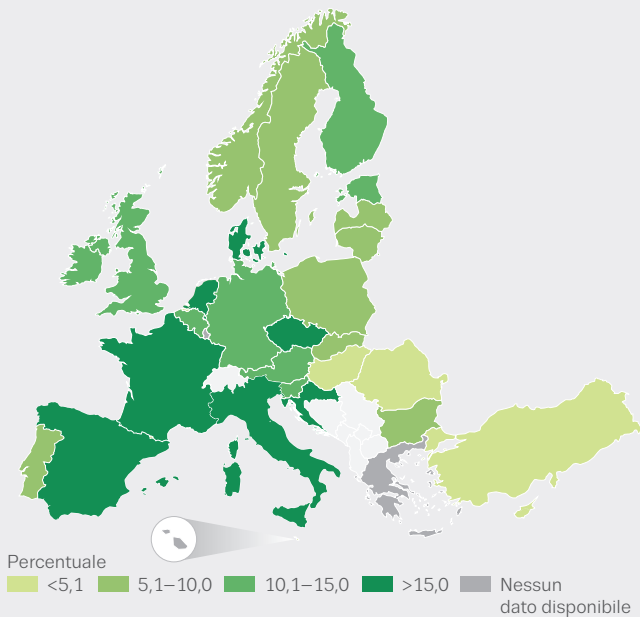
La cannabis è la sostanza illecita con la maggiore probabilità di essere utilizzata da tutte le fasce di età. Questa sostanza viene generalmente assunta inalandone il fumo; in Europa di solito è mescolata a tabacco. I modelli di consumo della cannabis vanno dal consumatore occasionale a quello abituale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

Si stima che 87,7 milioni di adulti europei (15-64 anni), pari al 26,3 % di questa fascia d'età, abbiano provato la cannabis in qualche momento della propria vita. Di questi, una cifra stimata di 17,1 milioni di giovani europei (15-34 anni), pari al 13,9 % di questa fascia d'età, avrebbe consumato cannabis nell'ultimo anno (di cui 10 milioni avevano tra i 15 e i 24 anni, ossia il 17,7 % di questa fascia d'età). La prevalenza nell'ultimo anno nella fascia d'età 15-34 anni va dal 3,3 % in Romania al 22 % in Francia. Fra i giovani che hanno fatto uso di cannabis nell'ultimo anno il rapporto tra maschi e femmine è di due a uno.

**La droga più provata  
è la cannabis**

FIGURA 2.2

Prevalenza del consumo di cannabis tra i giovani adulti (15-34) nell'ultimo anno: dati più recenti (mappa) e tendenze specifiche



I risultati dell'indagine più recente mostrano che i paesi continuano a seguire percorsi divergenti per quanto riguarda il consumo di cannabis nell'ultimo anno. Dei paesi che hanno svolto indagini a partire dal 2014 e segnalato intervalli di confidenza, sette hanno segnalato stime più elevate, sei le hanno dichiarate stabili e due hanno indicato stime più basse rispetto all'indagine precedente confrontabile.

Sono pochi i paesi che dispongono di dati d'indagine sufficienti per consentire un'analisi statistica delle tendenze nel consumo di cannabis tra i giovani adulti (15-34 anni) nell'ultimo anno. Tra questi, secondo i dati più recenti, il calo nelle tendenze di lungo periodo osservato durante l'ultimo decennio in Spagna e nel Regno Unito sembra ora essersi stabilizzato (figura 2.2).

Negli ultimi dieci anni si rileva una tendenza in aumento in Irlanda e Finlandia, ma anche in Svezia, sebbene la prevalenza in tale paese sia stabile dal 2009. In Germania, Francia e Danimarca non risultano tendenze statistiche al rialzo durante il periodo in esame, anche se dalle ultime indagini emergono recenti incrementi nel consumo di cannabis nell'ultimo anno tra i giovani adulti. Nel 2014 la Francia ha segnalato un nuovo picco del 22 %, mentre il 13 % segnalato in Germania nel 2015 è la prevalenza più alta registrata in tale paese nell'ultimo decennio in relazione al consumo di cannabis nell'ultimo anno tra i giovani adulti. Quanto ai paesi che non dispongono di dati sufficienti per un'analisi statistica delle tendenze, nel 2015 la seconda indagine annuale confrontabile proveniente dai Paesi Bassi ha confermato una prevalenza del 16 % circa, mentre la prima indagine nazionale condotta in Austria dal 2008 a oggi ha segnalato una prevalenza del 14 %.

### Consumatori ad alto rischio di cannabis: in aumento le persone che si sottopongono a trattamento

In base alle indagini sulla popolazione generale, si stima che i consumatori quotidiani o quasi quotidiani di cannabis siano l'1 % circa degli adulti europei, nel senso che hanno fatto uso di questa droga per 20 o più giorni nell'ultimo mese. Circa il 30 % di queste persone rientra nella fascia d'età compresa fra i 35 e i 64 anni e più di tre quarti sono di sesso maschile.

Considerati insieme ad altri indicatori, i dati sui pazienti che si sottopongono a trattamento per problemi correlati alla cannabis possono fornire informazioni sulla natura e l'entità del consumo ad alto rischio della stessa in Europa. Complessivamente, il numero di pazienti sottoposti a trattamento per la prima volta per problemi legati alla cannabis è salito da 43 000 nel 2006 a 76 000 nel 2015. Dietro a tale aumento possono celarsi diversi fattori, tra cui una maggiore prevalenza del consumo di cannabis tra la popolazione generale, gli incrementi nel numero dei consumatori assidui, la disponibilità di prodotti più potenti nonché l'aumento delle segnalazioni di trattamento e dei livelli dei servizi erogati.

### Prevalenza della cocaina: tendenze nazionali stabili

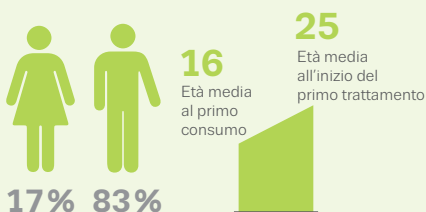
La cocaina è lo stimolante illecito più consumato in Europa, con una maggiore diffusione nei paesi meridionali e occidentali. Per quanto riguarda i consumatori abituali, si può operare un'ampia distinzione tra quelli socialmente più integrati, che sniffano spesso cocaina in polvere (cocaina cloridrato), e i consumatori emarginati, che la assumono per via parenterale o fumano il crack (cocaina base), talvolta insieme a oppiacei.

Si stima che 17,5 milioni di adulti europei (15-64 anni), pari al 5,2 % di questa fascia d'età, abbiano provato la cocaina in qualche momento della loro vita. Tra questi vi sono circa 2,3 milioni di giovani adulti di età compresa tra i 15 e i 34 anni (l'1,9 % di questa fascia d'età) che hanno consumato cocaina nel corso dell'ultimo anno.

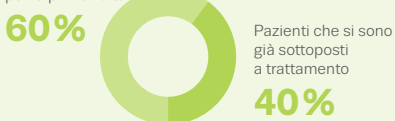
Solo Irlanda, Spagna, Paesi Bassi e Regno Unito hanno segnalato una prevalenza nell'ultimo anno del consumo di cocaina tra i giovani adulti pari o superiore al 2,5 %. A livello europeo, il calo nel consumo di cocaina segnalato negli anni precedenti non è stato osservato nelle indagini più recenti; tra i paesi che hanno presentato le indagini a partire dal 2014 e riferito livelli di confidenza, due hanno segnalato stime più alte, 11 le hanno dichiarate stabili e uno ha indicato stime più basse rispetto alla precedente indagine confrontabile.

## CONSUMATORI DI CANNABIS CHE SI SOTTOPONGONO A TRATTAMENTO

#### Caratteristiche



Pazienti che si sottopongono a trattamento per la prima volta

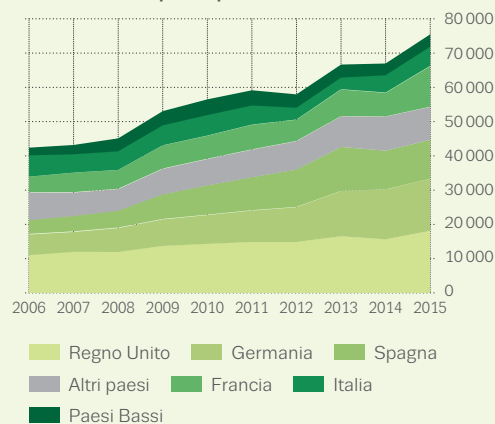


#### Frequenza di consumo nell'ultimo mese

Consumo medio 5,4 giorni alla settimana



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



NB: le caratteristiche riguardano tutti i pazienti che si sottopongono a trattamento per i quali la cannabis è la droga primaria. Le tendenze relative ai pazienti che si sottopongono a trattamento per la prima volta si basano su 23 paesi. A causa di cambiamenti nel flusso dei dati a livello nazionale, quelli a partire dal 2014 riferiti all'Italia non sono confrontabili con gli anni precedenti.

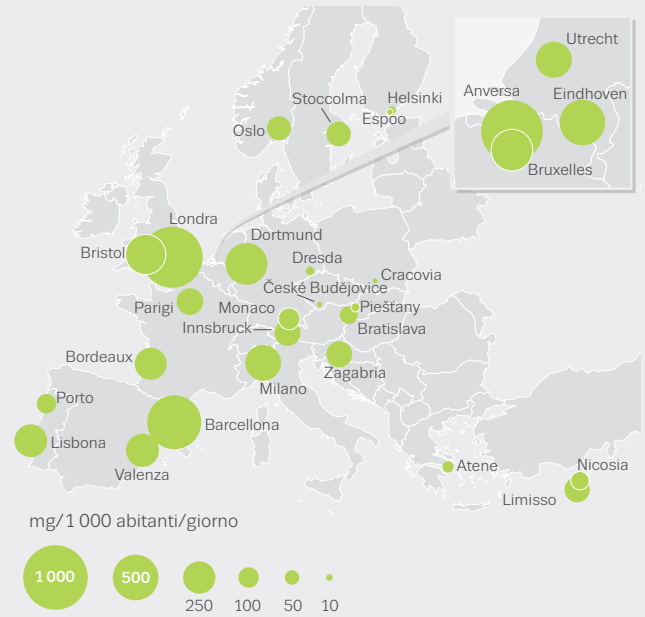
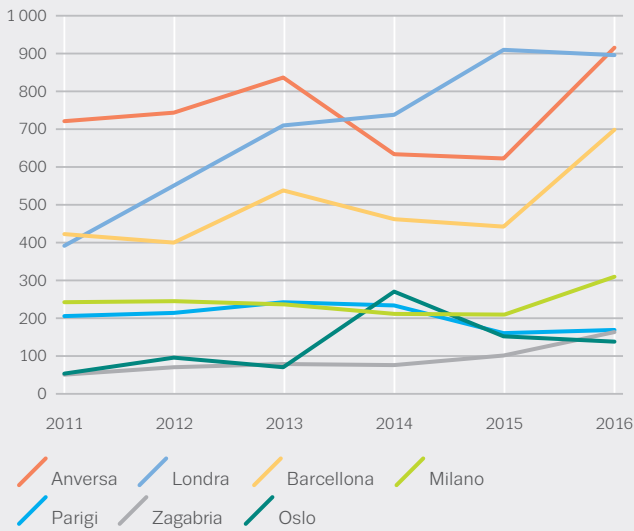




FIGURA 2.4

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

mg/1 000 abitanti/giorno



NB: quantità media giornaliera di benzoilecgonina in milligrammi per 1 000 abitanti. I campioni sono stati prelevati in una selezione di città europee nel corso di una settimana nel 2016.

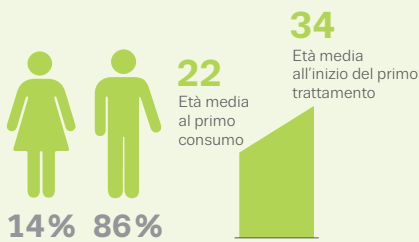
Fonte: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE)

Nel 2015, 7 400 consumatori che si sono sottoposti a trattamento in Europa hanno indicato il crack come droga primaria, quasi due terzi dei quali (4 800) nel Regno Unito e la maggior parte dei rimanenti (1 900) in Spagna, Francia e nei Paesi Bassi.

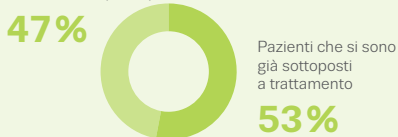
Inoltre, il Regno Unito (Inghilterra) ha stimato allo 0,48 % il consumo di crack tra la popolazione adulta nel 2011-2012. La maggior parte di questi consumatori di crack erano anche consumatori di oppiacei.

CONSUMATORI DI COCAINA CHE SI SOTTOPONGONO A TRATTAMENTO

Caratteristiche

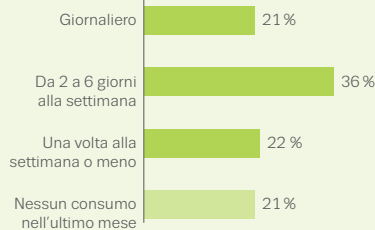


Pazienti che si sottopongono a trattamento per la prima volta

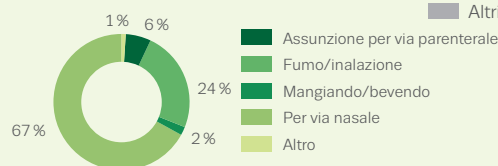


Frequenza di consumo nell'ultimo mese

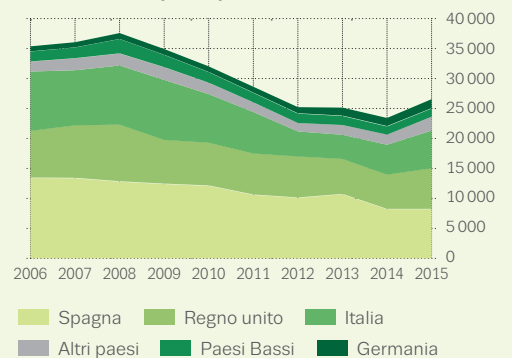
Consumo medio 3,7 giorni alla settimana



Via di somministrazione



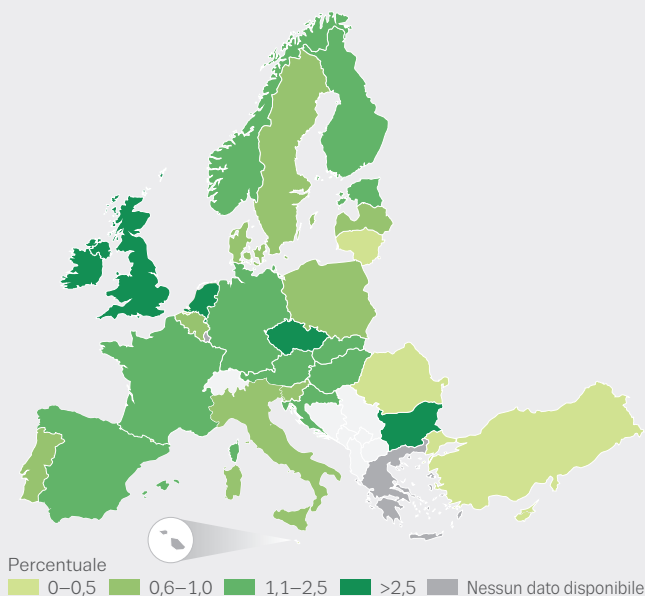
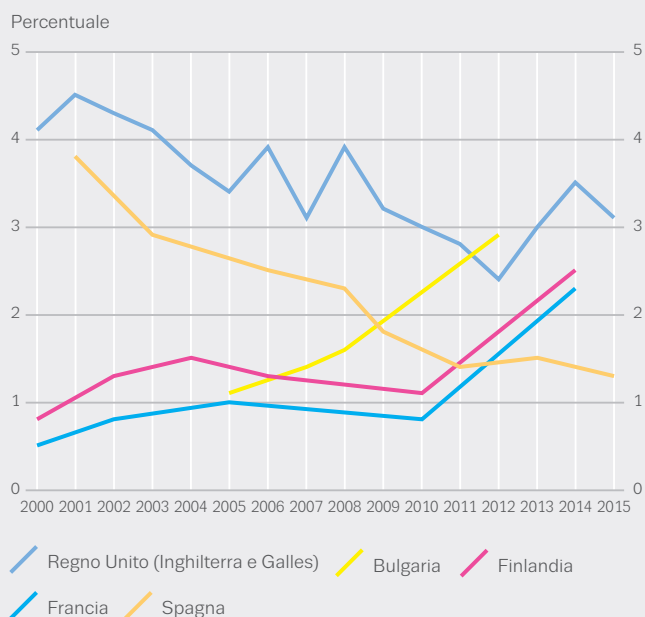
Tendenze relative ai pazienti che si sottopongono a trattamento per la prima volta



NB: le caratteristiche riguardano tutti i pazienti in trattamento per i quali la cocaina è la droga primaria. Le tendenze relative ai pazienti che si sottopongono a trattamento per la prima volta si basano su 23 paesi. A causa di cambiamenti nel flusso dei dati a livello nazionale, quelli a partire dal 2014 riferiti all'Italia non sono confrontabili con gli anni precedenti.

## FIGURA 2.5

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



### MDMA: consumo in continuo aumento

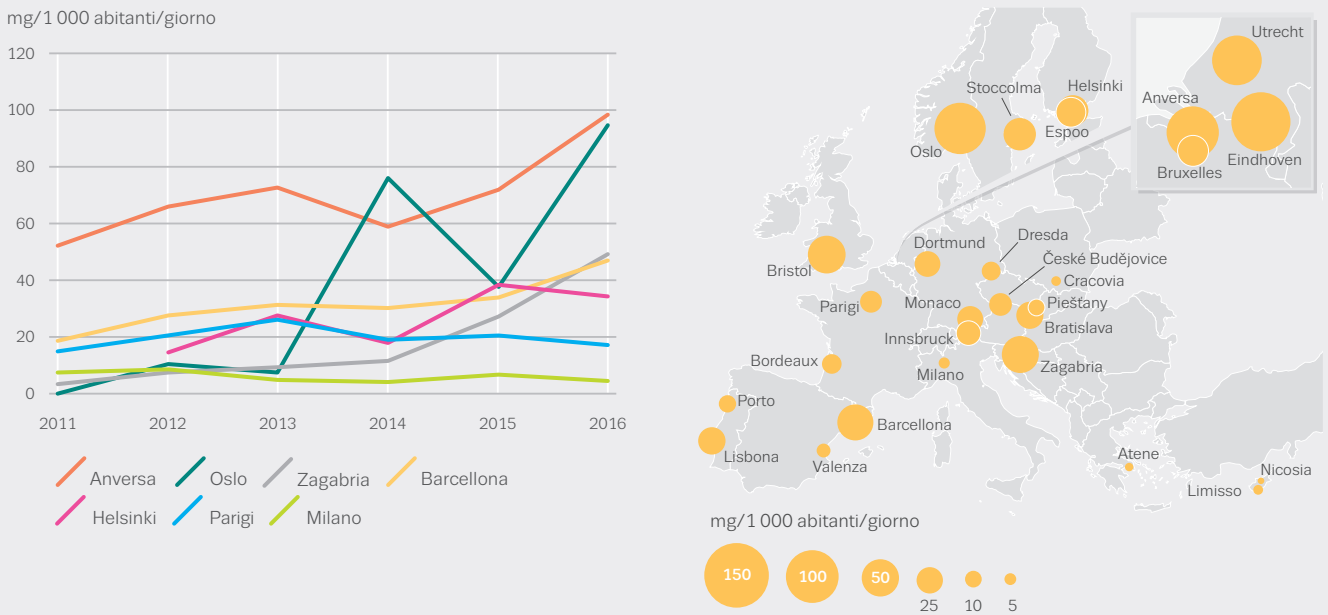
L'MDMA (3,4-metilenediossimetamfetamina) viene consumata in compresse (spesso denominate ecstasy), ma anche in cristalli e in polvere; le compresse vengono solitamente deglutite, mentre i cristalli e la polvere sono assunti oralmente ma possono anche essere assunti per inalazione sotto forma di polvere o vapori («dabbing»). Storicamente, la maggior parte delle indagini europee raccoglie dati sul consumo di ecstasy anziché su quello di MDMA, anche se ora questa tendenza sta cambiando.

Si stima che 14 milioni di adulti europei (15-64 anni), pari al 4,2 % di questa fascia d'età, abbiano provato l'MDMA/ecstasy in qualche momento della vita. Le cifre relative al consumo più recente nella fascia d'età in cui si rilevano i consumi più elevati suggeriscono che 2,3 milioni di giovani adulti (15-34 anni) abbiano consumato MDMA nell'ultimo anno (1,8 % di questa fascia d'età), con stime nazionali che oscillano tra lo 0,3 % a Cipro, in Lituania e Romania e il 6,6 % nei Paesi Bassi.

Fino a poco tempo fa, in molti paesi la prevalenza dell'MDMA era stata in calo rispetto ai livelli record raggiunti tra l'inizio e la metà degli anni 2000. Negli ultimi anni, tuttavia, le fonti di monitoraggio indicano un consumo crescente della sostanza. Tra i paesi che hanno presentato nuove indagini a partire dal 2014 segnalando intervalli di confidenza, i risultati suggeriscono una tendenza in crescita continua in Europa: cinque paesi segnalano stime più elevate e nove le indicano stabili rispetto alla precedente indagine confrontabile.

Laddove esistono dati che permettono di effettuare un'analisi statistica delle tendenze nel consumo di MDMA tra i giovani adulti nell'ultimo anno, quelli più recenti evidenziano dei cambiamenti. Dopo una fase di stabilità o di aumento graduale a partire dal 2000, Francia e Finlandia hanno segnalato aumenti significativi nel 2014 (figura 2.5). Nel Regno Unito l'incremento osservabile dal 2012 ha subito una battuta d'arresto con i dati del 2015, mentre in Spagna la tendenza di lungo periodo rimane al ribasso, nonostante i valori si siano recentemente stabilizzati.

FIGURA 2.6

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


NB: quantità media giornaliera di MDMA in milligrammi per 1000 abitanti. I campioni sono stati prelevati in una selezione di città europee nel corso di una settimana nel 2016.

Fonte: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE)

Un'analisi condotta in varie città nel 2016 ha rilevato i carichi di massa di MDMA più elevati nelle acque reflue delle città belghe, olandesi e norvegesi (figura 2.6). Delle 32 città che dispongono di dati per il 2015 e 2016, 17 hanno segnalato un aumento, 11 una flessione e quattro una situazione stabile. Considerando le tendenze a più lungo termine, nella maggior parte delle città che dispongono di dati per entrambi gli anni, i carichi di MDMA nelle acque reflue erano più elevati nel 2016 che nel 2011 e in alcune città sono stati osservati aumenti considerevoli.

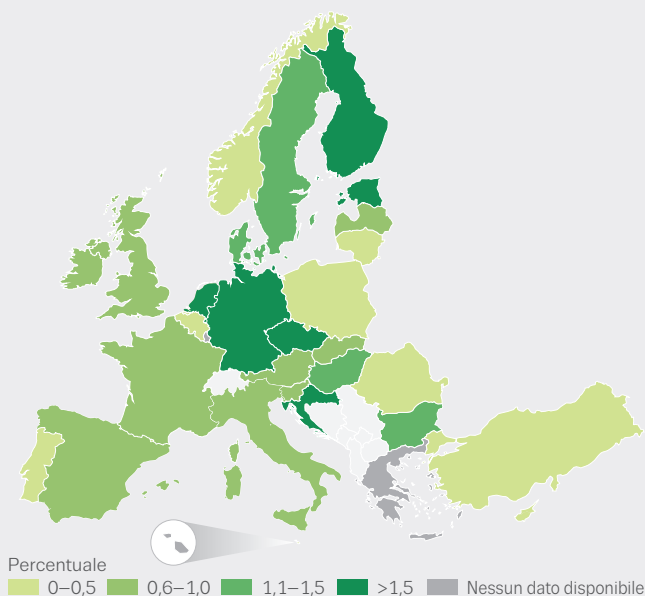
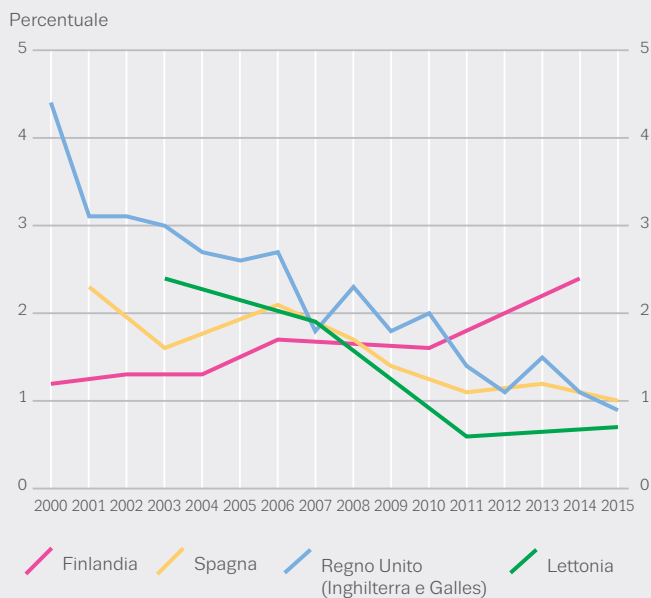
L'MDMA è spesso consumata insieme ad altre sostanze, tra cui l'alcol, e per tradizione è strettamente associata a contesti di vita notturna e nella fattispecie alla musica elettronica da discoteca. Le indicazioni attuali suggeriscono che, nei paesi a più alta prevalenza, l'MDMA non sia più una droga di nicchia o circoscritta alla sottocultura delle discoteche e delle feste, ma sia utilizzata da un ampio bacino di giovani in contesti tradizionali di vita notturna, tra cui bar e feste in casa.

Il consumo di MDMA è raramente segnalato come motivo per sottoporsi a trattamento specialistico della tossicodipendenza. Nel 2015 la sostanza è stata segnalata da meno dell'1% (circa 900 casi) dei pazienti che si sono sottoposti a trattamento per la prima volta in Europa.

**Le fonti di monitoraggio  
indicano un consumo  
crescente di MDMA**

## FIGURA 2.7

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



### Consumo di amfetamine: situazioni nazionali divergenti

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

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

Si stima che 12,5 milioni di adulti europei (15-64 anni), pari al 3,8 % di questa fascia d'età, abbiano provato le amfetamine in qualche momento della loro vita. Le cifre relative al consumo più recente nella fascia d'età in cui si rilevano i consumi più elevati indicano che 1,3 milioni di giovani adulti (15-34 anni) hanno consumato amfetamine nell'ultimo anno (1,1 % di questa fascia d'età), con le stime nazionali più recenti sulla prevalenza che oscillano tra lo 0,1 % a Cipro, in Portogallo e Romania e il 3,1 % nei Paesi Bassi. I dati disponibili fanno pensare che, dal 2000 circa, la situazione riguardante le tendenze nel consumo si sia mantenuta relativamente stabile nella maggior parte dei paesi europei. Dei paesi che hanno presentato indagini a partire dal 2014 e che hanno

segnalato intervalli di confidenza, due hanno riferito stime più alte, 10 le hanno dichiarate stabili e due hanno indicato stime più basse rispetto alla precedente indagine confrontabile.

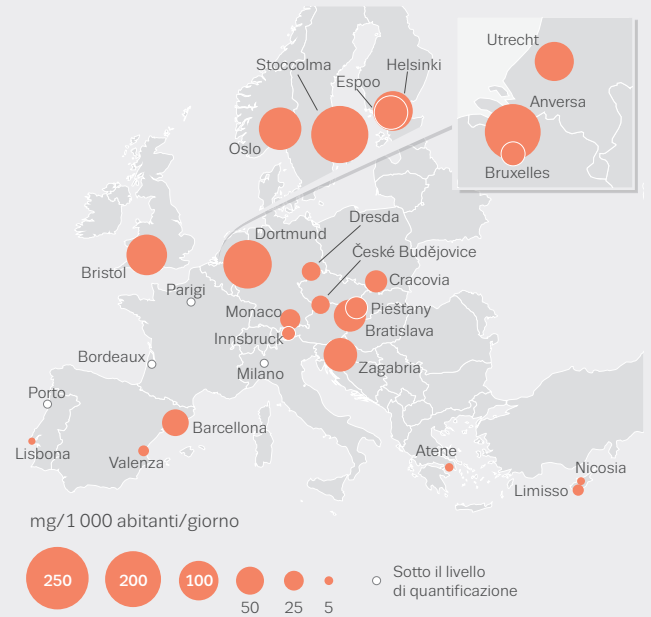
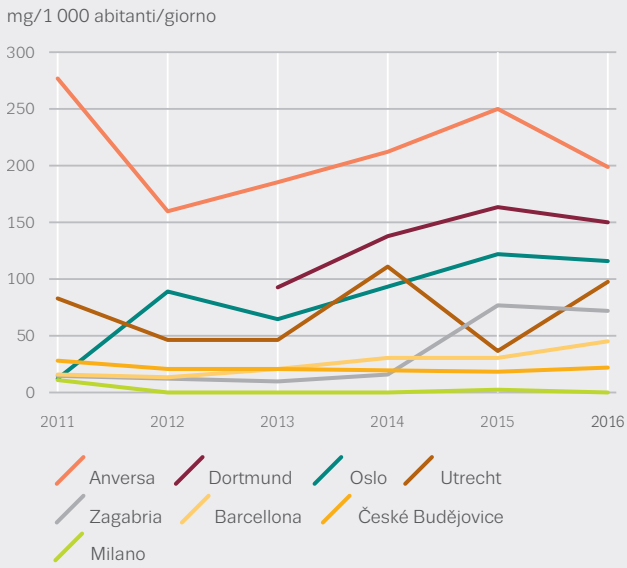
Un'analisi statistica delle tendenze nella prevalenza del consumo di amfetamine tra i giovani adulti nell'ultimo anno è possibile solo per un numero ristretto di paesi. In Spagna, in Lettonia e nel Regno Unito si osservano tendenze al ribasso nel lungo periodo (figura 2.7). Per contro, in Finlandia la prevalenza è in crescita costante dal 2000.

Dall'analisi delle acque reflue comunali svolta nel 2016 è emersa l'esistenza di variazioni considerevoli nei carichi di massa di amfetamina a livello europeo; i livelli più elevati sono stati riscontrati in città dell'Europa settentrionale (figura 2.8). Sono stati rilevati livelli di amfetamina decisamente inferiori nelle città dell'Europa meridionale. Delle 32 città che hanno dati disponibili per il 2015 e 2016, 13 hanno segnalato un incremento, nove una situazione stabile e 10 una flessione. Nel complesso, i dati relativi al periodo 2011-2016 hanno evidenziato tendenze relativamente stabili per l'amfetamina.

Il consumo di metamfetamina, generalmente basso e tradizionalmente concentrato nella Repubblica ceca e in Slovacchia, ha fatto ora la sua comparsa anche nella Germania orientale e nell'Europa settentrionale, con particolare riguardo per le città finlandesi (figura 2.9). Nel 2015 e 2016, delle 30 città che dispongono di dati sulla metamfetamina presente nelle acque reflue, 13 hanno segnalato un aumento, 10 una situazione stabile e sette un calo.

FIGURA 2.8

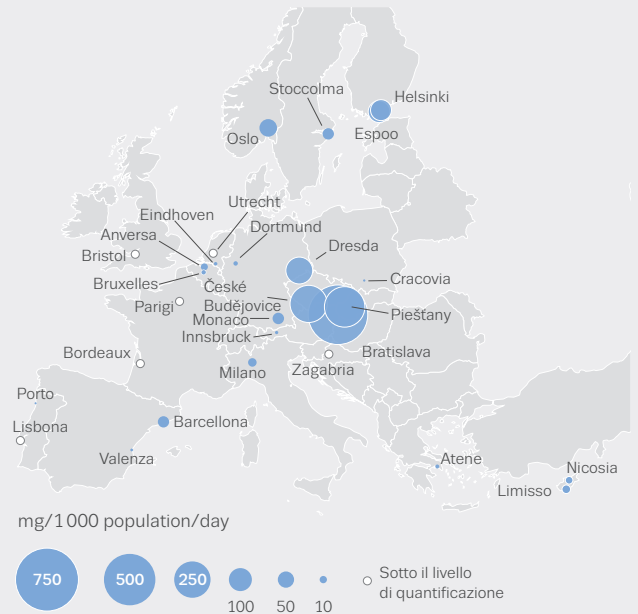
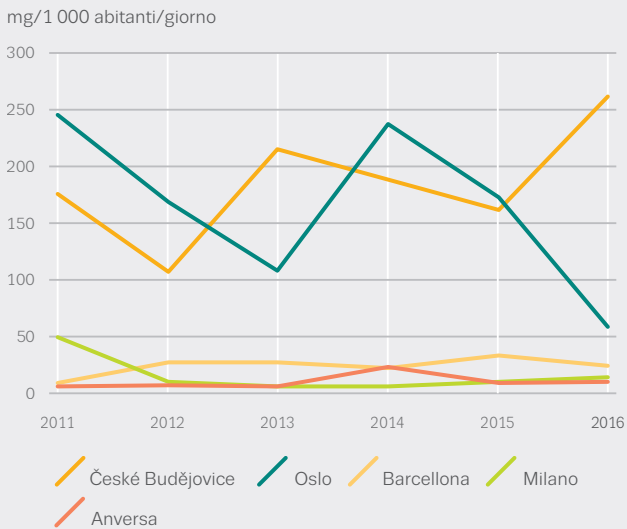
Residui di amfetamina nelle acque reflue in una selezione di città europee: tendenze e dati più recenti



NB: quantità media giornaliera di amfetamina in milligrammi per 1 000 abitanti. I campioni sono stati prelevati in una selezione di città europee nel corso di una settimana nel 2016.  
Fonte: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE)

FIGURA 2.9

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



NB: quantità media giornaliera di metamfetamina in milligrammi per 1 000 abitanti. I campioni sono stati prelevati in una selezione di città europee nel corso di una settimana nel 2016.  
Fonte: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE)

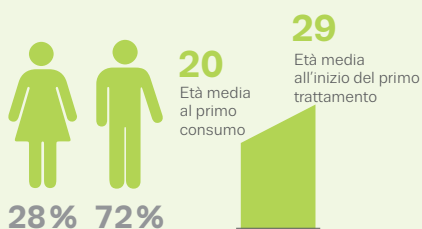
## Consumo ad alto rischio di amfetamine: richieste di trattamento in aumento

I problemi connessi al consumo prolungato e cronico e all'assunzione per via parenterale di amfetamina sono sempre stati più evidenti nei paesi dell'Europa settentrionale. Per contro, i problemi correlati al consumo di metamfetamina nel lungo periodo si sono maggiormente evidenziati in Repubblica ceca e Slovacchia. Stime recenti del consumo ad alto rischio di amfetamina sono disponibili per la Norvegia, dove il consumo è stimato allo 0,33 %, pari a 11 200 adulti, e per la Germania, con una stima di 0,19 %, ossia 102 000 consumatori nel 2015. I consumatori di amfetamine rappresentano probabilmente la maggioranza dei 2 180 (0,17 %) consumatori di stimolanti ad alto rischio segnalati dalla Lettonia nel 2014, un numero inferiore rispetto ai 6 540 (0,46 %) del 2010. Stime recenti del consumo ad alto rischio di metamfetamina sono disponibili per la Repubblica ceca e Cipro. Nella Repubblica ceca il consumo ad alto rischio di metamfetamina tra gli adulti (15-64 anni) è stato stimato attorno allo 0,49 % nel 2015. Il consumo ad alto rischio di tale sostanza, principalmente per via parenterale, è aumentato da 20 900 consumatori nel 2007 a un picco di 36 400 nel 2014, per poi calare a 34 200 nel 2015. Per Cipro la stima è dello 0,14 %, pari a 678 consumatori, nel 2015.

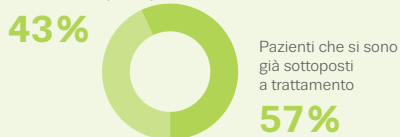
Le metamfetamine sono state indicate come la droga primaria da circa 34 000 pazienti che si sono sottoposti a trattamento specialistico della tossicodipendenza in Europa nel 2015, circa 14 000 dei quali entravano in trattamento per la prima volta. I consumatori primari di amfetamine costituiscono più del 15 % dei pazienti sottoposti a trattamento per la prima volta solo in Bulgaria, Germania, Lettonia, Polonia e Finlandia. I pazienti in trattamento che hanno segnalato la metamfetamina come droga primaria sono concentrati in Repubblica ceca e Slovacchia, che insieme rappresentano il 90 % dei 9 000 consumatori di metamfetamina sottoposti a trattamento specialistico in Europa. Nel complesso, la tendenza in aumento, osservata tra il 2006 e il 2014, nei pazienti sottoposti per la prima volta a trattamento che segnalano l'amfetamina o la metamfetamina come droga primaria è continuata nella maggior parte dei paesi anche nel 2015.

## CONSUMATORI DI AMFETAMINE IN TRATTAMENTO

### Caratteristiche

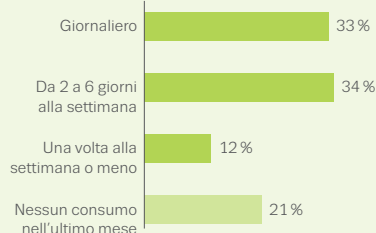


Pazienti che si sottopongono a trattamento per la prima volta

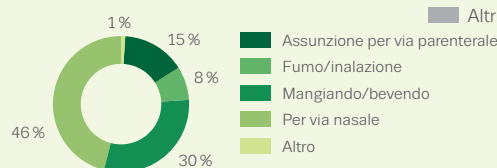


### Frequenza di consumo nell'ultimo mese

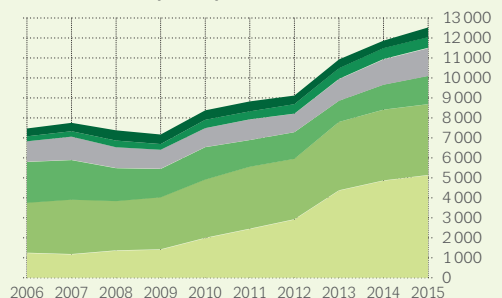
Consumo medio 4,4 giorni alla settimana



### Via di somministrazione



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



Germania Repubblica ceca Regno Unito  
Altri paesi Slovacchia Paesi Bassi

NB: le caratteristiche riguardano tutti i pazienti che si sottopongono a trattamento per i quali l'amfetamina è la droga primaria. Le tendenze relative ai pazienti che si sottopongono a trattamento per la prima volta si basano su 23 paesi.

### **Ketamina, GHB e allucinogeni: il consumo rimane basso**

In Europa vengono consumate alcune altre sostanze con proprietà allucinogene, anestetiche, dissociative o depressive, tra cui LSD (dietilammide dell'acido lisergico), funghi allucinogeni, ketamina e GHB (gammidrossibutirrato).

Negli ultimi due decenni, presso diversi sottogruppi di consumatori di droga in Europa, è stato segnalato l'uso in ambienti ricreativi di ketamina e GHB (compreso il suo precursore GBL, gammabutirrolattone). Laddove disponibili, le stime nazionali sulla prevalenza del consumo di GHB e ketamina negli adulti e nella popolazione scolastica rimangono basse. Nella sua indagine del 2015, la Norvegia ha segnalato una prevalenza del consumo di GHB nell'ultimo anno dello 0,1 % tra gli adulti (16-64 anni), mentre la prevalenza del consumo di ketamina, popper e GHB tra i giovani adulti (15-34 anni) nella Repubblica ceca e nel Regno Unito è stata stimata nel 2015 allo 0,6 %.

I livelli generali di prevalenza del consumo di funghi allucinogeni e LSD in Europa sono generalmente bassi e stabili ormai da qualche anno. Tra i giovani adulti (15-34 anni), le stime derivate da indagini nazionali relative alla prevalenza nell'ultimo anno sono inferiori all'1 % per entrambe le sostanze, ad eccezione dei Paesi Bassi (1,1 %) e della Repubblica ceca (2,2 %) per quanto riguarda il consumo di funghi allucinogeni nel 2015, e della Finlandia con una prevalenza dell'1,3 % per l'LSD nel 2014.

### **Consumo di nuove sostanze psicoattive: basso nella popolazione generale**

Alcuni paesi hanno inserito le nuove sostanze psicoattive nelle indagini sulla popolazione in generale, anche se metodi e domande differenti limitano la confrontabilità tra i vari Stati. Dal 2011, 11 paesi europei segnalano stime a livello nazionale sul consumo delle nuove sostanze psicoattive (esclusi ketamina e GHB). Per i giovani adulti (15-34 anni), la prevalenza del consumo di queste sostanze nell'ultimo anno varia dallo 0,3 % in Austria all'1,6 % nella Repubblica ceca e Irlanda.

Nell'ambito di queste indagini sono disponibili dati sul consumo di mefedrone per il Regno Unito (Inghilterra e Galles). Nell'indagine più recente (2015-2016), il consumo di questa droga nell'ultimo anno tra le persone di età compresa tra i 16 e i 34 anni era stimato allo 0,5 %, un dato inferiore rispetto all'1,1 % del 2014-2015.

Un numero limitato di indagini include domande sul consumo di cannabinoidi sintetici. Il consumo di tali sostanze nell'ultimo anno tra le persone di età compresa fra i 15 e i 34 anni era stimato nel 2015 all'1,5 % in Lettonia e allo 0,4 % in Slovacchia e, nel 2014, allo 0,1 % in Finlandia. Sempre nel 2014, una percentuale stimata del 4 % delle persone tra i 18 e i 34 anni ha dichiarato di aver già fatto uso di cannabinoidi sintetici.

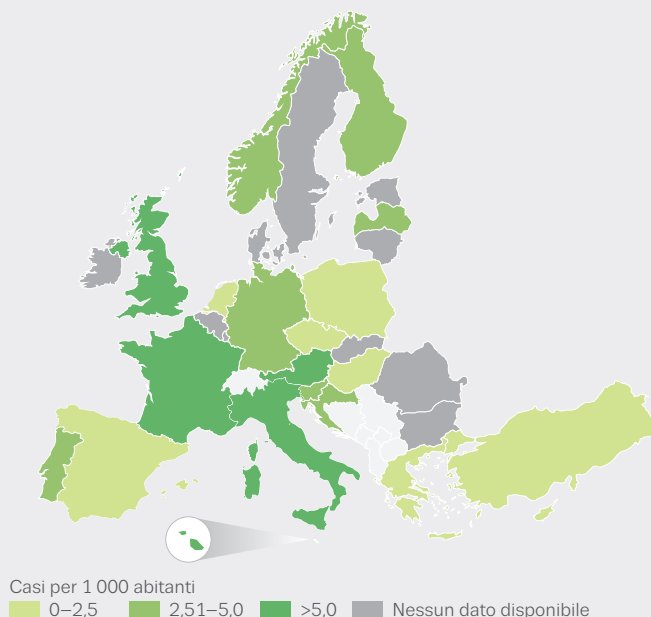
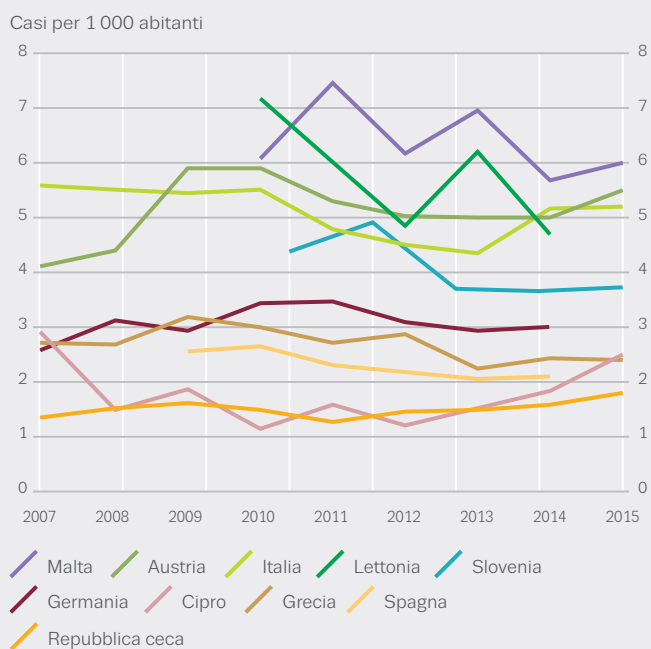
### **Nuove sostanze psicoattive: consumo ad alto rischio nelle popolazioni emarginate**

L'EMCDDA ha indagato nel 2016 il consumo di nuove sostanze psicoattive da parte di consumatori ad alto rischio. Lo studio ha riscontrato che, sebbene i livelli di consumo fossero complessivamente bassi in Europa, i modelli dello stesso erano correlati a molteplici problematiche. Gran parte dei paesi europei (22) ha segnalato un certo livello di consumo di nuove sostanze psicoattive tra i gruppi di consumatori ad alto rischio, anche se il consumo più esteso tra coloro che assumono oppiacei e stimolanti per via parenterale era limitato all'Ungheria e ad alcune parti del Regno Unito. L'assunzione di catinoni sintetici per via parenterale è stata segnalata nella metà (15) dei paesi, con frequenti variazioni da paese a paese nella sostanza assunta: per esempio, mefedrone nel Regno Unito, alfa-PVP in Finlandia, pentedrone in Ungheria e 3-MMC in Slovenia. Il fumo di cannabinoidi sintetici nelle popolazioni emarginate, tra cui senzatetto e detenuti, è un problema emergente che si riscontra in circa due terzi dei paesi europei.

In Europa poche persone si sottopongono attualmente a trattamento per problemi legati al consumo di nuove sostanze psicoattive, sebbene vi sia una probabile omissione di segnalazioni a questo riguardo. Nel 2015, circa 3 200 consumatori, cioè meno dell'1 % delle persone che si sottopongono a trattamento specialistico della tossicodipendenza in Europa, hanno segnalato problemi correlati a tali sostanze. Nel Regno Unito, circa 1 500 persone che si sono sottoposte a trattamento (cioè circa l'1 % di tutti i consumatori di droga) hanno segnalato di fare uso principalmente di catinoni sintetici; Ungheria e Romania riferiscono inoltre cifre relativamente elevate di consumatori di nuove sostanze psicoattive che si sottopongono a trattamento della tossicodipendenza.

FIGURA 2.10

Stime nazionali relative al tasso di prevalenza annuale del consumo ad alto rischio di oppiacei: tendenze specifiche e dati più recenti



### Consumatori ad alto rischio di oppiacei: l'eroina ancora predominante

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

In Europa si sono registrate varie ondate di dipendenza da eroina: la prima ha investito molti paesi dell'Europa occidentale dalla metà degli anni Settanta, mentre la seconda ha interessato altri paesi, in particolare quelli dell'Europa centrale e orientale, dalla metà alla fine degli anni Novanta. Negli ultimi anni è stata rilevata l'esistenza di una coorte meno giovane di consumatori ad alto rischio di oppiacei, che si sono probabilmente già sottoposti a terapia sostitutiva.

La prevalenza media del consumo ad alto rischio di oppiacei tra gli adulti (15-64 anni) nel 2015 è stimata allo 0,4 % della popolazione dell'UE, l'equivalente di 1,3 milioni di consumatori ad alto rischio di oppiacei in Europa. A livello nazionale le stime relative alla prevalenza del consumo ad alto rischio di oppiacei variano da meno di uno a più di otto casi per 1 000 abitanti di età compresa tra i 15 e i 64 anni (figura 2.10). Cinque paesi rappresentano tre quarti (76 %) dei consumatori stimati ad alto rischio di tali sostanze nell'Unione europea (Germania, Spagna, Francia, Italia, Regno Unito). Dei 10 paesi che hanno effettuato stime ripetute del consumo ad alto rischio di oppiacei tra il 2007 e il 2015, la Spagna mostra un calo statisticamente rilevante (figura 2.10).

Nel 2015, dei 191 000 pazienti sottoposti a trattamento specialistico in Europa che hanno indicato gli oppiacei come la loro droga primaria, 37 000 entravano in trattamento per la prima volta. I consumatori di eroina rappresentavano il 79 % dei consumatori di oppiacei quale droga primaria sottoposti a trattamento per la prima volta.

### Una popolazione di consumatori di oppiacei in invecchiamento

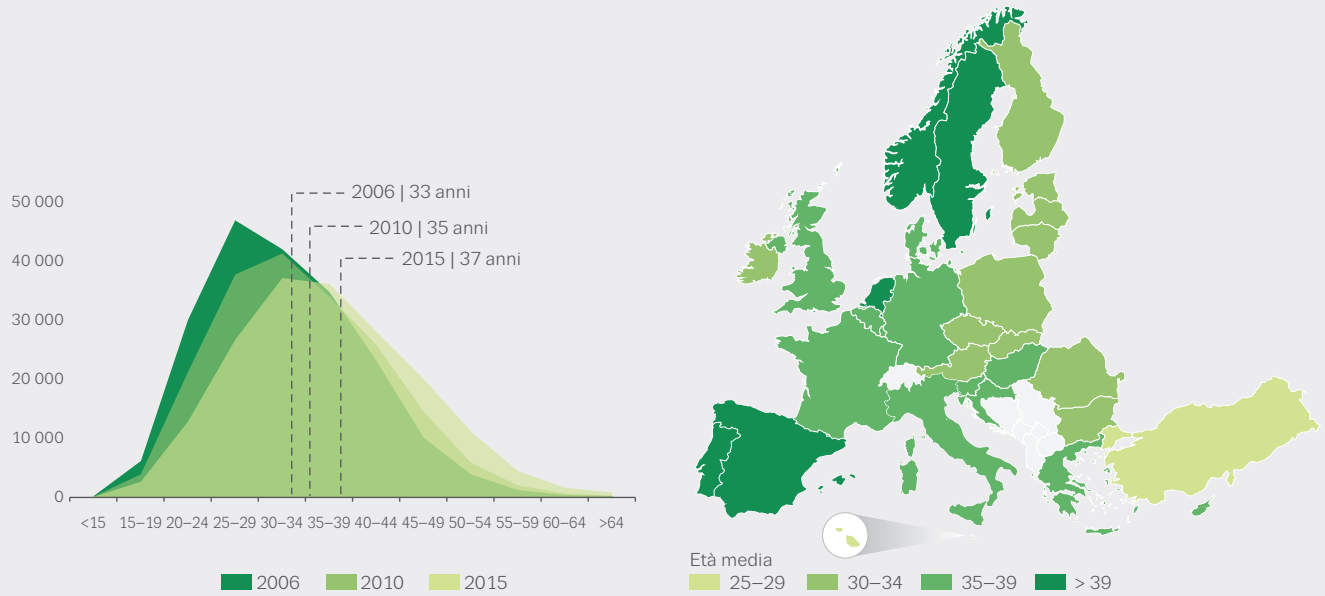
Il numero dei pazienti eroinomani che entravano in trattamento per la prima volta si è più che dimezzato nel 2013 (23 000), dopo aver toccato l'apice nel 2007 (56 000), per poi salire a 29 000 nel 2015. Questo recente incremento è imputabile ad alcuni paesi, ma va interpretato con cautela, in quanto le variazioni nelle segnalazioni a livello nazionale potrebbero aver influito sul totale a livello di UE.

In Europa numerosi consumatori a lungo termine di oppiacei, generalmente in un contesto di poliassunzione, hanno ora un'età compresa tra 40 e 50 anni. Tra il 2006 e il 2015 l'età media di coloro che si sono sottoposti a trattamento per problemi correlati all'uso di oppiacei è cresciuta di 4 anni (figura 2.11). Durante lo stesso periodo, l'età media dei decessi indotti da stupefacenti (che sono principalmente correlati agli oppiacei) è aumentata di 5,5 anni. Un passato di assunzione di droga per via parenterale, combinato con una salute cagionevole, cattive condizioni di vita e il consumo di tabacco e alcol, espone questi consumatori a tutta una serie di problemi di salute cronici, tra cui malattie polmonari e cardiovascolari. I consumatori a



FIGURA 2.11

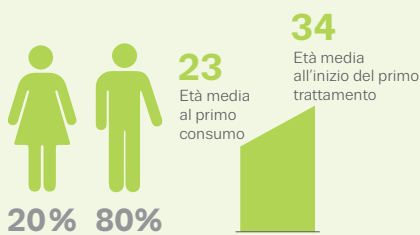
Cambiamenti, nel corso del tempo, nella categoria di età delle persone che si sottopongono a trattamento per consumo di oppiacei quali droga primaria (a sinistra) ed età media per paese (a destra)



lungo termine di oppiacei segnalano inoltre dolori cronici e l'infezione con il virus dell'epatite C li può esporre maggiormente al rischio di cirrosi o di altri problemi epatici. Gli effettivi cumulativi della poliassunzione, dell'overdose e delle infezioni nel corso di molti anni accelerano l'invecchiamento fisico di questi consumatori, con un impatto considerevole sui servizi sociali e di trattamento, come anche sulla prevenzione dei decessi per droga.

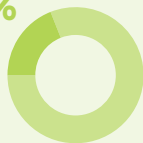
## CONSUMATORI DI HEROINA IN TRATTAMENTO

### Caratteristiche



Pazienti che si sottopongono a trattamento per la prima volta

19%

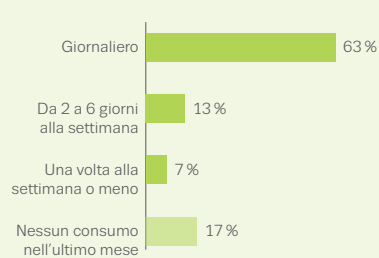


Pazienti che si sono già sottoposti a trattamento

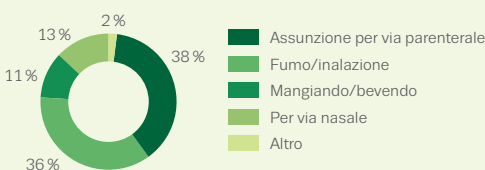
81%

### Frequenza di consumo nell'ultimo mese

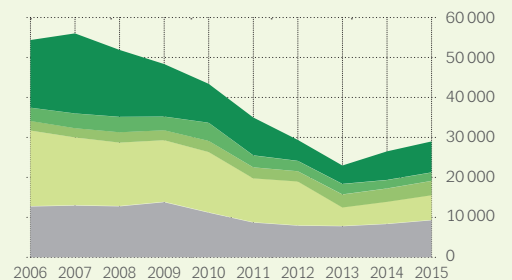
consumo medio 6 giorni alla settimana



### Via di somministrazione



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

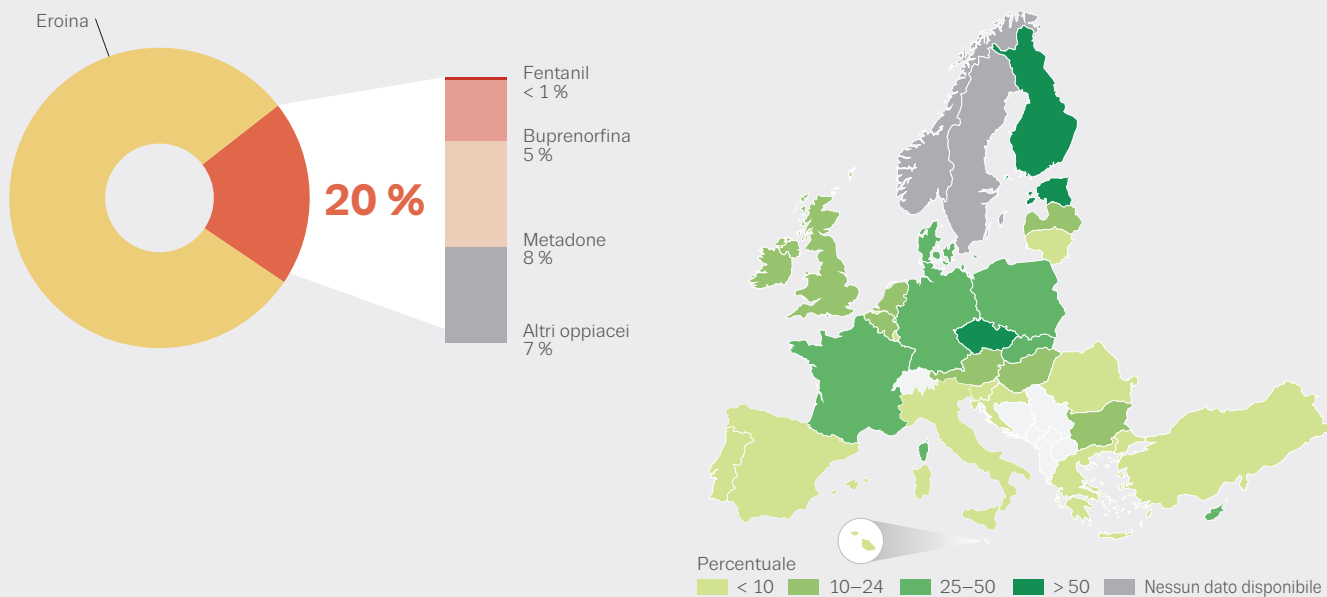


Altri paesi, Regno Unito, Germania, Spagna, Italia

NB: le caratteristiche riguardano tutti i pazienti che si sottopongono a trattamento per i quali l'eroina è la droga primaria. Le tendenze relative ai pazienti che si sottopongono a trattamento per la prima volta si basano su 23 paesi. A causa di cambiamenti nel flusso dei dati a livello nazionale, quelli a partire dal 2014 riferiti all'Italia non sono confrontabili con gli anni precedenti.

FIGURA 2.12

Pazienti che si sottopongono a trattamento per consumo di oppiacei come droga primaria: per tipo di oppiacei (a sinistra) e percentuale che segnala oppiacei diversi dall'eroina (a destra)



### Oppiacei sintetici: sempre più presenti nel consumo ad alto rischio di oppiacei

Se l'eroina resta l'oppiaceo illecito più frequentemente consumato, varie fonti suggeriscono un abuso crescente di oppiacei sintetici legali (quali metadone, buprenorfina, fentanil). Nel 2015, 17 paesi europei hanno segnalato che oltre il 10 % di tutti i consumatori di oppiacei che si sono sottoposti al trattamento specialistico lo ha fatto per problemi correlati principalmente a oppiacei diversi dall'eroina (figura 2.12). Tra gli oppiacei segnalati dai pazienti in trattamento figurano il metadone, la buprenorfina, il fentanil, la codeina, la morfina, il tramadolo e l'ossicodone. In alcuni paesi gli oppiacei diversi dall'eroina sono le droghe più comunemente consumate tra i pazienti in trattamento. In Estonia, per esempio, la maggior parte dei pazienti sottoposti a trattamento che hanno segnalato gli oppiacei come droga primaria faceva uso di fentanil, mentre in Finlandia l'oppiaceo di cui si abusa più frequentemente è la buprenorfina. Nella Repubblica ceca, anche se l'eroina rimane l'oppiaceo più diffuso quale droga primaria, gli altri oppiacei sono menzionati da poco più della metà di coloro che si sottopongono a trattamento per problemi correlati a tali sostanze.

### Consumo di stupefacenti per via parenterale: ai minimi storici tra i nuovi pazienti che entrano in trattamento

L'assunzione di stupefacenti per via parenterale è più comunemente associata agli oppiacei, benché in alcuni paesi il consumo con tale modalità di stimolanti come le amfetamine o la cocaina costituisca un problema.

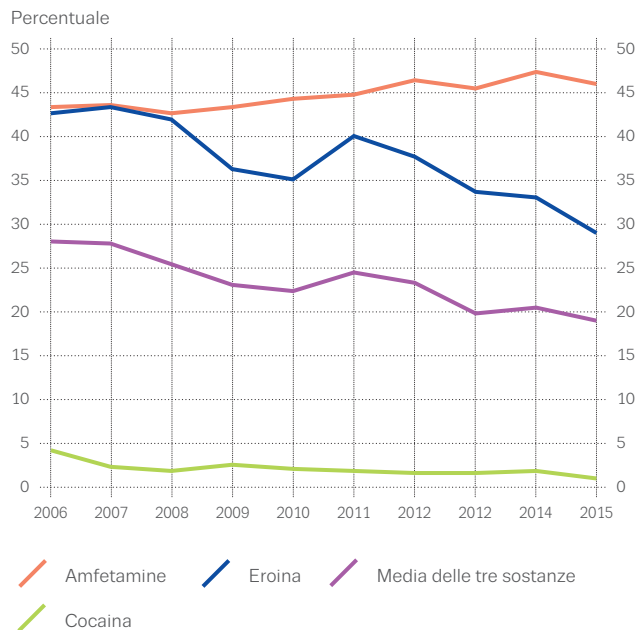
Solo 12 paesi dispongono di stime recenti sulla prevalenza del consumo di stupefacenti per via parenterale dal 2012 a oggi, che varia da meno di 1 a 9 casi per 1 000 abitanti di età compresa fra i 15 e i 64 anni.

Tra i pazienti che si sono sottoposti a trattamento per la prima volta nel 2015 e hanno segnalato l'eroina come droga primaria, il 29 % ha indicato il consumo per via parenterale come modalità principale di assunzione, contro il 43 % del 2006 (figura 2.13). All'interno di questo gruppo, i livelli di assunzione per via parenterale variano a seconda del paese, dall'8 % in Spagna al 90 % o più in Lettonia, Lituania e Romania. Tra i pazienti che si sono sottoposti a trattamento per la prima volta e hanno segnalato le amfetamine come droga primaria, il 46 % ha indicato il consumo per via parenterale come modalità principale di assunzione, a fronte dell'1 % dei cocainomani che sono entrati in trattamento per la prima volta. Se si considerano insieme le tre principali sostanze stupefacenti assunte per via parenterale dai pazienti che entrano in trattamento per la prima volta in Europa, si segnala il calo (dal 28 % nel 2006 al 19 % nel 2015) di questo consumo come modalità principale di assunzione.

**FIGURA 2.13**

Pur non trattandosi di un fenomeno diffuso, l'assunzione per via parenterale di catinoni sintetici è costantemente segnalata in popolazioni specifiche, tra cui consumatori di oppiacei per via parenterale e pazienti in trattamento in alcuni paesi. In un recente studio dell'EMCDDA, 10 paesi hanno segnalato l'assunzione di catinoni sintetici per via parenterale (spesso insieme ad altri stimolanti e GHB) nel contesto di feste a sfondo sessuale tra piccoli gruppi di uomini che hanno rapporti sessuali con altri uomini.

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



**L'abuso di oppiacei sintetici è sempre più diffuso**

## MAGGIORI INFORMAZIONI

### Pubblicazioni dell'EMCDDA

#### 2017

High-risk drug use and new psychoactive substances, Rapid communications.

Country Drug Reports 2017.

#### 2016

Wastewater analysis and drugs — a European multi-city study, Perspectives on Drugs.

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

Recent changes in Europe's MDMA/ecstasy market, Rapid communication.

#### 2015

Misuse of benzodiazepines among high-risk opioid users, Perspectives on Drugs.

Drug use, impaired driving and traffic accidents, Insights.

#### 2014

Exploring methamphetamine trends in Europe, EMCDDA Papers.

Injection of synthetic cathinones, Perspectives on Drugs.

#### 2013

Characteristics of frequent and high-risk cannabis users, Perspectives on Drugs.

Trends in heroin use in Europe — what do treatment demand data tell us?, Perspectives on Drugs.

#### 2012

Treatment demand indicator (TDI) standard protocol 3.0: Guidelines for reporting data on people entering drug treatment in European countries, Manuals.

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

Fentanyl in Europe, EMCDDA Trendspotter study.

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

### Pubblicazioni congiunte EMCDDA ed ESPAD

#### 2016

ESPAD Report 2015 — Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs.

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



# 3

**Problemi di salute di tipo cronico  
e acuto sono correlati al consumo  
di sostanze illecite**

# Danni correlati al consumo di droga e relative risposte

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

creando uno scenario complesso per le risposte in tema di droga.

La definizione e fornitura di risposte efficaci e basate su dati comprovati ai problemi associati alle sostanze stupefacenti è un aspetto centrale per le politiche europee in materia di droga e implica tutta una serie di misure. Gli approcci che puntano alla prevenzione e all'intervento precoce si prefiggono lo scopo di prevenire il consumo di sostanze illecite e i problemi a esso associati, mentre il trattamento tramite approcci sia psicosociali che farmacologici rappresenta la risposta prioritaria nei confronti della dipendenza. Alcuni interventi chiave, come le terapie sostitutive per la dipendenza da oppiacei e i programmi di fornitura di aghi e siringhe, sono stati sviluppati nell'ambito di una risposta al consumo di oppiacei per via parenterale e ai relativi problemi, tra cui in particolare la diffusione di malattie infettive e i decessi per overdose.

## Monitoraggio dei danni correlati al consumo di droga e relative risposte

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

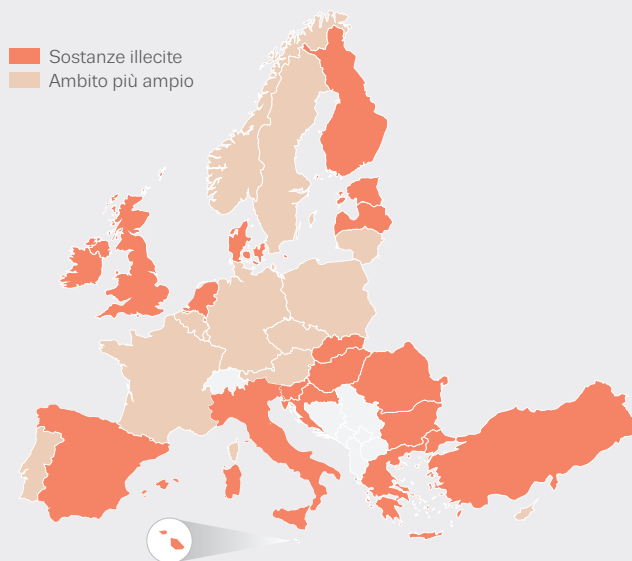
Le malattie infettive correlate al consumo di droga, così come la morbilità e mortalità associate a questo fenomeno, rappresentano i principali danni alla salute monitorati sistematicamente dall'EMCDDA. Queste informazioni sono integrate da dati più limitati sui ricoveri ospedalieri riconducibili a problemi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

### Strategie in materia di droga: coordinare le risposte

Le strategie nazionali in materia di droga sono strumenti di pianificazione e di coordinamento comunemente usati dai paesi europei per formulare le loro risposte alle varie sfide di tipo sanitario, sociale e di sicurezza che sono correlate ai problemi di droga. Solitamente includono alcuni principi, obiettivi e priorità di carattere generale, ma specificano anche i relativi interventi e le persone responsabili dell'attuazione. Mentre la Danimarca ha una politica in materia di droga che si esprime attraverso una serie di documenti strategici, atti legislativi e interventi concreti, tutti gli altri paesi hanno un documento strategico nazionale dedicato a questa problematica. In 18 paesi, la strategia in materia di droga è mirata principalmente alle sostanze illecite. Negli altri 12 paesi, la politica segue un approccio più ampio, prestando maggiore attenzione ad altre sostanze e comportamenti che creano dipendenza. Va comunque notato che, nel Regno Unito, le amministrazioni decentralizzate di Galles e Irlanda del Nord dispongono di documenti strategici di ampio respiro che, se inclusi, portano a 14 il numero totale delle strategie generali di lotta alle sostanze illecite (figura 3.1). Questi documenti di ampio respiro si rivolgono principalmente alle sostanze illecite e presentano differenze nel modo in cui vengono considerate altre sostanze e dipendenze. Tutti i 14 documenti si occupano del problema dell'alcol; inoltre, nove affrontano quello del tabacco, otto prendono in esame i farmaci, tre includono il doping nelle attività sportive (per esempio, le droghe che accrescono il rendimento agonistico) e sette considerano i comportamenti che creano dipendenza (per esempio il

FIGURA 3.1

Ambito di interesse dei documenti nazionali strategici in materia di droga: sostanze illecite o ambito più ampio



NB: le strategie con un ambito di interesse più ampio possono includere, per esempio, sostanze legali e altre dipendenze. Mentre il Regno Unito dispone di una strategia per le droghe illecite, Galles e Irlanda del Nord hanno documenti strategici di più ampio respiro che contemplano anche l'alcol.

gioco d'azzardo). Le strategie nazionali sostengono l'approccio equilibrato alla politica in materia di droga portato avanti nella strategia in materia di droga (2013-2020) e nei piani d'azione (2013-2016 e 2017-2020) dell'UE, che pongono uguale enfasi sulla riduzione della domanda e dell'offerta di stupefacenti.

La valutazione di una strategia nazionale in materia di droga è ormai una prassi standard in seno agli Stati membri dell'UE. In genere lo scopo è valutare il livello raggiunto in termini di attuazione della strategia e le variazioni nella situazione complessiva degli stupefacenti nel corso del tempo. Nel 2016 è stato segnalato il recente svolgimento di 10 valutazioni a criteri multipli, 10 verifiche dell'avanzamento nell'attuazione e quattro valutazioni specifiche, mentre sei paesi hanno adottato approcci differenti tra cui un misto di valutazione degli indicatori e progetti di ricerca. Man mano che alcuni paesi ampliano il campo di applicazione delle loro strategie in materia di droga ad altre sostanze e dipendenze comportamentali, la concezione di metodi e indicatori per il monitoraggio e la valutazione di tali documenti strategici potrebbe divenire una sfida più complessa.



### Risposte correlate alla droga: i costi degli interventi

Comprendere i costi degli interventi effettuati nel settore degli stupefacenti rappresenta un aspetto importante della valutazione politica. Tuttavia, le informazioni disponibili sulla spesa pubblica in materia di droga in Europa, a livello locale e nazionale, restano limitate ed eterogenee. Per i 23 paesi che hanno elaborato stime negli ultimi dieci anni, la spesa pubblica relativa alla droga è calcolata tra lo 0,01 % e lo 0,5 % del prodotto interno lordo (PIL).

La spesa per la riduzione della domanda come percentuale del bilancio complessivo destinato al problema della droga presentava variazioni sostanziali tra i vari paesi, oscillando tra il 23 % e l'83 % della spesa pubblica per la tossicodipendenza. Benché le differenze siano dovute in parte a diverse opzioni strategiche e all'organizzazione dei servizi pubblici, anche la completezza delle stime ha un impatto considerevole. Nelle stime attuali, il trattamento della tossicodipendenza e altri costi sanitari rappresentano un'ampia quota della spesa per la riduzione della domanda. Sebbene il monitoraggio della spesa destinata al trattamento della tossicodipendenza rimanga ad oggi il più sviluppato, occorrono comunque miglioramenti metodologici.

La spesa pubblica per fornire risposte al problema della droga costituisce solo una parte dei costi sostenuti dalla società a causa delle sostanze illecite. A questi si possono aggiungere i costi sostenuti dal singolo, quali contributi privati all'assistenza sanitaria, e i costi esterni a carico della società, come le perdite di produttività e gli oneri finanziari dovuti ai decessi prematuri e alle malattie riconducibili al consumo di droga. La valutazione di tutti questi costi per la società potrebbe aiutare a indirizzare le risorse in maniera più efficace. Nei paesi europei per i quali vi sono informazioni disponibili, il costo sociale delle sostanze illecite è stimato tra lo 0,1 % e il 2 % del PIL.

### Riduzione della domanda: standard europei

A livello europeo e nazionale, gli standard di qualità per la riduzione della domanda di stupefacenti sono sempre più riconosciuti come strumenti per l'attuazione di interventi basati su dati. Nel 2015 il Consiglio dei ministri dell'UE ha adottato 16 standard di qualità minimi per la riduzione della domanda di stupefacenti nell'Unione europea e i paesi sono stati esortati a integrarli nelle loro politiche in materia di droga. Gli standard di qualità europei sono un insieme di dichiarazioni d'intenti in merito alla prevenzione, al trattamento, alla riduzione dei danni e al reinserimento sociale. Tali standard associano la qualità degli interventi a misure concrete, tra cui una formazione adeguata del personale e la predisposizione di interventi basati su dati comprovati, nonché a principi quali il rispetto per le esigenze dell'individuo e l'osservanza dei canoni etici. Essi pongono inoltre in evidenza la necessità del coinvolgimento di tutte le parti interessate, compresa la società civile, nell'attuazione e valutazione degli interventi.

I dati raccolti dall'EMCDDA indicano che la maggior parte dei paesi europei dispone già di standard di qualità, mentre altri li stanno sviluppando. Tali standard vengono utilizzati in vario modo: in alcuni paesi servono per valutare la fornitura di servizi, ma sono anche usati come requisito per la partecipazione a gare d'appalto di servizi nonché come strumenti per l'autovalutazione del livello dei servizi stessi.

### Assicurare la prevenzione: un approccio sistemico

La prevenzione del consumo di stupefacenti e dei problemi connessi alla droga tra i giovani si avvale di un'ampia gamma di approcci diversi. Gli approcci ambientali e universali sono diretti all'intera popolazione, la prevenzione "selettiva" si concentra sui gruppi vulnerabili, più esposti al rischio di problemi di tossicodipendenza, mentre la prevenzione "mirata" è rivolta agli individui a rischio.

**Standard di qualità  
esistono attualmente  
nella maggior parte  
dei paesi europei**

Esistono numerose differenze nel modo in cui i paesi europei affrontano la prevenzione: alcuni tendono infatti ad adottare approcci più ampi di tipo ambientale e su base locale (per esempio, regolamentando alcolici e vita notturna), mentre altri si avvalgono principalmente di programmi basati su manuali. L'utilizzo di programmi di prevenzione basati su manuali, caratterizzati da contenuti e risultati rigorosamente definiti, può costituire un mezzo efficace per raggiungere vaste popolazioni con interventi basati su dati. Tali programmi sono segnalati quale componente centrale degli approcci di prevenzione nazionali di sei Stati membri.

Altri paesi hanno ritenuto prioritario un approccio sistemico più ampio ai loro interventi di prevenzione, concentrandosi non solo su programmi individuali, ma anche su fattori quali i meccanismi di attuazione, l'interazione tra gli interventi e il contesto sociale e delle politiche. Ne è un esempio l'approccio «Communities That Care» (comunità che si prendono cura) attuato in cinque paesi dell'UE. Tale approccio, sviluppato negli Stati Uniti, si basa sulla premessa per cui è possibile ottenere una riduzione della prevalenza dei problemi di salute e comportamentali tra i giovani mediante l'individuazione di fattori di rischio e protettivi e la selezione di programmi efficaci di intervento precoce per affrontarli. Sebbene non siano ancora state effettuate valutazioni nel contesto europeo, da una recente verifica sistematica sono emerse alcune prove dell'efficacia dell'approccio «Communities That Care» quale iniziativa di prevenzione della droga nell'ambito di studi statunitensi.

### | Affrontare vulnerabilità e rischi

Alcuni paesi europei attuano risposte di prevenzione selettiva per gruppi vulnerabili attraverso interventi che si rivolgono sia ai comportamenti individuali che ai contesti sociali. A livello locale, tali approcci possono coinvolgere una pluralità di servizi e parti interessate (per esempio, parti sociali, familiari, giovani e forze di polizia) e sono diffusi nei paesi nordici e in Irlanda, ma anche in parti di Spagna e Italia. I gruppi bersaglio sono perlopiù giovani con precedenti penali, studenti con problemi scolastici e sociali e giovani ospitati presso istituti di cura. Si sa poco dei contenuti effettivi di tali strategie di prevenzione e la valutazione è limitata. I dati sui pareri di esperti, tuttavia, indicano che le tecniche di prevenzione selettiva maggiormente diffuse si basano sulla fornitura di informazioni.

In alcuni paesi sono stati adottati approcci di prevenzione rivolti ai quartieri ad alto rischio, che utilizzano nuovi metodi quali la riprogettazione degli spazi urbani e mappe del rischio per aiutare a stabilire le priorità degli interventi. Si segnalano interventi di questo genere soprattutto nell'Europa settentrionale e occidentale (figura 3.2), mentre approcci chiaramente efficaci (a livello normativo e ambientale) sono attuati in poco più di un quarto dei paesi.

La prevenzione mirata si rivolge agli individui a rischio. Questo genere di interventi è limitato in Europa, laddove solo quattro paesi segnalano la disponibilità di programmi di prevenzione mirata per la maggioranza di coloro che ne hanno bisogno.

### | Interventi brevi

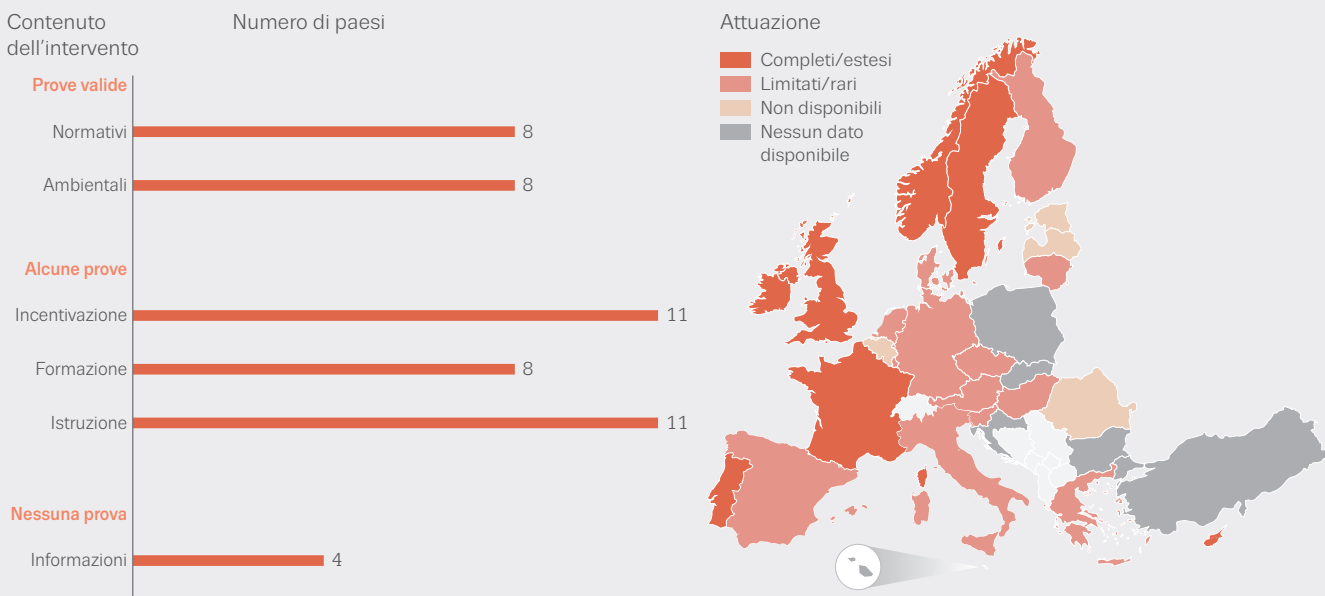
Gli interventi brevi sono volti a prevenire o ritardare il consumo di sostanze, ridurre l'intensità o evitarne la degenerazione in consumo problematico. Questi interventi limitati nel tempo operano nella zona grigia tra prevenzione e trattamento e si rivolgono generalmente ai giovani o a persone a rischio di sviluppare problemi legati al consumo di sostanze. Possono essere attuati da vari operatori sociosanitari, inclusi medici generici, consulenti, operatori giovanili e agenti di polizia, e spesso incorporano elementi di colloqui motivazionali.

I dati attuali indicano che gli interventi brevi non sono ampiamente diffusi in Europa: vi sono infatti solo tre paesi che segnalano l'attuazione completa ed estesa di simili interventi nelle scuole e due che segnalano un analogo livello di attuazione nei servizi a bassa soglia.

Gli interventi brevi si caratterizzano come relativamente a basso costo e sono potenzialmente attuabili in contesti multipli da una varietà di operatori, a condizione che abbiano assolto una breve formazione. Esempi di interventi brevi attuati in alcuni paesi sono eSBIRT, che fornisce tali servizi nei reparti di pronto soccorso (Belgio), e Fred, che si rivolge ai giovani oggetto delle fasi iniziali di un'azione penale (Germania, Cipro, Polonia, Romania, Slovenia). Tuttavia, una recente verifica condotta dall'EMCDDA ha constatato che, sebbene esistano ricerche a supporto dell'efficacia degli interventi brevi, queste sono ancora incomplete e occorrono maggiori conoscenze in merito al grado di attuazione.

FIGURA 3.2

Interventi di prevenzione rivolti a quartieri ad alto rischio, attuati in paesi europei: dati empirici e livello di attuazione



NB: sulla base di valutazioni di esperti.

### Segnalazione finalizzata al trattamento e durata della permanenza

Il trattamento della tossicodipendenza è l'intervento primario a cui si ricorre per le persone che hanno problemi di consumo di sostanze, inclusa la dipendenza, e la garanzia di un buon accesso a servizi di trattamento adeguati è un obiettivo fondamentale delle politiche. Monitorare l'esito del trattamento è importante al fine di migliorare l'esperienza di cura dei pazienti e adattare i servizi per meglio allinearli alle esigenze osservate.

L'auto-segnalazione continua a essere il metodo più diffuso per accedere al trattamento. Questa forma di richiesta di accesso alle cure, che include anche la segnalazione da parte di familiari o amici, ha interessato circa la metà delle persone che si sono sottoposte a trattamento specialistico della tossicodipendenza in Europa nel 2015. Un ulteriore 25 % di pazienti è stato segnalato dai servizi sociosanitari, mentre il 15 % delle richieste è stato effettuato dal sistema della giustizia penale. In alcuni paesi esistono programmi volti a reindirizzare i responsabili di reati connessi alla droga verso programmi di trattamento della tossicodipendenza, sottraendoli ai procedimenti penali. Tra questi si annoverano l'ordinanza di un giudice di sottoporsi a un

trattamento o la sospensione della pena per i soggetti che accettano questa opzione, mentre in alcuni paesi il reindirizzamento è possibile anche in fasi più precoci del procedimento penale. Nel 2015 i consumatori di cannabis sono stati quelli maggiormente segnalati dal sistema della giustizia penale; in Ungheria, in particolare, circa l'80 % delle richieste di trattamento della dipendenza da cannabis è giunto da questa fonte.

Per i pazienti, i percorsi di trattamento della tossicodipendenza sono spesso caratterizzati dal ricorso a servizi diversi, ripetute entrate in cura e durata variabile della permanenza. Maggiori informazioni sulle esperienze di trattamento sono fornite dai risultati di un'analisi condotta nel 2015 sui dati relativi al trattamento specialistico, provenienti da sette paesi europei. Dei 400 000 pazienti in trattamento segnalati in tali paesi durante il 2015, poco meno del 20 % era entrato in trattamento per la prima volta nella vita, circa il 30 % si era nuovamente sottoposto a trattamento dopo esserlo già stato in passato e circa la metà si trovava in trattamento continuo da oltre un anno. La maggior parte dei pazienti in trattamento continuo era costituita da soggetti maschi verso la fine della trentina, che si trovavano in trattamento da oltre tre anni e che avevano problemi legati al consumo di oppiacei, in particolare eroina.

### **Trattamento della dipendenza da cannabis: un ventaglio di approcci**

Il consumo regolare e a lungo termine di cannabis è associato a un maggior rischio di problemi di salute fisica e mentale, inclusa la dipendenza. Mentre alcuni paesi offrono un trattamento per le persone con problemi di dipendenza da cannabis nell'ambito di programmi generici per i consumatori di sostanze, circa la metà ha sviluppato alcune opzioni di trattamento specifiche per tale sostanza. I servizi per i consumatori di cannabis sono vari: dagli interventi brevi online a trattamenti di lungo periodo presso centri specializzati. Sebbene la maggior parte dei trattamenti per questa categoria avvenga in comunità o strutture ambulatoriali, circa un paziente su cinque, tra coloro che si sottopongono a trattamento specializzato presso centri ospedalieri, soffre di problemi correlati principalmente alla cannabis.

Il trattamento di problemi associati al consumo di cannabis si basa principalmente su approcci psicosociali: per gli adolescenti si ricorre a interventi di tipo familiare, mentre per gli adulti sono previsti interventi di tipo cognitivo-comportamentale. I dati a disposizione depongono a favore del ricorso a una terapia cognitivo-comportamentale associata a colloqui motivazionali e approcci di gestione delle emergenze. Inoltre, alcuni elementi promuovono l'uso della terapia familiare multidimensionale per i giovani consumatori di cannabis. Per stabilire contatti con i consumatori di cannabis si ricorre sempre più a interventi basati su Internet e su supporti digitali; gli studi che misurano gli effetti di questo genere di interventi evidenziano risultati preliminari interessanti per ciò che concerne la riduzione dei livelli di consumo e l'agevolazione del passaggio al trattamento «de visu» (ove necessario).

Alcuni studi stanno indagando sul ricorso agli interventi farmacologici per i problemi correlati alla cannabis. Ciò include la valutazione del potenziale per l'utilizzo del THC, e del THC sintetico, in combinazione con altri farmaci psicoattivi quali antidepressivi, ansiolitici e stabilizzatori dell'umore. Ad oggi i risultati sono contraddittori e non è stato individuato alcun approccio farmacologico efficace per il trattamento della dipendenza da cannabis.

### **Trattamento della tossicodipendenza: principalmente a livello della comunità locale**

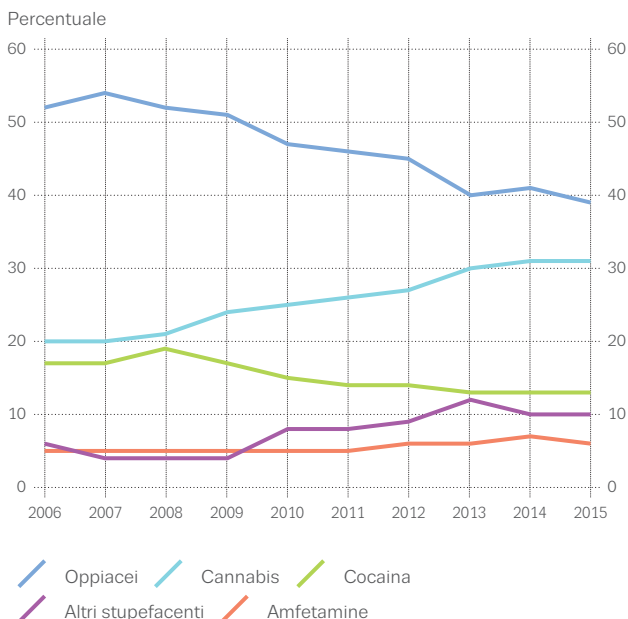
Si stima che 1,4 milioni di persone siano state sottoposte a trattamento per il consumo di sostanze illecite nell'Unione europea (1,6 milioni considerando Norvegia e Turchia) nel corso del 2015. I consumatori di oppiacei, che rappresentano il gruppo più consistente sottoposto a trattamento specializzato, sono coloro che sfruttano la maggior parte delle risorse disponibili, prevalentemente in termini di terapie sostitutive. I consumatori di cannabis e cocaina costituiscono il secondo e il terzo gruppo più numeroso tra i pazienti che entrano in cura presso questi servizi (figura 3.3), usufruendo di interventi psicosociali quale modalità di trattamento principale. Le differenze da paese a paese possono essere estremamente marcate, con una percentuale di consumatori di oppiacei che rappresenta più del 90 % dei pazienti che entrano in trattamento in Estonia e meno del 5 % in Ungheria.

In Europa, nella maggior parte dei casi il trattamento della tossicodipendenza avviene in strutture ambulatoriali e i consumatori di stupefacenti sono per lo più affidati a unità ambulatoriali specialistiche (figura 3.4), seguite dai centri sanitari generici. Tra questi figurano gli studi di medici generici, che in alcuni grandi paesi, come Germania e Francia, svolgono un ruolo chiave nella prescrizione delle terapie sostitutive per la dipendenza da oppiacei. Altrove, come in Slovenia, i centri di salute mentale possono essere importanti fornitori di servizi di cura ambulatoriale.

**Servizi diversificati  
per i consumatori  
di cannabis**

FIGURA 3.3

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



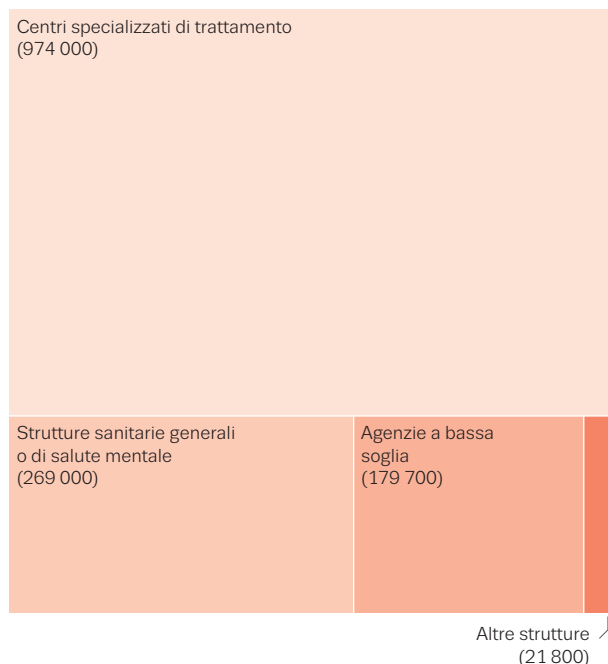
Un numero più circoscritto di trattamenti in Europa viene erogato in strutture ospedaliere, tra cui centri ospedalieri residenziali (ad esempio, cliniche psichiatriche), comunità terapeutiche e centri specializzati di trattamento residenziale. L'importanza relativa delle cure fornite in contesti ospedalieri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

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

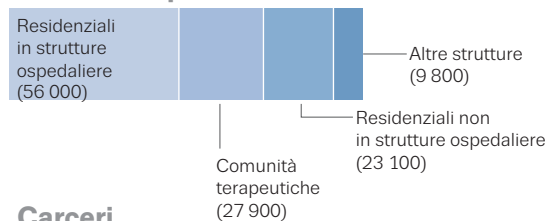
FIGURA 3.4

Numero di pazienti in trattamento per tossicodipendenza in Europa nel 2015, ripartiti per struttura

**Centri ambulatoriali**



**Strutture ospedaliere**



**Carceri**

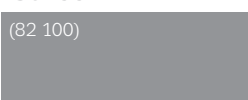
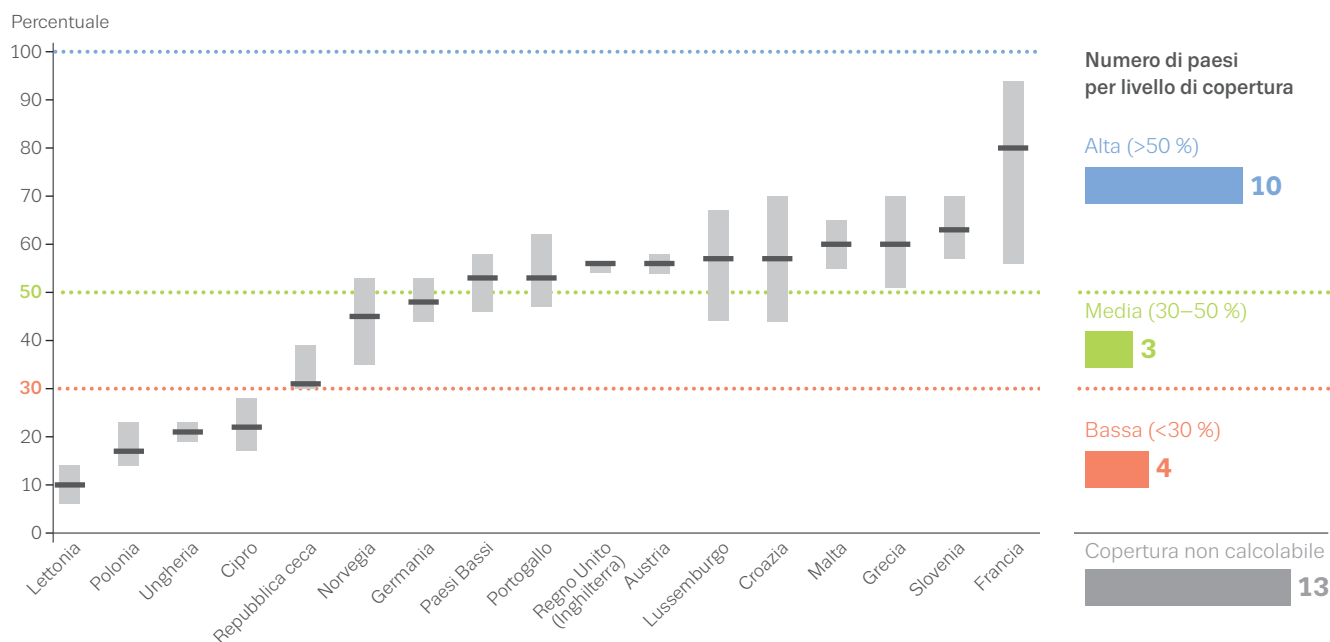


FIGURA 3.5

Copertura della terapia sostitutiva per oppiacei (percentuale stimata di consumatori ad alto rischio di oppiacei che beneficiano dell'intervento)



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

### Terapia sostitutiva per consumatori problematici di oppiacei

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

Si stima che 630 000 consumatori di oppiacei siano stati sottoposti a terapia sostitutiva nell'Unione europea nel 2015 (650 000 includendo Norvegia e Turchia). La tendenza mostra un incremento nei pazienti, con un picco nel 2010, seguito da un calo del 6 % fino al 2015. Tra il 2010 e il 2015 sono state osservate flessioni in 12 paesi, di cui le maggiori (superiori al 25 %) segnalate da Spagna, Ungheria, Paesi Bassi e Portogallo. Tale calo può spiegarsi con fattori correlati alla domanda o all'offerta, tra cui la diminuzione della popolazione di consumatori cronici e meno giovani di oppiacei o i cambiamenti negli obiettivi di trattamento in alcuni paesi. Altri paesi hanno continuato a espandere l'offerta nel tentativo di migliorare la copertura dei trattamenti: 12 paesi segnalano infatti incrementi tra il 2010 e il 2015, tra cui Lettonia (157 %), Finlandia (67 %) e Grecia (61 %).

Queste due tendenze sono confermate dai dati più recenti (2014-2015), con 12 paesi che segnalano un aumento nel numero complessivo di pazienti in terapia sostitutiva e nove che riferiscono invece una flessione.

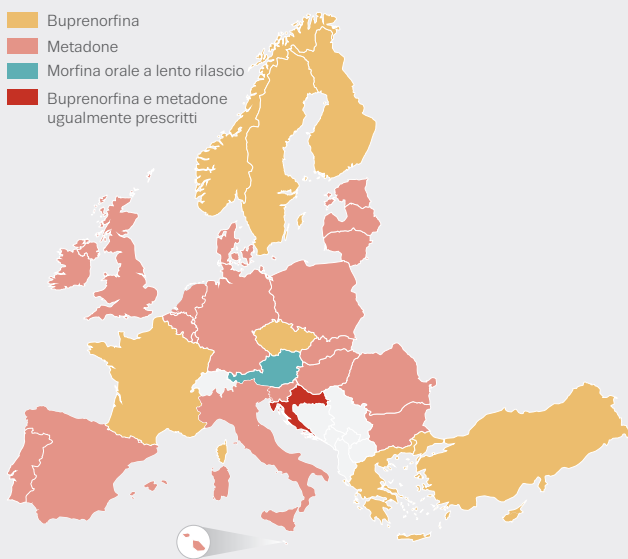
Un confronto con le stime attuali del numero di consumatori ad alto rischio di oppiacei in Europa farebbe pensare che la metà di questi stia seguendo una terapia sostitutiva, ma non mancano le differenze tra paesi (figura 3.5). Questi risultati vanno comunque interpretati con cautela per ragioni metodologiche.

Il metadone è il farmaco sostitutivo prescritto più comunemente per la dipendenza da oppiacei, assunto da circa due terzi (63 %) dei pazienti in trattamento. Un altro 35 % dei pazienti è trattato con farmaci a base di buprenorfina, che è il principale farmaco sostitutivo in otto paesi (figura 3.6). Altre sostanze, come la morfina a rilascio lento o diacetilmorfina (eroina), sono prescritte soltanto di raro: i pazienti che le assumono sono stimati pari al 2 % di quelli in terapia sostitutiva in Europa.

**Metadone: il farmaco sostitutivo prescritto più comunemente per la dipendenza da oppiacei**

FIGURA 3.6

Principale farmaco sostitutivo degli oppiacei prescritto



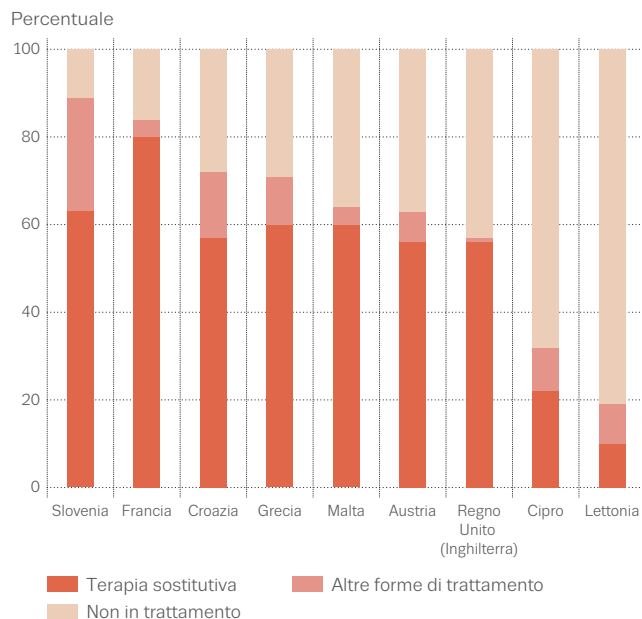
Sebbene siano meno comuni rispetto alle terapie sostitutive, i trattamenti alternativi per consumatori di oppiacei sono disponibili in tutti i paesi europei. Nei nove paesi per i quali sono disponibili dati, una percentuale compresa tra l'1% e il 26% di tutti i consumatori di oppiacei in cura gode di interventi che non prevedono farmaci sostitutivi (figura 3.7).

**Carceri: scarsa disponibilità di cure per l'epatite C**

Tra i detenuti si segnalano tassi di consumo di stupefacenti nell'arco della vita più alti di quelli riscontrati tra la popolazione generale e modelli di consumo più dannosi (inclusa l'assunzione per via parenterale), facendo delle carceri un luogo importante in cui attuare interventi contro la droga. Molti detenuti hanno esigenze sanitarie complesse, per cui la valutazione del consumo di sostanze e dei problemi a esse correlati costituisce una parte rilevante dei controlli sanitari effettuati all'arrivo in carcere in molti paesi.

FIGURA 3.7

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

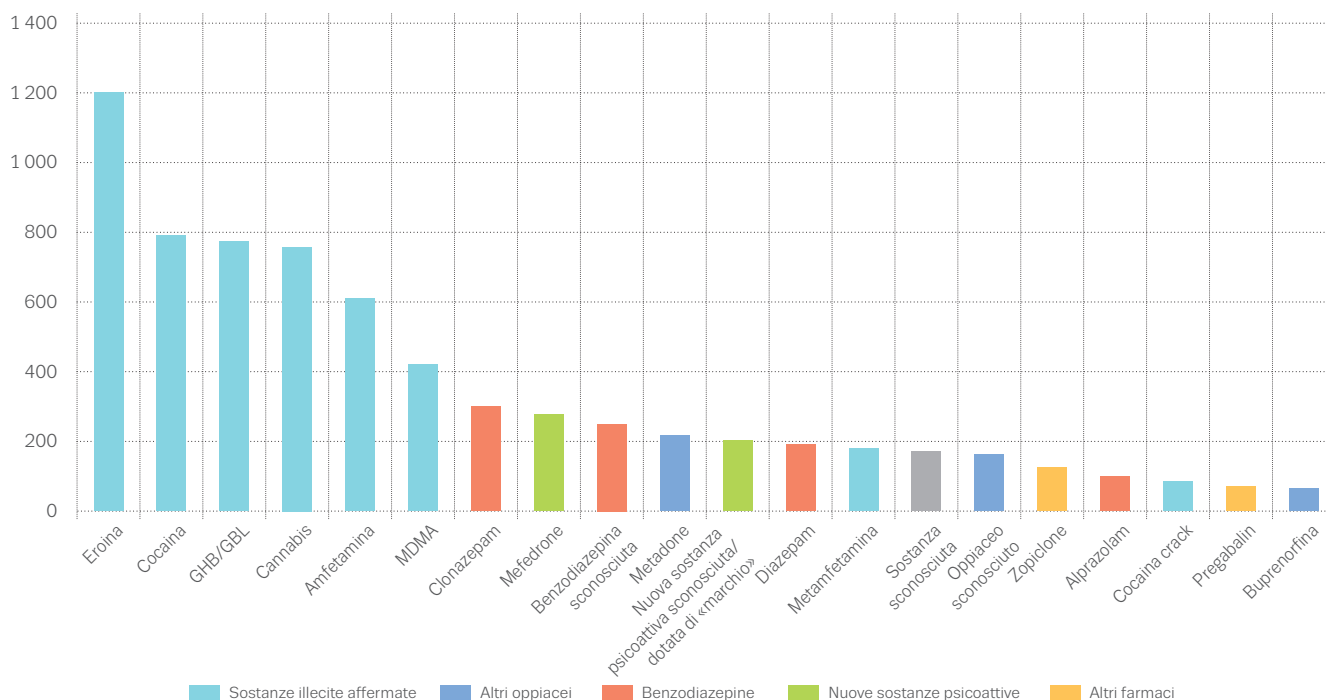


Due principi importanti per l'attuazione di interventi sanitari in carcere sono l'equivalenza con gli interventi a livello di comunità locali e la continuità dell'assistenza dopo la scarcerazione. Tra i paesi monitorati dall'EMCDDA, 28 su 30 segnalano la disponibilità di terapie sostitutive per la dipendenza da oppiacei nelle carceri. In molti paesi sono disponibili programmi di disintossicazione, consulenza individuale e di gruppo nonché comunità terapeutiche o reparti di degenza specifici. Molti paesi europei hanno istituito partenariati interagenzia tra i servizi sanitari carcerari e gli erogatori dei medesimi servizi a livello territoriale, al fine di favorire l'educazione sanitaria e il trattamento all'interno del carcere e garantire la continuità dell'assistenza dall'inizio della detenzione alla scarcerazione.

FIGURA 3.8

## Principali 20 sostanze stupefacenti segnalate nei ricoveri di emergenza presso gli ospedali sentinella nel 2015

Identificazione di sostanze stupefacenti



NB: risultati di 5 054 ricoveri di emergenza in 15 ospedali sentinella in 9 paesi europei. Fonte: European Drug Emergencies Network (Euro-DEN plus)

Test per le malattie infettive (HIV, HBV, HCV) sono disponibili nelle carceri di molti paesi, anche se le cure per l'epatite C sono piuttosto rare. È segnalata l'esistenza di programmi di vaccinazione contro l'epatite B in 16 paesi. La fornitura di materiale sterile per il consumo parenterale di stupefacenti è meno comune: soltanto quattro paesi hanno infatti segnalato l'esistenza di programmi di fornitura di siringhe nelle carceri.

Nella maggior parte dei paesi ha luogo una preparazione alla scarcerazione, che prevede anche il reinserimento sociale. Programmi per la prevenzione del rischio di overdose, in particolare tra i consumatori di oppiacei per via parenterale nel periodo successivo alla scarcerazione, sono segnalati da cinque paesi e comprendono formazione, informazioni e la fornitura di naloxone alla scarcerazione.

### Emergenze ospedaliere: molteplici sostanze implicate

I dati sulle emergenze ospedaliere possono fornire informazioni particolarmente utili per comprendere i danni gravi causati dagli stupefacenti. Sono disponibili

**Molti detenuti hanno esigenze sanitarie complesse**

informazioni elaborate dalla rete europea delle emergenze tossicologiche (European Drug Emergencies Network, Euro-DEN Plus), che monitora le emergenze correlate al consumo di stupefacenti in 15 ospedali (sentinella) in nove paesi europei. I 5 054 ricoveri di emergenza riferiti dal progetto nel 2015 interessavano perlopiù uomini (77 %) con un'età media di 31 anni.

Per ogni emergenza sono state segnalate in media circa 1,5 sostanze (7 768 in totale) (cfr. figura 3.8). In quasi due terzi delle emergenze (65 %) era implicato il consumo di droghe tradizionali, tra cui in particolare eroina, cocaina, cannabis, GHB/GBL, amfetamina e MDMA; in un quarto (24 %) era implicato l'abuso di farmaci da banco o con obbligo di ricetta medica (perlopiù oppiacei e benzodiazepina); mentre nel 9 % è stato segnalato un consumo di nuove sostanze psicoattive (in aumento rispetto al 6 % nel 2014). Nella metà dei ricoveri correlati al consumo di nuove sostanze psicoattive è stato segnalato un catinone sintetico e nel 14 % un cannabinoide sintetico. Le sostanze stupefacenti interessate dai ricoveri di emergenza variavano da luogo a luogo e riflettevano i modelli locali di consumo a rischio di stupefacenti. Per esempio, le emergenze correlate al consumo di eroina sono state responsabili del maggior numero di ricoveri a Dublino (Irlanda) e Oslo (Norvegia), mentre quelle correlate al consumo di GHB/GBL, cocaina e MDMA sono state prevalenti a Londra (Regno Unito).



La maggioranza (80 %) delle persone che si sono presentate in ospedale per tossicità acuta da stupefacenti è stata dimessa entro 12 ore; una piccola minoranza (6 %) ha sviluppato tossicità in forma grave che ha richiesto il ricovero in terapia intensiva e il 4 % è stato ricoverato in un reparto psichiatrico. Circa la metà (9) dei 17 decessi registrati è stata causata da oppiacei.

Solo alcuni paesi possiedono sistemi di monitoraggio che consentono di analizzare su scala nazionale il fenomeno delle intossicazioni acute da stupefacenti. Tra questi, le emergenze acute per eroina sono aumentate nel Regno Unito, ma continuano a calare in Repubblica ceca e Danimarca, dove stanno aumentando le emergenze dovute al consumo di metadone. In Lituania, le emergenze correlate al consumo di oppiacei sono quasi raddoppiate tra il 2013 e il 2015. In Spagna, la cocaina è implicata in circa la metà delle emergenze segnalate correlate agli stupefacenti: tale tendenza si sta ora stabilizzando dopo aver subito un calo, mentre le emergenze legate al consumo di cannabis continuano ad aumentare. Anche la Slovenia segnala una tendenza al rialzo nelle emergenze dovute al consumo di cannabis, mentre nei Paesi Bassi la metà delle persone che si sono recate in pronto soccorso durante i festival (51 %) aveva assunto MDMA, una percentuale che sta comunque calando. I casi di emergenza correlati al consumo di metamfetamina, registrati da centri sentinella nella Repubblica ceca, sono aumentati di oltre il 50 % tra il 2014 e il 2015.

### | **Nuove droghe: elevata potenza e danni**

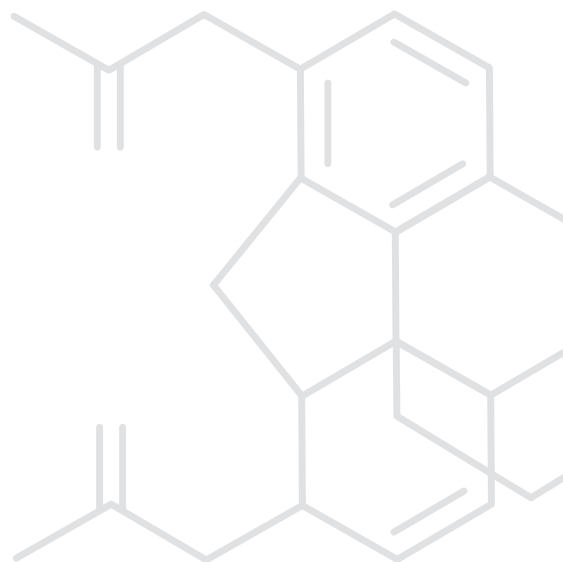
Le nuove sostanze psicoattive, inclusi i nuovi oppiacei sintetici, i cannabinoidi sintetici e i catinoni sintetici, stanno causando diversi gravi danni in Europa.

I derivati del fentanil sono oppiacei estremamente potenti che, pur rivestendo un ruolo minore nel mercato europeo della droga, comportano una seria minaccia per la salute pubblica e individuale. Ciò deriva in parte dal maggior rischio di intossicazioni gravi e mortali tra i consumatori, che si manifestano spesso sotto forma di crisi generalizzate, in quanto i derivati del fentanil causano una rapida e profonda depressione respiratoria. Ma vi è anche un rischio più elevato di esposizione accidentale con conseguente avvelenamento di altre persone, sicché familiari e amici del consumatore, ma anche gli agenti di polizia, gli altri servizi d'emergenza e il personale medico e di laboratorio potrebbero essere a rischio. L'utilizzo di dispositivi di protezione per ridurre il rischio di danni causati dall'esposizione accidentale potrebbe risultare necessario in alcuni contesti, come le dogane ai confini europei, dove è possibile che vengano maneggiate polveri

sfuse di fentanil sottoposte a sequestro. Inoltre, prove oggettive indicano che derivati del fentanil sono stati venduti a consumatori ignari spacciandoli per droghe illegali tradizionali e antidolorifici contraffatti, aumentando così potenzialmente il rischio di un'intossicazione grave e mortale in alcuni gruppi di consumatori. In tali circostanze potrebbe essere necessario valutare il livello di disponibilità dell'antidoto naloxone. Oltre ai rischi acuti di overdose, i derivati del fentanil sono anche a elevato rischio di abuso e di sviluppare dipendenza, cosa che potrebbe aggravare i problemi sociali e di sanità pubblica comunemente associati al consumo ad alto rischio di oppiacei.

Nel 2016, sulla base dei segnali pervenuti al sistema di allerta rapido dell'UE, l'EMCDDA e l'Europol hanno avviato indagini speciali sull'acriliofentanil e sul furanilfentanil. Sono stati infatti riferiti più di 50 decessi, molti dei quali direttamente attribuibili a tali sostanze. Inoltre, l'EMCDDA ha anche lanciato cinque allarmi destinati alla propria rete europea in relazione a questi e ad altri nuovi derivati del fentanil.

**Le nuove sostanze  
psicoattive stanno  
causando diversi gravi  
danni in Europa**



I cannabinoidi sintetici sono un altro gruppo di nuove sostanze che hanno causato continui problemi nel 2016. L'EMCDDA ha lanciato allarmi relativi a tre sostanze, MDMB-FUBINACA, MDMB-CHMICA e 5F-MDMB-PINACA, in seguito a 45 gravi eventi avversi, tra cui 18 decessi e 27 intossicazioni non mortali. Ha inoltre introdotto una procedura che ha condotto a una valutazione dei rischi dell'MDMB-CHMICA, a seguito della quale la sostanza è stata assoggettata a misure di controllo in tutta Europa (cfr. riquadro).

### **Nuove droghe: sviluppare capacità di risposta**

I danni associati alle nuove droghe comportano un nuovo insieme di sfide per coloro che operano in prima linea. Da una recente analisi dell'EMCDDA è emerso che gli operatori sanitari europei attivi in vari ambiti (trattamento, prevenzione e riduzione del danno) si affidano principalmente all'esperienza professionale acquisita in risposta alle sostanze illecite tradizionali nonché nell'ambito degli interventi attuati in tale contesto, quali la distribuzione di materiale didattico, la fornitura di strumenti sterili per il consumo parenterale o la gestione sintomatica dei casi di emergenza acuta. Spesso, gli interventi basati sulle evidenze scientifiche possono essere adeguati per tenere conto delle tossicità specifiche, per rispecchiare le caratteristiche socioculturali dei gruppi a rischio (per esempio frequentatori di feste, uomini che hanno rapporti sessuali con altri uomini) o per reagire a particolari comportamenti a rischio (per esempio un maggiore accesso alle siringhe in risposta a un'elevata frequenza di assunzione per via parenterale) associati alle nuove sostanze psicoattive. L'analisi ha inoltre evidenziato un bisogno di attività di formazione, orientamento e sviluppo delle competenze al fine di poter reagire alle nuove droghe.

Una sfida particolare è rappresentata dall'attuazione di interventi rivolti a popolazioni consumatrici di droga che sono difficili da raggiungere ed esposte a danni considerevoli correlati alle nuove sostanze psicoattive, quali uomini che hanno rapporti sessuali con uomini, senzatetto e detenuti. In alcuni paesi, la diffusione del consumo di cannabinoidi sintetici tra i detenuti ha dato adito a preoccupazioni legate alle conseguenze sulla salute mentale, alla forte sindrome da astinenza e ai crescenti livelli di violenza associata a tale consumo. Le risposte multidisciplinari e le collaborazioni con tutta una serie di operatori sanitari nei vari ambiti d'intervento (per esempio, cliniche per la salute sessuale o enti di custodia e centri per il trattamento della tossicodipendenza) risultano essere un aspetto importante nelle risposte sanitarie adeguate ai danni correlati al consumo di nuove sostanze psicoattive in Europa.

### **Valutazione dei rischi dell'MDMB-CHMICA**

Nel luglio 2016 l'MDMB-CHMICA è stato il primo cannabinoide sintetico a essere sottoposto a una valutazione dei rischi da parte dell'EMCDDA. Tale sostanza è stata segnalata per la prima volta al sistema di allerta rapido dell'UE nel 2014 dall'Ungheria e in seguito è stata rinvenuta in 23 Stati membri dell'UE, Turchia e Norvegia. La sostanza risulta implicata in oltre 20 casi di avvelenamento grave e 28 decessi.

Le polveri sfuse di MDMB-CHMICA sono prodotte in Cina e importate in Europa, dove vengono trasformate e confezionate in «miscele di erbe da fumare». Si ritiene che molti degli eventi avversi causati dall'MDMB-CHMICA e da altri cannabinoidi sintetici siano correlati all'elevata potenza di tali sostanze e a prassi di fabbricazione inadeguate. Determinati elementi fanno pensare che i produttori non si attengano a dosaggi precisi quando fabbricano le «miscele da fumare». Inoltre, è possibile che la sostanza non sia distribuita uniformemente nel prodotto a causa delle tecniche di produzione grossolane. Ciò può far sì che alcuni campioni contengano quantità elevate della sostanza, il che significa dosi elevate e un rischio maggiore di grave avvelenamento e decesso.

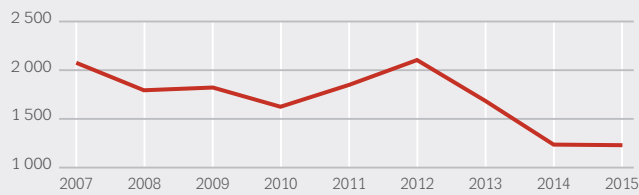
### **Danni cronici correlati agli stupefacenti: HIV in calo ma con focolai locali**

I consumatori di stupefacenti, in particolare per via parenterale, rischiano di contrarre malattie infettive attraverso la condivisione del materiale utilizzato per l'assunzione della droga e in seguito a rapporti sessuali non protetti. L'assunzione di stupefacenti per via parenterale continua a svolgere un ruolo centrale nella diffusione delle infezioni trasmissibili per via ematica, tra cui l'epatite C (HCV) e, in alcuni paesi, il virus dell'immunodeficienza umana (HIV). Nel 2015, 1 233 nuove diagnosi di HIV in persone infettate attraverso l'assunzione di droga per via parenterale sono state denunciate nell'Unione europea (figura 3.9), pari al 5 % delle diagnosi di cui si conosce la via di trasmissione. Tale percentuale è rimasta bassa e stabile nell'ultimo decennio. Le nuove infezioni da HIV tra i consumatori di droghe iniettabili sono calate in gran parte dei paesi europei, con una flessione complessiva del 41 % tra il 2007 e il 2015. Tuttavia, il consumo di stupefacenti per via parenterale rimane un importante veicolo di trasmissione in alcuni paesi: nel 2015, un quarto o più dei nuovi casi diagnosticati di HIV era infatti imputabile al consumo di droghe iniettabili in Lituania (34 %), Lettonia (32 %), Lussemburgo (27 %) ed Estonia (25 %).

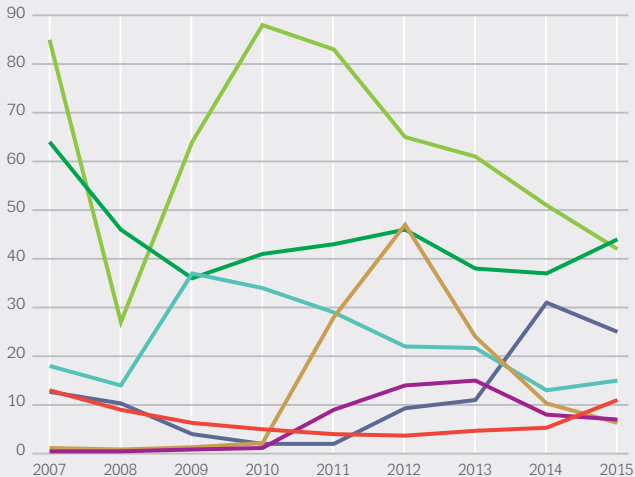
FIGURA 3.9

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

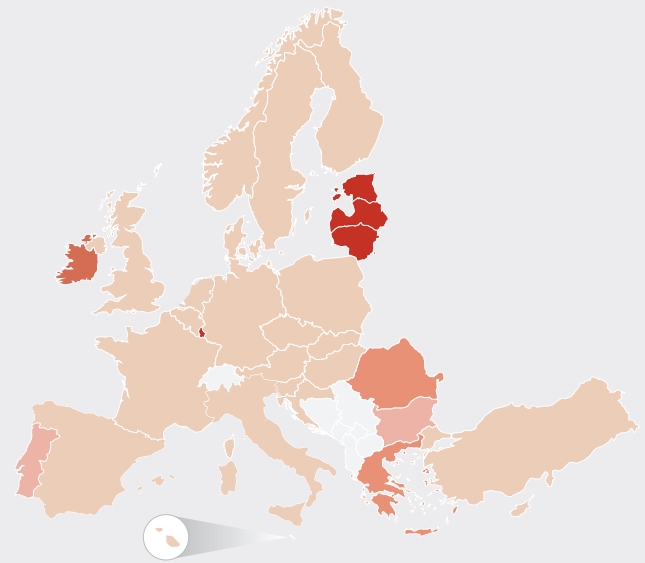
Casi nell'Unione europea



Casi per milione di abitanti



Lettonia Estonia Lussemburgo Lituania  
Irlanda Romania Grecia



Casi per milione di abitanti

<3 3,1-6 6,1-9 9,1-12 >12

NB: dati per il 2015 (fonte: ECDC)

Mentre la maggior parte dei paesi ha segnalato un calo nei casi di HIV correlati al consumo di droghe iniettabili tra il 2014 e il 2015, Germania, Irlanda e Regno Unito hanno dichiarato incrementi agli stessi livelli di sette o otto anni fa. In Irlanda e Regno Unito ciò è stato in parte dovuto a focolai localizzati di nuove infezioni da HIV tra i consumatori di droga per via parenterale. Un focolaio è stato segnalato pure in Lussemburgo nel 2014. Fattori comuni all'origine di tali focolai sono stati la maggiore assunzione di stimolanti per via parenterale e i livelli elevati di emarginazione dei consumatori. Un rischio aumentato di contrarre l'infezione è inoltre legato all'assunzione di stimolanti per via parenterale in un contesto sessuale («slamming») da parte di piccoli gruppi di uomini che hanno rapporti sessuali con altri uomini.

Nel 2015 il 14 % di nuovi casi di AIDS nell'Unione europea dei quali si conosceva il veicolo di trasmissione era riconducibile al consumo di stupefacenti per via parenterale, con le 479 segnalazioni equivalenti a poco più di un quarto del numero riferito un decennio fa. Molti dei casi sono stati segnalati in Grecia, Lettonia e Romania, dove è necessario rafforzare ulteriormente i test HIV e le risposte terapeutiche.

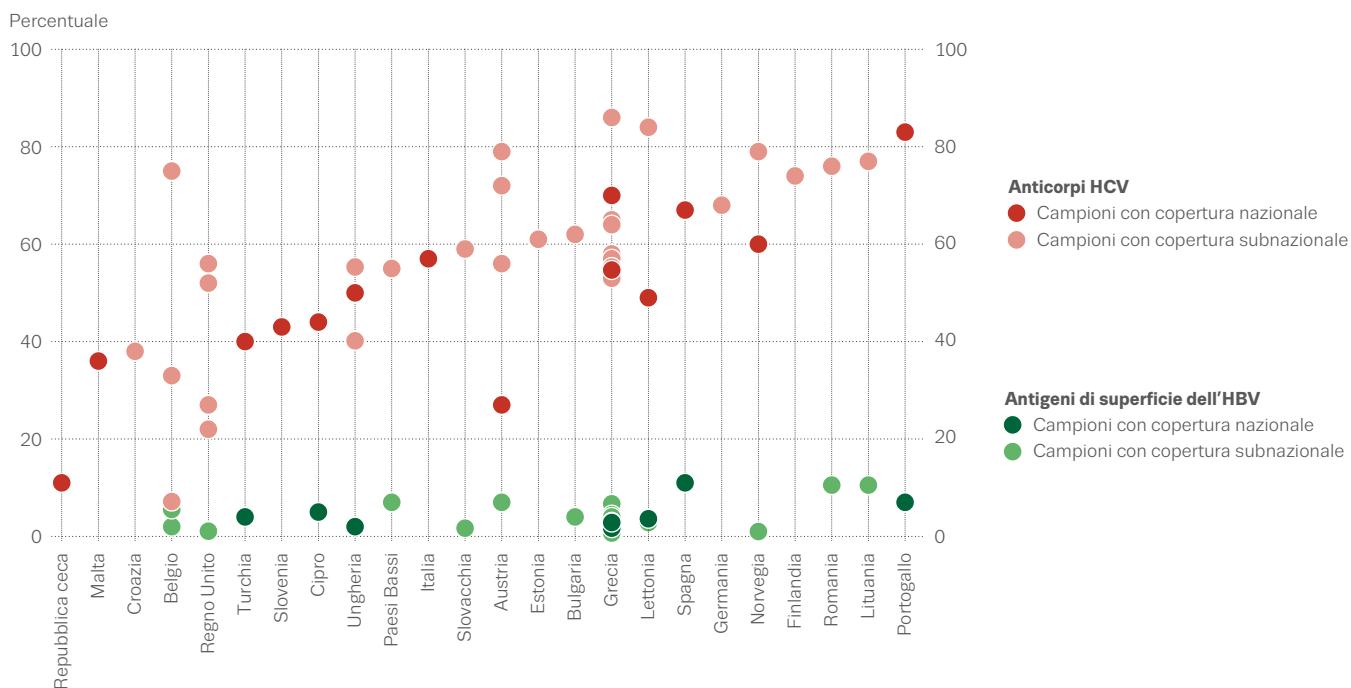
### Prevalenza dell'HCV: variazione nazionale

L'epatite virale, in particolare l'infezione causata dal virus dell'epatite C (HCV), mostra una prevalenza elevata tra i consumatori di droga per via parenterale in tutta Europa. Su 100 persone che hanno contratto l'HCV (positive agli anticorpi), un numero compreso tra 75 e 80 svilupperà l'infezione cronica. Ciò comporta gravi conseguenze nel lungo termine, perché l'infezione cronica da HCV, spesso aggravata dal forte consumo di alcol, sarà responsabile di un numero crescente di decessi e di casi di gravi epatopatie, compresi cirrosi e cancro, tra i consumatori di stupefacenti ad alto rischio che invecchiano.

**In calo le nuove infezioni da HIV tra i consumatori di droghe iniettabili**

FIGURA 3.10

Prevalenza di anticorpi dell'HCV e antigeni di superficie dell'HBV tra i consumatori di droghe iniettabili (2014 e 2015)



La prevalenza di anticorpi anti-HCV, che segnalano la presenza di un'infezione presente o trascorsa, fra i campioni nazionali di consumatori di droga per via parenterale esaminati nel 2014–2015 varia dal 16 % all'84 %; cinque dei 13 paesi che dispongono di dati nazionali segnalano un tasso di prevalenza superiore al 50 % (figura 3.10). Tra i paesi che dispongono di dati sulle tendenze nazionali per il periodo 2010–2015, un calo della prevalenza dell'HCV nei consumatori di droga per via parenterale è stato segnalato in quattro paesi, mentre in tre si è osservato un incremento.

Tra i consumatori di droga, l'infezione da virus dell'epatite B (HBV) è meno frequente di quella da HCV. Per tale virus, tuttavia, la presenza dell'antigene di superficie dell'HBV indica un'infezione in corso, che potrebbe essere acuta o cronica. Nei sette paesi che dispongono di dati nazionali, si stima che una percentuale compresa tra l'1,7 % e l'11 % dei consumatori di droga per via parenterale sia attualmente infetta dall'HBV.

L'assunzione di droga per via parenterale è un fattore di rischio anche per altre malattie infettive, con gruppi di casi di epatite A segnalati nella Repubblica ceca, in Germania e in Lussemburgo nel 2016. Gruppi di casi e casi sporadici di botulismo da ferita tra i consumatori di droga per via parenterale sono stati segnalati anche in Germania, Norvegia e Regno Unito.

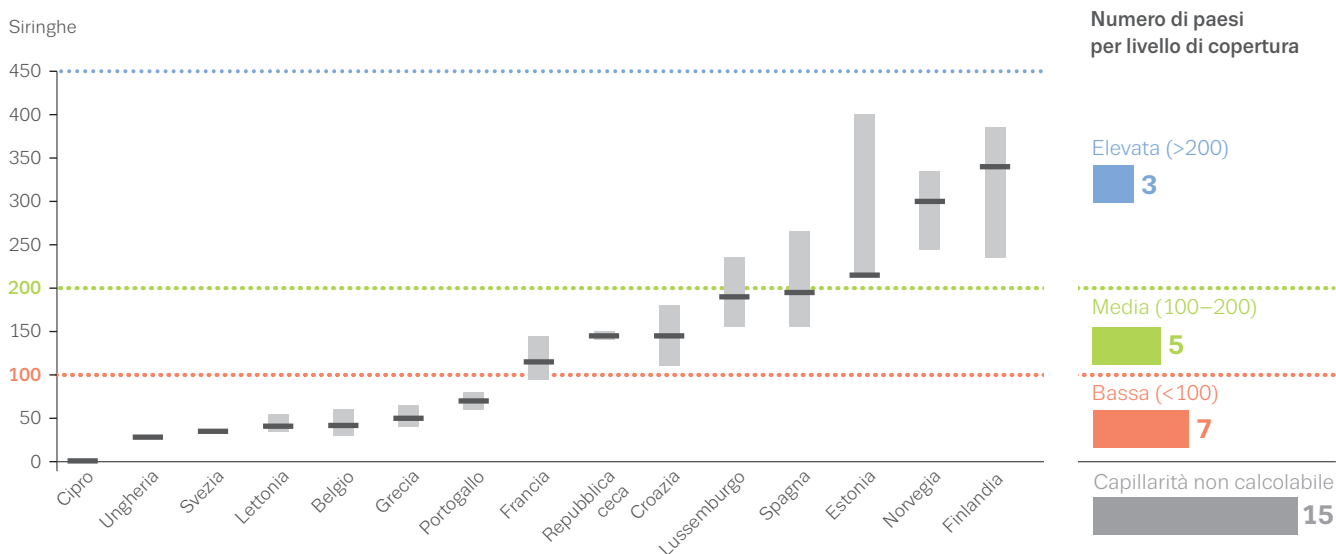
### Malattie infettive: misure preventive

I principali approcci adottati per ridurre l'insorgenza di malattie infettive correlate al consumo di droga tra le persone che assumono stupefacenti per via parenterale comprendono l'erogazione di terapie sostitutive per la dipendenza da oppiacei, la distribuzione di materiale sterile per iniezioni, la consulenza sui comportamenti a rischio di assunzione per via parenterale, la vaccinazione contro l'epatite B, l'introduzione di test sulle malattie infettive, il trattamento dell'epatite e dell'infezione da HIV.

Nei consumatori di oppiacei per via parenterale la terapia sostitutiva riduce in maniera significativa il rischio d'infezione, con alcune analisi che indicano un aumento degli effetti protettivi quando un'elevata copertura del trattamento è associata a elevati livelli di fornitura di siringhe. Le prove disponibili dimostrano che i programmi di fornitura di aghi e siringhe sono efficaci nel ridurre la trasmissione dell'HIV tra i soggetti che assumono droghe tramite iniezione. Dei 30 paesi monitorati dall'EMCDDA, tutti tranne la Turchia forniscono gratuitamente strumenti puliti per il consumo parenterale presso centri specializzati. Tuttavia, esistono differenze considerevoli tra i paesi per quanto concerne la distribuzione geografica di tali centri e la copertura della popolazione bersaglio attraverso questo genere di intervento (figura 3.11). Informazioni sulla fornitura di siringhe nell'ambito di

FIGURA 3.11

Capillarità dei programmi specializzati di distribuzione di siringhe: numero di siringhe distribuito per consumatore stimato di droghe iniettabili



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

programmi specializzati sono disponibili con riferimento a 25 paesi, che nel 2014-2015 hanno collettivamente riferito una distribuzione di oltre 52 milioni di unità. Questo numero è fortemente sottostimato, poiché alcuni grandi paesi come Germania, Italia e Regno Unito non trasmettono dati nazionali completi sulla fornitura di siringhe.

La creazione di legami tra i fornitori di servizi nell’ambito degli stupefacenti e della salute sessuale può essere particolarmente importante per fornire una risposta efficace ai problemi correlati all’assunzione di stimolanti per via parenterale da parti di uomini che hanno rapporti con uomini. Importanti interventi di prevenzione per questo gruppo includono l’effettuazione di test e il trattamento delle infezioni, l’educazione sanitaria e la distribuzione di materiali per la prevenzione, tra cui profilattici e strumenti sterili per il consumo per via parenterale. Al fine di prevenire l’infezione da HIV sessualmente trasmessa, la profilassi pre-esposizione è un’opzione aggiuntiva per le popolazioni a più alto rischio.

### Aumentare le diagnosi precoci dell’HIV: opportunità ampliate di sottoporsi a test

La diagnosi tardiva dell’HIV, quando cioè l’infezione ha già cominciato a danneggiare il sistema immunitario, è un problema specifico dei consumatori di droghe iniettabili. Nel 2015 il 58 % delle nuove trasmissioni segnalate, correlate al consumo per via parenterale, è stato diagnosticato in ritardo, a fronte di una media UE del 47 % di diagnosi tardive riferite alla totalità delle vie di trasmissione. La diagnosi tardiva dell’HIV è associata a una maggiore morbilità e mortalità, oltre che a ritardi nell’avvio della terapia antiretrovirale. La politica «testare e trattare» applicata all’HIV, per cui la terapia antiretrovirale viene cominciata immediatamente dopo una diagnosi di HIV, consente una riduzione della trasmissione ed è particolarmente importante nei gruppi con comportamenti a più alto rischio, quali i consumatori di droghe iniettabili. La diagnosi precoce e l’avvio tempestivo della terapia antiretrovirale offrono alle persone infettate una normale aspettativa di vita.

In molti paesi i servizi specializzati di comunità e a bassa soglia stanno offrendo e ampliando le opportunità di sottoporsi a test dell’HIV allo scopo di aumentare l’adesione ai test e l’individuazione delle infezioni in fasi più precoci. Gli standard di qualità minimi dell’UE promuovono i test volontari per le malattie infettive trasmesse per via ematica presso le agenzie comunitarie, unitamente alla consulenza sui comportamenti rischiosi e all’assistenza nella gestione della malattia. Tuttavia, la stigmatizzazione ed emarginazione dei consumatori di stupefacenti rimangono barriere importanti per l’adesione ai test e al trattamento.

## Trattamento dell'HCV: farmaci più efficaci

Poiché l'infezione da HCV è particolarmente diffusa tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale in Europa, questi sono il target di riferimento per test e trattamenti volti a impedire la progressione della malattia epatica e il decesso. Inoltre, ridurre il numero di soggetti che possono trasmettere l'infezione offrendo un trattamento per l'HCV è una componente fondamentale di una risposta di prevenzione globale. Le linee guida cliniche europee raccomandano di considerare per la terapia tutti i pazienti con malattia epatica cronica dovuta a infezione da HCV. Tali linee guida raccomandano inoltre di considerare di sottoporre immediatamente a trattamento le persone a rischio di trasmissione del virus (inclusi i consumatori attivi di droghe iniettabili) e di offrire un trattamento HCV ai consumatori di stupefacenti su base individuale, suggerendone l'erogazione in un ambiente multidisciplinare.

Regimi completamente orali, senza interferone, con agenti antivirali ad azione diretta, efficaci e ben tollerati sono disponibili dal 2013 e stanno diventando il pilastro del trattamento dell'infezione da HCV. Questa terapia, inoltre, può essere offerta da servizi specializzati in ambienti comunitari, il che può accrescerne la disponibilità e l'adesione da parte dei pazienti. Molti paesi europei stanno adottando nuove strategie contro l'epatite virale, aggiornando le linee guida per il trattamento e migliorando i test HCV e l'accesso alle cure. Rimangono tuttavia delle sfide da affrontare, quali i bassi livelli di adesione ai test, percorsi non chiari di segnalazione e trattamento in molti paesi e il costo elevato dei nuovi farmaci.

## Decessi per overdose: recenti aumenti

Il consumo di stupefacenti è una causa nota di morte evitabile tra gli adulti europei. Gli studi su coorti di consumatori di stupefacenti ad alto rischio mostrano tassi

di mortalità totali compresi tra l'1 e il 2 % l'anno. Nel complesso, i consumatori di oppiacei in Europa hanno una probabilità di morire da 5 a 10 volte maggiore rispetto ai propri coetanei dello stesso sesso. L'elevato tasso di mortalità tra i consumatori di oppiacei è legato in particolare ai casi di overdose, anche se non sono trascurabili altre cause di decesso indirettamente correlate al consumo di tali sostanze, tra cui infezioni, incidenti, violenza e suicidio. È comune un cattivo stato di salute, caratterizzato dall'accumularsi di affezioni collegate fra loro. Le malattie polmonari ed epatiche croniche, come anche i problemi cardiovascolari, sono frequenti e rappresentano una quota elevata dei decessi tra i consumatori di sostanze cronici e meno giovani.

In Europa l'overdose continua a essere la principale causa di morte tra i consumatori di stupefacenti e più di tre quarti delle vittime di overdose sono di sesso maschile (78 %). Occorre cautela nell'interpretare i dati relativi all'overdose, tra cui in particolare il totale cumulativo dell'UE, per motivi che includono la sistematica omissione delle segnalazioni in alcuni paesi e i ritardi causati dalle procedure di registrazione. Le stime annue pertanto rappresentano un valore provvisorio minimo.

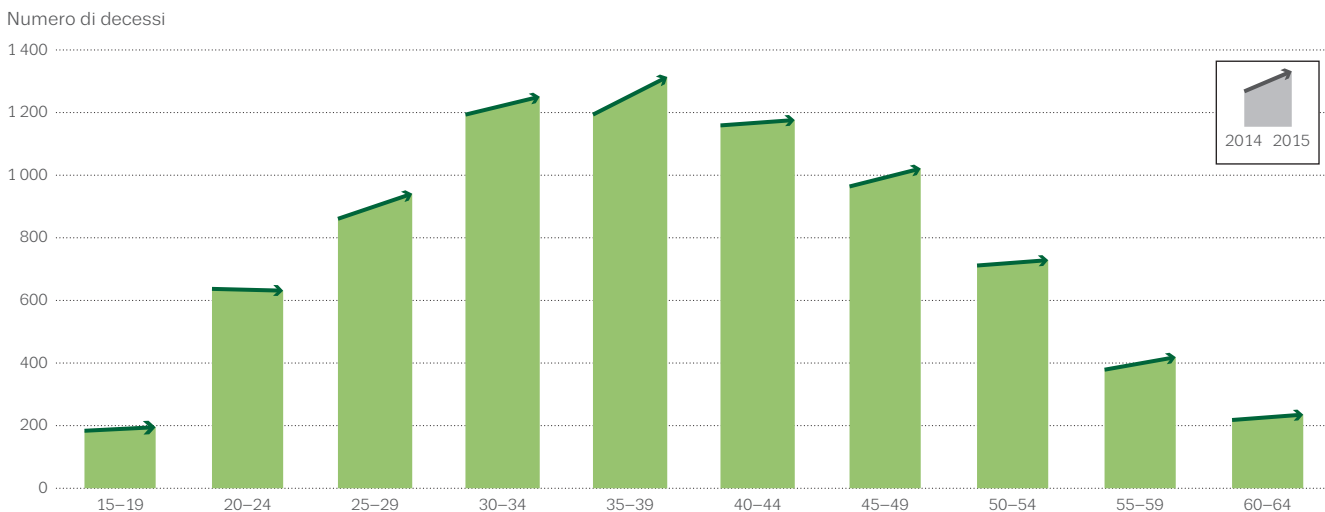
Si calcola che nel 2015 ci siano stati nell'Unione europea almeno 7 585 decessi per overdose in cui era implicata almeno una sostanza illecita. Includendo Norvegia e Turchia, tale cifra sale a 8 441 decessi stimati, pari a un incremento del 6 % rispetto al dato rivisto del 2014 di 7 950, con aumenti segnalati in quasi tutte le fasce d'età (figura 3.12). Come negli anni precedenti, Regno Unito (31 %) e Germania (15 %) coprono insieme circa la metà del totale europeo. Ciò è dovuto in parte alle dimensioni delle popolazioni a rischio in tali paesi, ma anche all'omissione di segnalazioni in alcuni altri Stati. Concentrandosi sui paesi che dispongono di sistemi di segnalazione relativamente solidi, i dati rivisti per il 2014 confermano un aumento nel numero di decessi per overdose in Spagna, una tendenza al rialzo condivisa anche da Lituania e Regno Unito, dove il numero di decessi è continuato ad aumentare anche nel 2015, nonché da Germania e Paesi Bassi. Si osserva un'impennata anche in Svezia, sebbene ciò sia in parte dovuto agli effetti combinati dei cambiamenti nelle prassi di indagine, codifica e segnalazione. Anche la Turchia sta registrando valori in aumento, ma ciò sembra essere dovuto in ampia parte a un miglioramento nella raccolta e segnalazione dei dati.

Tra il 2007 e il 2015 il numero di decessi per overdose è aumentato tra i consumatori più vecchi ma è diminuito tra i giovani. Tale numero rispecchia l'invecchiamento dei consumatori di oppiacei in Europa, i quali sono esposti al

**Il consumo di stupefacenti  
è una causa nota di morte  
evitabile tra gli adulti  
europei**

FIGURA 3.12

Numero di decessi indotti dagli stupefacenti segnalati in Europa nel 2014 e 2015, per fascia d'età



più elevato rischio di decesso per overdose. Tuttavia, il 10 % dei casi di overdose ha un'età inferiore ai 25 anni e di recente si è registrato un lieve incremento nel numero di decessi per overdose segnalati tra i giovani con meno di 25 anni in alcuni paesi quali Svezia e Turchia.

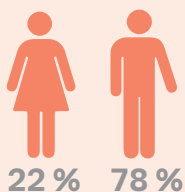
**Aumento generale dei decessi: alimentato da quelli correlati agli oppiacei**

L'eroina o i suoi metaboliti, spesso in combinazione con altre sostanze, sono presenti in gran parte dei casi segnalati di overdose mortali in Europa. I dati più recenti

mostrano un aumento nel numero di decessi correlati all'eroina in Europa, specialmente nel Regno Unito. In Inghilterra e Galles, l'eroina o la morfina sono state menzionate in relazione a 1 200 decessi registrati nel 2015, con un aumento del 26 % rispetto all'anno precedente e del 57 % rispetto al 2013. I decessi attribuibili all'eroina sono aumentati anche in Scozia (Regno Unito), Irlanda e Turchia. Nelle relazioni tossicologiche di solito sono presenti altri oppiacei, tra cui principalmente metadone e buprenorfina ma anche derivati del fentanil e tramadolo, che sono responsabili di una quota consistente di decessi per overdose in alcuni paesi. Stando ai dati più recenti, il numero di decessi registrati correlati al metadone ha

DECESSI CAUSATI DAL CONSUMO DI STUPEFACENTI

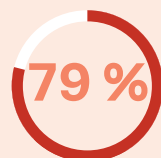
Caratteristiche



Età media al decesso

38

Decessi con presenza di oppiacei



Età al decesso

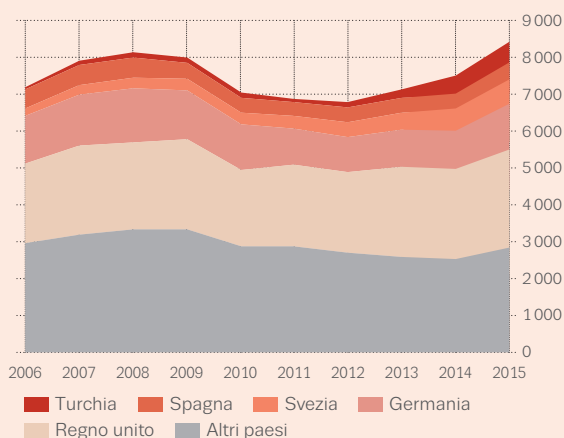


Numero di decessi

7 585 UE

8 441 UE + 2

Tendenze nei decessi per overdose



NB: UE + 2 si riferisce a Stati membri dell'UE, Turchia e Norvegia.

superato quello dei decessi per eroina in Croazia, Danimarca, Francia e Irlanda.

Gli stimolanti come cocaina, amfetamine, MDMA e catinoni sono implicati in un numero più ristretto di decessi per overdose in Europa, anche se la loro importanza varia di paese in paese. Nel Regno Unito (Inghilterra e Galles), i decessi per cocaina sono saliti da 169 nel 2013 a 320 nel 2015, anche se in molti casi si ritiene che si trattasse di overdose da eroina tra persone che consumavano anche crack. In Spagna, dove i decessi correlati al consumo di cocaina si sono stabilizzati da qualche anno, questa droga continua a essere la seconda più citata nei decessi per overdose nel 2014 (269 casi). Nel 2015 i decessi correlati a stimolanti in Turchia includevano 56 casi associati a cocaina, 206 ad amfetamina e 166 in cui era presente l'MDMA (62 dei quali attribuiti al consumo di questa sola sostanza). I cannabinoidi sintetici sono stati segnalati in 137 casi in Turchia, di cui 63 attribuiti esclusivamente al consumo di tali sostanze.

### Tassi di mortalità: più elevati nell'Europa settentrionale

Il tasso di mortalità per overdose in Europa nel 2015 è stimato in 20,3 decessi per milione di abitanti di età compresa fra 15 e 64 anni. Il tasso maschile (32,3 casi per milione) è quasi quadruplo rispetto a quello femminile (8,4 casi per milione), con picchi nella fascia d'età 35-39 per i maschi e 30-34 per le femmine. L'età media al momento del decesso è però inferiore tra gli uomini, con un rapporto di 38 a 41 rispetto alle donne. Le tendenze e i tassi di mortalità nazionali presentano notevoli variazioni (figura 3.13) e sono influenzati da fattori quali la prevalenza e i modelli di consumo, come anche le prassi nazionali di segnalazione, registrazione delle informazioni e codifica dei casi di overdose nelle banche dati nazionali della mortalità. Secondo gli ultimi dati disponibili, sono stati segnalati tassi superiori a 40 decessi per milione di abitanti in otto paesi dell'Europa settentrionale, con i più alti dichiarati in Estonia (103 per milione), Svezia (76 per milione), Norvegia (76 per milioni) e Irlanda (71 per milione) (figura 3.13).

### Prevenzione dei casi di overdose e dei decessi correlati alla droga

La necessità di ridurre il numero delle overdose mortali e di altri decessi correlati alla droga è una sfida importante per la salute pubblica in Europa. Le risposte mirate in questo campo si concentrano sulla prevenzione del rischio di overdose o sul miglioramento delle probabilità di sopravvivere a un tale episodio.

Una meta-analisi di studi osservazionali conferma l'efficacia della terapia sostitutiva a base di metadone nel ridurre la mortalità (overdose e tutte le cause) tra le persone con dipendenza da oppiacei. Il tasso di mortalità dei pazienti sottoposti a trattamento con metadone era pari a meno di un terzo del tasso atteso tra i consumatori di oppiacei non in trattamento. Un'analisi del rischio di decesso nelle varie fasi del trattamento suggerisce che vi è bisogno di interventi mirati all'inizio (durante le prime quattro settimane, con particolare riguardo per la somministrazione di metadone) e alla fine dello stesso, in quanto le prime quattro settimane successive alla conclusione del trattamento sono quelle in cui si corre il maggior rischio di overdose. Particolarmente vulnerabili sono quindi i pazienti che entrano in trattamento e ne escono con una certa frequenza.

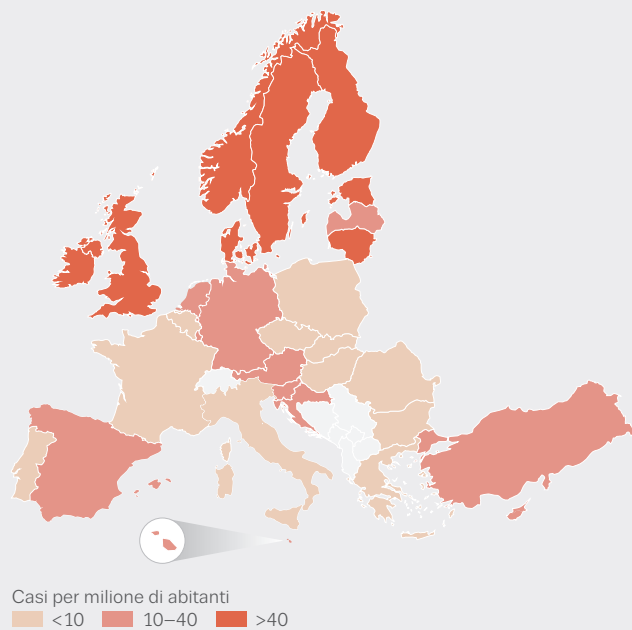
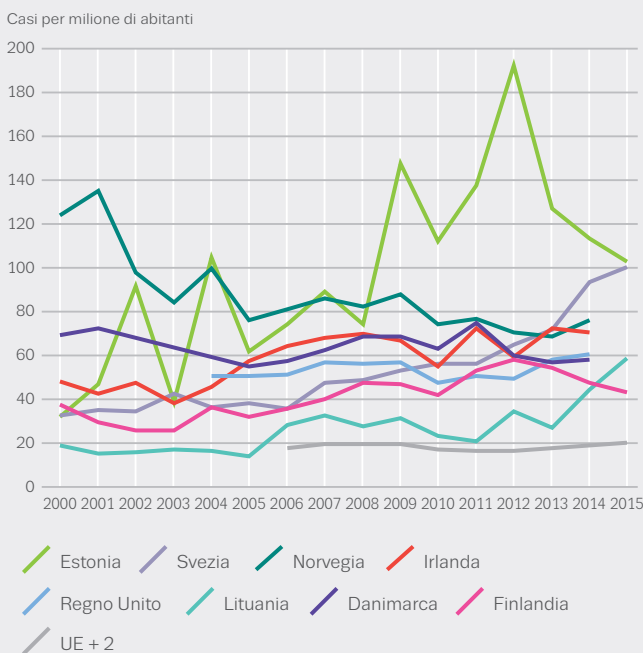
L'obiettivo delle strutture per il consumo controllato di stupefacenti è prevenire i casi di overdose e garantire un'assistenza professionale nel caso in cui si verificano. Simili strutture sono attualmente presenti in sei paesi UE e in Norvegia, per un totale di 78. Nel 2016 sono state aperte due «narcosale» in Francia nell'ambito di un esperimento della durata di sei anni, e anche in Danimarca e Norvegia sono state realizzate nuove strutture.

**I pazienti che entrano ed escono dal trattamento con una certa frequenza sono particolarmente vulnerabili all'overdose**



FIGURA 3.13

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



NB: tendenze negli otto paesi che hanno segnalato i valori più elevati nel 2015 o 2014 e tendenza europea generale. UE + 2 si riferisce a Stati membri dell'UE, Turchia e Norvegia.

**Naloxone: nuovi prodotti in corso di sviluppo**

Il naloxone è un medicinale antagonista degli oppiacei che può essere usato come antidoto in caso di overdose; è impiegato nei reparti di emergenza ospedalieri e dal personale delle ambulanze. Di recente c'è stato un aumento della fornitura di naloxone per l'assunzione «a casa» ai consumatori di oppiacei, ai loro partner, coetanei e familiari, cui sono date anche indicazioni su come riconoscere un episodio di overdose e reagirvi in maniera adeguata. Il naloxone è stato messo a disposizione anche del personale di servizi che regolarmente entrano in contatto con consumatori di stupefacenti. Attualmente esistono programmi di fornitura di naloxone per uso domestico in 10 paesi europei. I kit di naloxone sono generalmente messi a disposizione dai servizi sanitari e per la cura della tossicodipendenza sotto forma di siringhe preimpilate, anche se in Danimarca e Norvegia un

adattatore consente la somministrazione del naloxone per via intranasale. In Francia l'uso di una nuova formulazione nasale del farmaco ha ottenuto un'autorizzazione temporanea. Dopo essere stata progressivamente introdotta in ambienti comunitari a partire dal 2013, la fornitura di naloxone per uso domestico in Estonia è stata estesa alle carceri nel 2015. Una recente analisi sistematica dell'efficacia del naloxone per uso domestico ha dimostrato che la sua fornitura in combinazione con interventi informativi e formativi contribuisce a ridurre le morti per overdose. Possono beneficiare in particolare di tali interventi alcune fasce della popolazione a elevato rischio di overdose, come i detenuti scarcerati di recente. Una valutazione del programma nazionale sul naloxone nel Regno Unito (Scozia) ha infatti stabilito che l'uso di questo farmaco ha consentito di ridurre in misura significativa la percentuale di decessi correlati al consumo di oppiacei avvenuti entro un mese dalla scarcerazione.

## MAGGIORI INFORMAZIONI

### Pubblicazioni dell'EMCDDA

#### 2017

Report on the risk assessment of MDMB-CHMICA, Risk assessments.

Drug supply reduction: an overview of EU policies and measures, EMCDDA Papers.

Country Drug Reports 2017.

Evaluating drug policy: a seven-step guide to support the commissioning and managing of evaluations.

#### 2016

Drug-related infectious diseases in Europe. Update from the EMCDDA expert network, Rapid communications.

Hospital emergency presentations and acute drug toxicity in Europe — update from the Euro-DEN Plus research group and the EMCDDA, Rapid communications.

Hepatitis C among drug users in Europe: epidemiology, treatment and prevention, Insights.

Health responses to new psychoactive substances.

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

Strategies to prevent diversion of opioid substitution treatment medications, Perspectives on Drugs.

#### 2015

Drugs policy and the city in Europe, EMCDDA Papers.

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

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

Prevention of addictive behaviours, Insights.

Treatment of cannabis-related disorders in Europe, Insights.

Drug consumption rooms: an overview of provision and evidence, Perspectives on Drugs.

The role of psychosocial interventions in drug treatment, Perspectives on Drugs.

#### 2014

Treatment for cocaine dependence — reviewing current evidence, Perspectives on Drugs.

Health and social responses for methamphetamine users in Europe, Perspectives on Drugs.

Internet-based drug treatment, Perspectives on Drugs.

#### 2013

Drug policy advocacy organisations, EMCDDA Papers.

The EU drugs strategy (2013–20) and its action plan (2013–16), Perspectives on Drugs.

Emergency health consequences of cocaine use in Europe, Perspectives on Drugs.

Preventing overdose deaths in Europe, Perspectives on Drugs.

### Pubblicazioni congiunte EMCDDA ed ECDC

#### 2015

HIV and hepatitis B and C in Latvia.

#### 2012

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

#### 2011

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

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



# Allegato

I dati nazionali relativi alle stime di prevalenza del consumo di stupefacenti tengono conto del consumo problematico di oppiacei, della terapia sostitutiva, del numero totale di soggetti in trattamento, dell'inizio del trattamento, del consumo di stupefacenti per via parenterale, dei decessi indotti dagli stupefacenti, delle malattie infettive correlate al consumo di droga, della distribuzione di siringhe e dei sequestri. I dati presentati in questa sede provengono dal **bollettino statistico 2017** dell'EMCDDA, di cui costituiscono un sottoinsieme; nel bollettino stesso sono reperibili note e metadati. Gli anni a cui i dati si riferiscono sono indicati.

TABELLA A1

## OPPIACEI

Paese	Stima del consumo ad alto rischio di oppiacei		Soggetti che si sottopongono a trattamento nel corso dell'anno						Pazienti in terapia sostitutiva
			Consumatori di oppiacei in % dei pazienti che si sottopongono a trattamento			% di consumatori di oppiacei per via parenterale (principale metodo di assunzione)			
			Tutti i pazienti che si sottopongono a trattamento	Pazienti che si sottopongono a trattamento per la prima volta	Pazienti che si sono già sottoposti a trattamento	Tutti i pazienti che si sottopongono a trattamento	Pazienti che si sottopongono a trattamento per la prima volta	Pazienti che si sono già sottoposti a trattamento	
Anno della stima	casi per 1000	% (valore numerico)	% (valore numerico)	% (valore numerico)	% (valore numerico)	% (valore numerico)	% (valore numerico)	valore numerico	
Belgio	–	–	27,7 (3 234)	10,3 (411)	37,4 (2 773)	14 (409)	8,3 (31)	14,9 (374)	16 681
Bulgaria	–	–	84,8 (1 530)	64,5 (207)	96 (932)	73 (772)	69,9 (116)	75,5 (580)	3 423
Repubblica ceca	2015	1,8–1,9	17 (1 720)	7 (333)	25,9 (1 387)	82,6 (1 412)	79,8 (264)	83,2 (1 148)	4 000
Danimarca	–	–	13 (613)	5,5 (124)	20,6 (472)	26,6 (121)	10,5 (11)	31,4 (108)	6 268
Germania	2014	2,7–3,3	32,9 (28 669)	13,3 (3 552)	41,4 (25 117)	32,6 (11 392)	29,4 (1 549)	33,2 (9 843)	77 200
Estonia	–	–	93,3 (263)	87,3 (55)	95 (153)	70,7 (183)	67,3 (37)	82,2 (125)	1 166
Irlanda	–	–	47,6 (4 515)	25,9 (971)	62,4 (3 403)	38,2 (1 672)	30,9 (293)	39,9 (1 318)	9 917
Grecia	2015	2,1–2,8	69,8 (2 836)	52,9 (834)	80,8 (1 984)	32,4 (914)	26,6 (221)	34,9 (690)	10 082
Spagna	2014	1,6–2,6	24,6 (12 032)	10,5 (2 486)	42,9 (8 056)	13,7 (1 568)	7,4 (178)	15,2 (1 173)	61 859
Francia	2013–14	4,4–7,4	28 (13 744)	15 (2 378)	48,9 (8 310)	18,5 (2 150)	12,3 (263)	21,1 (1 505)	168 840
Croazia	2015	2,5–4,0	81,3 (6 124)	20,8 (176)	89,1 (5 917)	72,1 (4 377)	36,5 (62)	73,2 (4 299)	5 061
Italia	2015	4,6–5,9	53,3 (25 144)	38,8 (8 040)	64,6 (17 104)	50,8 (10 620)	39,5 (2 521)	55,8 (8 099)	60 047
Cipro	2015	1,9–3,2	25,7 (205)	11,5 (50)	44,2 (142)	48 (97)	46 (23)	48,9 (68)	252
Lettonia	2014	3,4–7,5	53,5 (402)	32,7 (128)	76,1 (274)	92,3 (370)	82,8 (106)	96,7 (264)	609
Lituania	2007	2,3–2,4	89 (2 268)	66,1 (261)	94 (1 991)	87,2 (1 970)	89,3 (233)	87 (1 724)	596
Lussemburgo	2007	5–7,6	56,2 (163)	25 (6)	57,9 (125)	43 (68)	16,7 (1)	42,7 (53)	1 078
Ungheria	2010–11	0,4–0,5	3,6 (156)	1,6 (46)	8,4 (93)	53,5 (77)	48,9 (22)	56 (51)	669
Malta	2015	5,6–6,5	73,2 (1 296)	28,7 (66)	79,8 (1 230)	61,9 (760)	43,9 (25)	62,8 (735)	1 026
Paesi Bassi	2012	1,1–1,5	11,5 (1 262)	6,2 (402)	19,3 (860)	6,1 (39)	7,6 (13)	5,6 (26)	7 421
Austria	2015	5,3–5,6	55,4 (2 016)	26,9 (351)	71,4 (1 665)	32,3 (516)	23 (73)	34,5 (443)	17 599
Polonia	2014	0,4–0,7	16,3 (1 465)	4,8 (208)	27,6 (1 224)	62,1 (902)	40,8 (84)	65,6 (800)	2 564
Portogallo	2012	4,2–5,5	49,2 (1 357)	28,9 (458)	76,8 (899)	16,6 (209)	9,9 (40)	19,8 (169)	17 011
Romania	–	–	32,6 (1 057)	17,3 (360)	66,3 (686)	88,2 (834)	85,6 (286)	90 (543)	547
Slovenia	2015	3,4–4,1	74,7 (236)	42 (37)	87,7 (199)	44,5 (105)	24,3 (9)	48,2 (96)	3 261
Slovacchia	2008	1,0–2,5	24,1 (602)	14,8 (179)	33,6 (414)	68,5 (402)	51,4 (91)	75,7 (305)	600
Finlandia	2012	3,8–4,5	51,7 (339)	38,3 (106)	61,5 (233)	73,3 (247)	65,7 (69)	76,7 (178)	3 000
Svezia (*)	–	–	25,2 (8 907)	16,8 (2 101)	29,5 (6 562)	–	–	–	3 679
Regno unito	2010–11	7,9–8,4	49,7 (59 763)	21,7 (8 595)	63,5 (50 984)	31,8 (13 125)	17,5 (929)	34 (12 139)	142 085
Turchia	2011	0,2–0,5	74,2 (8 073)	67,5 (3 627)	80,7 (4 446)	24,7 (1 994)	15,5 (561)	32,2 (1 433)	12 500
Norvegia (†)	2013	2,0–4,2	17 (1 005)	–	–	–	–	–	7 498
Unione europea	–	–	<b>37,6 (181 918)</b>	<b>18,3 (32 921)</b>	<b>51,4 (143 189)</b>	<b>36,6 (55 311)</b>	<b>28,2 (7 550)</b>	<b>39 (46 856)</b>	<b>626 541</b>
UE, Turchia e Norvegia	–	–	<b>38,2 (190 996)</b>	<b>19,8 (36 548)</b>	<b>52 (147 635)</b>	<b>36 (57 305)</b>	<b>26,7 (8 111)</b>	<b>38,8 (48 289)</b>	<b>646 539</b>

I dati sui pazienti in terapia sostitutiva si riferiscono al 2015 o all'anno più recente disponibile: Danimarca, Finlandia, Paesi Bassi e Spagna, 2014; Turchia, 2011.

(\*) I soggetti che si sottopongono a trattamento per la prima volta e i soggetti che vi si erano già sottoposti in passato sono noti soltanto per due delle tre fonti di dati disponibili in Svezia e, pertanto, non sono comparabili con i dati relativi a tutti i soggetti che si sottopongono a trattamento.

(†) La percentuale di pazienti in trattamento per problemi correlati al consumo di oppiacei è un valore minimo, che non tiene conto dei pazienti con dipendenza da oppiacei registrati come consumatori dediti alla poliassunzione.

## TABELLA A2

## COCAINA

Paese	Stime di prevalenza				Soggetti che si sottopongono a trattamento nel corso dell'anno					
	Popolazione complessiva			Popolazione scolastica	Consumatori di cocaina in % dei pazienti che si sottopongono a trattamento			% di consumatori di cocaina per via parenterale (principale metodo di assunzione)		
	Anno dell'indagine	Nell'arco della vita, adulti (15-64)	Negli ultimi 12 mesi, giovani adulti (15-34)	Nell'arco della vita, studenti (15-16)	Tutti i pazienti che si sottopongono a trattamento	Pazienti che si sottopongono a trattamento per la prima volta	Pazienti che si sono già sottoposti a trattamento	Tutti i pazienti che si sottopongono a trattamento	Pazienti che si sottopongono a trattamento per la prima volta	Pazienti che si sono già sottoposti a trattamento
	%	%	%	% (valore numerico)	% (valore numerico)	% (valore numerico)	% (valore numerico)	% (valore numerico)	% (valore numerico)	% (valore numerico)
Belgio <sup>(1)</sup>	2013	–	0,9	3	18,9 (2 207)	18,9 (756)	18,9 (1 401)	6,5 (125)	1,1 (7)	9,4 (116)
Bulgaria	2012	0,9	0,3	5	1,6 (29)	6,5 (21)	0,8 (8)	7,1 (2)	0 (0)	25 (2)
Repubblica ceca	2015	1,8	0,3	1	0,3 (27)	0,3 (12)	0,3 (15)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Danimarca	2013	5,2	2,4	2	5,5 (260)	5,9 (134)	5,4 (124)	3,9 (8)	–	8,6 (8)
Germania <sup>(2)</sup>	2015	3,8	1,2	3	6 (5 209)	5,6 (1 494)	6,1 (3 715)	17,1 (2 843)	8,8 (353)	19,7 (2 490)
Estonia	2008	–	1,3	1	0,7 (2)	–	1,2 (2)	50 (1)	–	50 (1)
Irlanda	2015	7,8	2,9	3	10,5 (996)	13,7 (513)	8,4 (457)	0,8 (8)	0,2 (1)	1,6 (7)
Grecia	–	–	–	1	6,6 (269)	8,9 (141)	5,2 (128)	11,6 (31)	4,3 (6)	19,5 (25)
Spagna	2015	9,1	3,0	2	36,5 (17 864)	34,8 (8 234)	37 (6 954)	1,3 (224)	0,7 (56)	2,1 (141)
Francia	2014	5,4	2,4	4	6,1 (3 013)	6,1 (963)	8,1 (1 369)	10,2 (269)	3,6 (32)	16,5 (198)
Croazia	2015	2,7	1,6	2	1,4 (104)	2,8 (24)	1,2 (80)	2 (2)	–	2,5 (2)
Italia	2014	7,6	1,8	3	25,3 (11 935)	30,4 (6 296)	21,3 (5 639)	4,2 (479)	2,6 (159)	5,9 (320)
Cipro	2016	1,4	0,4	3	10 (80)	8,3 (36)	11,8 (38)	5,1 (4)	0 (0)	7,9 (3)
Lettonia	2015	1,5	1,2	2	1,2 (9)	1,8 (7)	0,6 (2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Lituania	2012	0,9	0,3	2	0,6 (15)	1,8 (7)	0,3 (7)	13,3 (2)	14,3 (1)	14,3 (1)
Lussemburgo	–	–	–	–	19 (55)	16,7 (4)	20,4 (44)	44,4 (24)	–	50 (22)
Ungheria <sup>(3)</sup>	2015	1,2	0,9	2	2,3 (99)	2,5 (75)	1,7 (19)	5,2 (5)	1,4 (1)	15,8 (3)
Malta	2013	0,5	–	3	15,9 (281)	39,6 (91)	12,3 (190)	17,6 (45)	8,1 (7)	22,4 (38)
Paesi Bassi	2015	5,1	3,6	2	24,3 (2 675)	20,8 (1 357)	29,6 (1 318)	0,4 (5)	0,1 (1)	0,6 (4)
Austria	2015	3	0,4	2	7,1 (258)	9,6 (125)	5,7 (133)	6,3 (15)	0,8 (1)	11,6 (14)
Polonia	2014	1,3	0,4	4	2,1 (189)	1,9 (83)	2,3 (101)	2,2 (4)	1,3 (1)	3 (3)
Portogallo	2012	1,2	0,4	2	12 (331)	15,1 (239)	7,9 (92)	4,4 (13)	2,3 (5)	9,6 (8)
Romania	2013	0,8	0,2	3	0,6 (19)	0,9 (18)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	–
Slovenia	2012	2,1	1,2	2	4,1 (13)	9,1 (8)	2,2 (5)	23,1 (3)	0 (0)	60 (3)
Slovacchia	2015	0,7	0,3	2	0,8 (19)	0,7 (9)	0,7 (9)	5,9 (1)	–	12,5 (1)
Finlandia	2014	1,9	1,0	1	0 (0)	0 (0)	0 (0)	–	–	–
Svezia <sup>(4,5)</sup>	2013	–	1,2	2	0,9 (318)	1,7 (211)	0,5 (103)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Regno Unito <sup>(2,4)</sup>	2015	9,7	4,0	2	13,9 (16 673)	17,2 (6 830)	12,2 (9 806)	1,5 (168)	0,4 (18)	2,3 (146)
Turchia	2011	–	–	–	1,8 (198)	1,5 (79)	2,2 (119)	–	–	–
Norvegia <sup>(4)</sup>	2015	4,2	2,2	1	1,4 (83)	–	–	–	–	–
Unione europea	–	5,2	1,9	–	13 (62 949)	15,4 (27 688)	11,4 (31 759)	6,5 (4 281)	2,4 (649)	10 (3 556)
UE, Turchia e Norvegia	–	–	–	–	12,6 (63 230)	15 (27 767)	11,2 (31 878)	6,5 (4 281)	2,4 (649)	10 (3 556)

Le stime relative alla prevalenza per la popolazione scolastica derivano da indagini scolastiche a livello nazionale o dal progetto ESPAD. A causa dell'incertezza nelle procedure di raccolta dei dati, i dati relativi alla Lettonia potrebbero non essere confrontabili.

<sup>(1)</sup> Le stime relative alla prevalenza per la popolazione generale si riferiscono esclusivamente alle Fiandre.

<sup>(2)</sup> Le stime relative alla prevalenza per la popolazione generale si riferiscono esclusivamente a Inghilterra e Galles.

<sup>(3)</sup> Fascia d'età per le stime della prevalenza nella popolazione generale: 18-64, 18-34.

<sup>(4)</sup> Fascia d'età per le stime della prevalenza nella popolazione generale: 16-64, 16-34.

<sup>(5)</sup> I soggetti che si sottopongono a trattamento per la prima volta e i soggetti che vi si erano già sottoposti in passato sono noti soltanto per due delle tre fonti di dati disponibili in Svezia e, pertanto, non sono comparabili con i dati relativi a tutti i soggetti che si sottopongono a trattamento.

TABELLA A3

## AMFETAMINE

Paese	Stime di prevalenza				Soggetti che si sottopongono a trattamento nel corso dell'anno					
	Popolazione complessiva			Popolazione scolastica	Consumatori di amfetamine in % dei pazienti che si sottopongono a trattamento			% di consumatori di amfetamine per via parenterale (principale metodo di assunzione)		
	Anno dell'indagine	Nell'arco della vita, adulti (15-64)	Negli ultimi 12 mesi, giovani adulti (15-34)		Tutti i pazienti che si sottopongono a trattamento	Pazienti che si sottopongono a trattamento per la prima volta	Pazienti che si sono già sottoposti a trattamento	Tutti i pazienti che si sottopongono a trattamento	Pazienti che si sottopongono a trattamento per la prima volta	Pazienti che si sono già sottoposti a trattamento
				%						
Belgio (*)	2013	-	0,5	2	9,9 (1 160)	8,6 (345)	10,7 (794)	13,5 (130)	3,9 (11)	17,8 (118)
Bulgaria	2012	1,2	1,3	6	4,7 (84)	15,9 (51)	1,6 (16)	2 (1)	0 (0)	0 (0)
Repubblica ceca	2015	4,4	2,2	1	69,7 (7 033)	75,1 (3 550)	65 (3 483)	78,1 (5 446)	73,8 (2 586)	82,6 (2 860)
Danimarca	2013	6,6	1,4	1	6,6 (311)	6,2 (140)	7,1 (163)	4 (11)	1,7 (2)	6,2 (9)
Germania (3,4)	2015	3,6	1,9	4	16,8 (14 646)	19,3 (5 134)	15,7 (9 512)	2,2 (719)	1,5 (168)	2,5 (551)
Estonia	2008	-	2,5	2	2,1 (6)	3,2 (2)	2,5 (4)	66,7 (4)	100 (2)	50 (2)
Irlanda	2015	4,1	0,6	3	0,6 (59)	0,9 (33)	0,4 (24)	3,4 (2)	3 (1)	4,2 (1)
Grecia	-	-	-	2	0,4 (18)	0,4 (7)	0,4 (11)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Spagna	2015	3,6	1,0	1	1,3 (655)	1,6 (385)	1,1 (209)	0,9 (6)	1,1 (4)	0,5 (1)
Francia	2014	2,2	0,7	2	0,5 (264)	0,5 (84)	0,6 (108)	11,6 (26)	14,9 (11)	15,6 (15)
Croazia	2015	3,5	2,3	3	1,4 (102)	2,7 (23)	1,1 (74)	-	-	-
Italia	2014	2,8	0,6	2	0,2 (91)	0,3 (59)	0,1 (32)	5,2 (4)	6,4 (3)	3,3 (1)
Cipro	2016	0,5	0,1	3	4,9 (39)	3,9 (17)	5,6 (18)	2,6 (1)	5,9 (1)	0 (0)
Lettonia	2015	1,9	0,7	3	16,2 (122)	21,5 (84)	10,6 (38)	67,5 (81)	62,2 (51)	78,9 (30)
Lituania	2012	1,2	0,5	1	2,5 (63)	7,1 (28)	1,5 (31)	26,7 (16)	3,7 (1)	45,2 (14)
Lussemburgo	-	-	-	-	0,3 (1)	-	0,5 (1)	-	-	-
Ungheria (*)	2015	1,7	1,4	3	11,4 (489)	12 (354)	8,9 (98)	9,6 (46)	5,7 (20)	23,7 (23)
Malta	2013	0,3	-	2	0,3 (5)	0,4 (1)	0,3 (4)	20 (1)	-	25 (1)
Paesi Bassi	2015	4,7	3,1	2	7,4 (817)	7,5 (487)	7,4 (330)	1,3 (4)	1 (2)	1,9 (2)
Austria	2015	2,2	0,9	3	4,8 (174)	5,7 (75)	4,2 (99)	3,8 (6)	2,9 (2)	4,3 (4)
Polonia	2014	1,7	0,4	4	24,3 (2 194)	25,4 (1 091)	23,8 (1 056)	3,7 (80)	1,7 (18)	5,8 (60)
Portogallo	2012	0,5	0,1	1	0,1 (4)	0,3 (4)	-	0 (0)	0 (0)	-
Romania	2013	0,3	0,1	1	0,4 (12)	0,3 (7)	0,3 (3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Slovenia	2012	0,9	0,8	1	1,3 (4)	4,5 (4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-
Slovacchia	2015	1,4	0,8	1	45,2 (1 132)	44,7 (539)	45,4 (559)	28,7 (315)	24,3 (129)	34 (183)
Finlandia	2014	3,4	2,4	1	15,2 (100)	16,2 (45)	14,5 (55)	77,6 (76)	62,8 (27)	89,1 (49)
Svezia (3,5,6)	2013	-	1,3	1	7 (2 645)	8,3 (1 129)	5,8 (1 376)	-	-	-
Regno Unito (2,5)	2015	10,3	0,9	1	2,8 (3 332)	3,6 (1 414)	2,4 (1 913)	18,9 (382)	11 (89)	24,3 (293)
Turchia	2011	0,1	0,1	-	1,8 (196)	2,5 (133)	1,1 (63)	0,5 (1)	0,8 (1)	0 (0)
Norvegia (3,5)	2015	3,1	0,3	1	13,9 (823)	-	-	-	-	-
Unione europea	-	<b>3,8</b>	<b>1,1</b>	-	<b>7,4 (35 562)</b>	<b>8,4 (15 092)</b>	<b>7,2 (20 011)</b>	<b>15,1 (7 357)</b>	<b>16,8 (3 128)</b>	<b>14,1 (4 217)</b>
UE, Turchia e Norvegia	-	-	-	-	<b>7,3 (36 581)</b>	<b>8,2 (15 225)</b>	<b>7,1 (20 074)</b>	<b>15 (7 358)</b>	<b>16,6 (3 129)</b>	<b>14,1 (4 217)</b>

Le stime relative alla prevalenza per la popolazione scolastica derivano da indagini scolastiche a livello nazionale o dal progetto ESPAD. A causa dell'incertezza nelle procedure di raccolta dei dati, i dati relativi alla Lettonia potrebbero non essere confrontabili.

(\*) Le stime relative alla prevalenza per la popolazione generale si riferiscono esclusivamente alle Fiandre.

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

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

(4) Fascia d'età per le stime della prevalenza nella popolazione generale: 18-64, 18-34.

(5) Fascia d'età per le stime della prevalenza nella popolazione generale: 16-64, 16-34.

(6) I soggetti che si sottopongono a trattamento per la prima volta e i soggetti che vi si erano già sottoposti in passato sono noti soltanto per due delle tre fonti di dati disponibili in Svezia e, pertanto, non sono comparabili con i dati relativi a tutti i soggetti che si sottopongono a trattamento.

TABELLA A4

## MDMA

Paese	Stime di prevalenza				Soggetti che si sottopongono a trattamento nel corso dell'anno		
	Anno dell'indagine	Popolazione complessiva		Popolazione scolastica	Consumatori di MDMA in % dei pazienti che si sottopongono a trattamento		
		Nell'arco della vita, adulti (15-64)	Negli ultimi 12 mesi, giovani adulti (15-34)	Nell'arco della vita, studenti (15-16)	Tutti i pazienti che si sottopongono a trattamento	Pazienti che si sottopongono a trattamento per la prima volta	Pazienti che si sono già sottoposti a trattamento
		%	%	%	% (valore numerico)	% (valore numerico)	% (valore numerico)
Belgio <sup>(1)</sup>	2013	–	0,8	3	0,3 (36)	0,6 (25)	0,1 (11)
Bulgaria	2012	2,0	2,9	5	0,2 (3)	0,6 (2)	0,1 (1)
Repubblica ceca	2015	6,3	3,5	3	0 (4)	0,1 (3)	0 (1)
Danimarca	2013	2,3	0,7	1	0,3 (15)	0,5 (11)	0,2 (4)
Germania <sup>(3)</sup>	2015	3,3	1,3	2	–	–	–
Estonia	2008	–	2,3	3	–	–	–
Irlanda	2015	9,2	4,4	4	0,5 (47)	0,8 (31)	0,3 (15)
Grecia	–	–	–	1	0,2 (7)	0,2 (3)	0,2 (4)
Spagna	2015	3,6	1,3	1	0,3 (133)	0,5 (111)	0,1 (13)
Francia	2014	4,2	2,3	2	0,4 (188)	0,5 (76)	0,3 (49)
Croazia	2015	3,0	1,4	2	0,4 (32)	0,8 (7)	0,3 (23)
Italia	2014	3,1	1,0	3	0,2 (80)	0,2 (40)	0,2 (40)
Cipro	2016	1,1	0,3	3	–	–	–
Lettonia	2015	2,4	0,8	3	0,3 (2)	0,3 (1)	0,3 (1)
Lituania	2012	1,3	0,3	2	0,1 (3)	0,3 (1)	0,1 (2)
Lussemburgo	–	–	–	–	–	–	–
Ungheria <sup>(3)</sup>	2015	4,0	2,1	2	2 (85)	1,8 (54)	1,9 (21)
Malta	2013	0,7	–	2	0,9 (16)	1,7 (4)	0,8 (12)
Paesi Bassi	2015	8,4	6,6	3	0,7 (80)	1 (67)	0,3 (13)
Austria	2015	2,9	1,1	2	0,5 (20)	1,1 (14)	0,3 (6)
Polonia	2014	1,6	0,9	3	0,3 (23)	0,3 (14)	0,2 (9)
Portogallo	2012	1,3	0,6	2	0,3 (8)	0,4 (7)	0,1 (1)
Romania	2013	0,9	0,3	2	0,5 (16)	0,8 (16)	0 (0)
Slovenia	2012	2,1	0,8	2	0,3 (1)	1,1 (1)	0 (0)
Slovacchia	2015	3,1	1,2	3	0,1 (3)	0,1 (1)	0,2 (2)
Finlandia	2014	3,0	2,5	1	0,5 (3)	1,1 (3)	0 (0)
Svezia <sup>(4)</sup>	2013	–	1,0	1	–	–	–
Regno Unito <sup>(2,4)</sup>	2015	9,4	3,1	3	0,4 (490)	0,8 (312)	0,2 (174)
Turchia	2011	0,1	0,1	–	1 (106)	1,4 (77)	0,5 (29)
Norvegia <sup>(4)</sup>	2015	2,3	1,2	1	–	–	–
Unione europea	–	<b>4,2</b>	<b>1,8</b>	–	<b>0,3 (1 295)</b>	<b>0,4 (804)</b>	<b>0,1 (402)</b>
UE, Turchia e Norvegia	–	–	–	–	<b>0,3 (1 401)</b>	<b>0,5 (881)</b>	<b>0,2 (431)</b>

Le stime relative alla prevalenza per la popolazione scolastica derivano da indagini scolastiche a livello nazionale o dal progetto ESPAD. A causa dell'incertezza delle procedure di raccolta dei dati, i dati relativi alla Lettonia potrebbero non essere comparabili.

(1) Le stime relative alla prevalenza per la popolazione generale si riferiscono esclusivamente alle Fiandre.

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

(3) Fascia d'età per la stima della prevalenza nella popolazione generale: 18-64, 18-34.

(4) Fascia d'età per la stima della prevalenza nella popolazione generale: 16-64, 16-34.



TABELLA A5

## CANNABIS

Paese	Stime di prevalenza				Soggetti che si sottopongono a trattamento nel corso dell'anno		
	Popolazione complessiva			Popolazione scolastica	Consumatori di cannabis in % dei pazienti che si sottopongono a trattamento		
	Anno dell'indagine	Nell'arco della vita, adulti (15-64)	Negli ultimi 12 mesi, giovani adulti (15-34)	Nell'arco della vita, studenti (15-16)	Tutti i pazienti che si sottopongono a trattamento	Pazienti che si sottopongono a trattamento per la prima volta	Pazienti che si sono già sottoposti a trattamento
		%	%	%	% (valore numerico)	% (valore numerico)	% (valore numerico)
Belgio <sup>(1)</sup>	2013	15	10,1	17	31,9 (3 737)	51,6 (2 065)	21,3 (1 582)
Bulgaria	2012	7,5	8,3	27	3,2 (58)	8,4 (27)	0,7 (7)
Repubblica ceca	2015	29,5	18,8	37	11,8 (1 195)	16,4 (776)	7,8 (419)
Danimarca	2013	35,6	17,6	12	70,9 (3 338)	79 (1 783)	62,5 (1 430)
Germania <sup>(2)</sup>	2015	27,2	13,3	19	39,1 (34 108)	56,9 (15 168)	31,2 (18 940)
Estonia	2008	–	13,6	25	3,5 (10)	7,9 (5)	1,2 (2)
Irlanda	2015	27,9	13,8	19	28,3 (2 681)	45,2 (1 693)	16,8 (918)
Grecia	–	–	–	9	19,4 (789)	34,2 (539)	9,8 (240)
Spagna	2015	31,5	17,1	27	33,7 (16 478)	48,1 (11 386)	16,4 (3 084)
Francia	2014	40,9	22,1	31	60,4 (29 621)	74,9 (11 855)	37,6 (6 391)
Croazia	2015	19,4	16,0	21	12,8 (967)	62 (526)	6,5 (432)
Italia	2014	31,9	19,0	27	19,5 (9 225)	28 (5 810)	12,9 (3 415)
Cipro	2016	12,1	4,3	7	58,8 (469)	75,9 (330)	38 (122)
Lettonia	2015	9,8	10,0	17	23,3 (175)	35,5 (139)	10 (36)
Lituania	2012	10,5	5,1	18	3,5 (89)	11,9 (47)	1,6 (33)
Lussemburgo	–	–	–	–	23,1 (67)	58,3 (14)	19,9 (43)
Ungheria <sup>(3)</sup>	2015	7,4	3,5	13	56,2 (2 420)	62,7 (1 854)	41,4 (458)
Malta	2013	4,3	–	13	8,9 (158)	29,1 (67)	5,9 (91)
Paesi Bassi	2015	25,6	16,1	22	47,3 (5 202)	55,5 (3 625)	35,4 (1 577)
Austria	2015	23,6	14,1	20	29,2 (1 063)	54,4 (711)	15,1 (352)
Polonia	2014	16,2	9,8	24	28 (2 525)	36,3 (1 558)	20,3 (901)
Portogallo	2012	9,4	5,1	15	33,9 (934)	50,8 (806)	10,9 (128)
Romania	2013	4,6	3,3	8	39,3 (1 272)	54,8 (1 137)	9,5 (98)
Slovenia	2012	15,8	10,3	25	14,2 (45)	38,6 (34)	4,8 (11)
Slovacchia	2015	15,8	9,3	26	24,6 (616)	35,7 (430)	13,7 (169)
Finlandia	2014	21,7	13,5	8	20,7 (136)	35,7 (99)	9,8 (37)
Svezia <sup>(4,5)</sup>	2015	14,7	7,3	7	11,1 (3 924)	16,9 (2 113)	7,9 (1 752)
Regno Unito <sup>(2,4)</sup>	2015	29,4	11,3	19	25,9 (31 129)	46,3 (18 345)	15,8 (12 686)
Turchia	2011	0,7	0,4	–	6 (653)	7,7 (416)	4,3 (237)
Norvegia <sup>(4)</sup>	2015	20,9	8,6	7	27,2 (1 609)	–	–
Unione europea	–	<b>26,3</b>	<b>13,9</b>	–	<b>31,5 (152 431)</b>	<b>46,2 (82 942)</b>	<b>19,9 (55 354)</b>
UE, Turchia e Norvegia	–	–	–	–	<b>30,9 (154 693)</b>	<b>45,1 (83 358)</b>	<b>19,6 (55 591)</b>

Le stime relative alla prevalenza per la popolazione scolastica derivano da indagini scolastiche a livello nazionale o dal progetto ESPAD. A causa dell'incertezza delle procedure di raccolta dei dati, i dati relativi alla Lettonia potrebbero non essere comparabili.

<sup>(1)</sup> Le stime relative alla prevalenza per la popolazione generale si riferiscono esclusivamente alle Fiandre.

<sup>(2)</sup> Le stime relative alla prevalenza per la popolazione generale si riferiscono esclusivamente a Inghilterra e Galles.

<sup>(3)</sup> Fascia d'età per la stima della prevalenza nella popolazione generale: 18-64, 18-34.

<sup>(4)</sup> Fascia d'età per la stima della prevalenza nella popolazione generale: 16-64, 16-34.

<sup>(5)</sup> I soggetti che si sottopongono a trattamento per la prima volta e i soggetti che vi si erano già sottoposti in passato sono noti soltanto per due delle tre fonti di dati disponibili in Svezia e, pertanto, non sono comparabili con i dati relativi a tutti i soggetti che si sottopongono a trattamento.

TABELLA A6

## ALTRI INDICATORI

Paese	Decessi indotti dagli stupefacenti (15-64 anni di età)	Diagnosi di HIV presso i consumatori di droga per via parenterale (ECDC)	Stima del consumo di stupefacenti per via parenterale		Siringhe distribuite attraverso programmi specializzati
	casi per milione di abitanti (valore numerico)	casi per milione di abitanti (valore numerico)	Anno della stima	casi per 1 000 abitanti	valore numerico
Belgio	9 (67)	1,3 (15)	2015	2,3–4,6	1 034 242
Bulgaria	4 (17)	3,6 (26)	–	–	364 111
Repubblica ceca	6 (39)	0,4 (4)	2015	6,1–6,4	6 421 095
Danimarca	58 (210)	1,4 (8)	–	–	–
Germania	22 (1 185)	1,7 (134)	–	–	–
Estonia	103 (88)	41,9 (55)	2009	4,3–10,8	2 136 691
Irlanda (¹)	71 (213)	10,8 (50)	–	–	393 275
Grecia	0 (0)	6,4 (70)	2015	0,6–1,0	268 157
Spagna (¹)	15 (455)	2,1 (96)	2014	0,2–0,3	1 483 399
Francia (¹)	7 (294)	0,9 (58)	2014	2,1–3,2	12 314 781
Croazia	19 (54)	0,5 (2)	2012	0,4–0,6	923 650
Italia	8 (304)	1,8 (112)	–	–	–
Cipro	15 (9)	1,2 (1)	2015	0,3–0,7	164
Lettonia	14 (18)	44,3 (88)	2012	7,3–11,7	524 949
Lituania	59 (115)	15,1 (44)	–	–	200 630
Lussemburgo	31 (12)	24,9 (14)	2009	4,5–6,9	361 392
Ungheria	4 (25)	0,2 (2)	2015	1	188 696
Malta	28 (8)	0 (0)	–	–	340 644
Paesi Bassi	16 (182)	0,1 (1)	2008	0,2–0,2	–
Austria	26 (152)	2,6 (22)	–	–	5 953 919
Polonia	9 (249)	1 (37)	–	–	10 142
Portogallo	6 (39)	4,2 (44)	2012	1,9–2,5	1 004 706
Romania	2 (21)	7,1 (142)	–	–	1 425 592
Slovenia	22 (30)	0,5 (1)	–	–	500 757
Slovacchia	7 (27)	0,6 (3)	–	–	347 162
Finlandia	43 (150)	1,3 (7)	2012	4,1–6,7	5 301 000
Svezia	100 (618)	1,5 (15)	2008–11	1,3	281 397
Regno Unito (²)	60 (2 528)	2,8 (182)	2004–11	2,9–3,2	–
Turchia	10 (533)	0,2 (13)	–	–	–
Norvegia	76 (257)	1,5 (8)	2014	2,2–3,0	2 500 192
Unione europea	<b>21,3 (7 109)</b>	<b>2,4 (1 233)</b>	–	–	–
UE, Turchia e Norvegia	<b>20,3 (7 899)</b>	<b>2,1 (1 254)</b>	–	–	–

segnalazione del fenomeno in alcuni paesi.

(¹) Le siringhe distribuite mediante programmi specializzati si riferiscono al 2014.

(²) Dati sulle siringhe nel Regno Unito: Inghilterra, nessun dato; Scozia, 4 376 456; Galles, 3 398 314 (entrambi nel 2015); Irlanda del Nord, 292 390 (2014).

## TABELLA A7

## SEQUESTRI

	Eroina		Cocaina		Amfetamine		MDMA	
	Quantità sequestrata	Numero di sequestri	Quantità sequestrata	Numero di sequestri	Quantità sequestrata	Numero di sequestri	Quantità sequestrata	Numero di sequestri
Paese	kg	valore numerico	kg	valore numerico	kg	valore numerico	compresse (kg)	valore numerico
Belgio	121	2 375	17 487	4 330	73	3 260	59 696 (9)	1 739
Bulgaria	265	–	9	–	73	–	17 284 (<0,01)	–
Repubblica ceca	2	76	120	113	127	1 125	3 110 (0,4)	133
Danimarca	29	571	548	3 470	193	2 626	70 244 (10)	1 005
Germania	210	3 061	3 114	3 592	1 423	13 680	967 410 (0)	4 015
Estonia	<0,01	2	4	60	119	391	41 549 (13)	239
Irlanda	–	758	–	364	–	63	– (0)	204
Grecia	567	2 957	102	575	3	118	300 (0)	56
Spagna	256	7 755	21 621	38 273	360	4 500	135 110 (0)	2 958
Francia	818	4 692	10 869	9 483	486	1 027	1 325 305 (0)	1 592
Croazia	145	154	12	359	15	597	– (7)	747
Italia	768	2 230	4 035	5 403	26	278	17 573 (11)	406
Cipro	<0,01	8	107	95	1,68	55	173 (1)	50
Lettonia	3	142	4	62	36	763	238 (3)	154
Lituania	2	368	533	16	62	205	(1)	11
Lussemburgo	8	208	11	190	0,27	13	543 (0)	14
Ungheria	12	48	31	153	34	706	56 420 (7)	287
Malta	4	35	21	156	<0,01	2	1 404 (0,01)	46
Paesi Bassi	–	–	–	–	–	–	– (–)	–
Austria	70	605	120	1 190	70	1 088	10 148 (3)	512
Polonia	4	–	219	–	747	–	120 886 (78)	–
Portogallo	97	763	6 029	1 079	2	111	35 484 (2)	180
Romania	334	335	71	119	0,4	55	13 852 (0,1)	280
Slovenia	6	273	3	178	3	–	2 908 (2)	–
Slovacchia	3	63	2	42	5	819	1 460 (0)	40
Finlandia	0,4	–	9	–	300	–	23 660 (0)	–
Svezia	8	483	114	2 086	546	5 398	95 421 (35)	2 095
Regno Unito	806	8 083	4 228	15 588	491	4 517	812 127 (2)	3 030
Turchia	8 294	12 271	511	941	4 057	2 336	5 673 901 (0)	5 012
Norvegia	62	1 178	85	1 332	628	7 304	116 353 (27)	1 241
<b>Unione europea</b>	<b>4 537</b>	<b>36 045</b>	<b>69 421</b>	<b>86 976</b>	<b>5 196</b>	<b>41 397</b>	<b>3 812 305 (212)</b>	<b>19 793</b>
<b>UE, Turchia e Norvegia</b>	<b>12 893</b>	<b>49 494</b>	<b>70 017</b>	<b>89 249</b>	<b>9 880</b>	<b>51 037</b>	<b>9 602 559 (185)</b>	<b>26 046</b>

Le amfetamine includono amfetamina e metamfetamina.

Tutti i dati sono riferiti al 2015. I dati relativi alla Scozia (Regno Unito) non sono disponibili.

## TABELLA A7

## SEQUESTRI (seguito)

Paese	Resina di cannabis		Foglie di cannabis		Piante di cannabis	
	Quantità sequestrata	Numero di sequestri	Quantità sequestrata	Numero di sequestri	Quantità sequestrata	Numero di sequestri
	kg	valore numerico	kg	valore numerico	piante (kg)	valore numerico
Belgio	7 045	5 569	764	26 401	– (–)	–
Bulgaria	13	–	1 176	–	9 811 (37 775)	–
Repubblica ceca	8	105	655	3 672	30 770 (0)	361
Danimarca	3 619	14 680	616	1 214	14 560 (464)	545
Germania	1 599	6 059	3 852	32 353	154 621 (0)	2 167
Estonia	812	21	60	597	0 (12)	44
Irlanda	–	192	–	1 049	– (–)	182
Grecia	330	542	2 474	5 499	59 242 (0)	735
Spagna	380 361	164 760	15 915	156 984	379 846 (0)	2 029
Francia	60 790	65 503	16 835	32 446	153 895 (0)	–
Croazia	12	764	409	4 546	5 687 (0)	270
Italia	67 825	7 684	9 286	5 838	138 013 (0)	1 566
Cipro	3	21	226	777	2 814 (0)	58
Lettonia	1 272	63	71	712	– (20)	17
Lituania	591	32	143	456	– (–)	–
Lussemburgo	1	130	20	1 040	81 (0)	10
Ungheria	18	141	590	1 945	4 659 (0)	127
Malta	70	132	4	106	28 (0)	8
Paesi Bassi	–	–	–	–	9 940 000 (0)	–
Austria	287	2 038	851	11 426	– (687)	379
Polonia	843	–	1 830	–	103 339 (0)	–
Portogallo	2 412	4 180	224	582	6 102 (0)	298
Romania	5	178	180	1 987	– (293)	90
Slovenia	3	109	458	3 103	14 006 (0)	167
Slovacchia	27	33	70	1 204	2 085 (0)	35
Finlandia	63	–	208	–	23 000 (125)	–
Svezia	1 065	8 897	1 054	9 619	– (–)	–
Regno unito	7 219	5 959	30 680	100 811	399 230 (0)	9 735
Turchia	7 855	3 750	45 816	29 652	0 (0)	2 471
Norvegia	2 015	11 394	255	4 411	0 (69)	339
<b>Unione europea</b>	<b>536 293</b>	<b>287 792</b>	<b>88 649</b>	<b>404 362</b>	<b>11 441 789 (39 376)</b>	<b>18 823</b>
<b>UE, Turchia e Norvegia</b>	<b>546 163</b>	<b>302 936</b>	<b>134 719</b>	<b>438 425</b>	<b>11 441 789 (39 445)</b>	<b>21 633</b>

Tutti i dati sono riferiti al 2015. I dati relativi alla Scozia (Regno Unito) non sono disponibili.





## COME OTTENERE LE PUBBLICAZIONI DELL'UNIONE EUROPEA

### **Pubblicazioni gratuite:**

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

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

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

### **Pubblicazioni a pagamento:**

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



## Informazioni sulla relazione

La relazione "Tendenze e sviluppi" offre una panoramica approfondita sul fenomeno della droga in Europa, esaminando temi quali offerta e consumo di droga, problemi di salute pubblica nonché politiche e risposte in materia di droga. Insieme a documenti tra cui il [bollettino statistico](#) online e [30 relazioni nazionali sulla droga](#), la relazione è parte costitutiva del pacchetto noto come [Relazione europea sulla droga 2017](#).

## Informazioni sull'EMCDDA

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

Le pubblicazioni dell'EMCDDA sono una fonte primaria di informazioni per un'ampia gamma di interlocutori, fra cui i responsabili politici e i relativi consulenti, i professionisti e i ricercatori attivi nel campo delle droghe, ma anche i media e il pubblico in generale. Con sede a Lisbona, l'EMCDDA è una delle agenzie decentrate dell'Unione europea.

