



Osservatorio europeo delle  
droghe e delle tossicodipendenze

IT

ISSN 1977-9895

# Relazione europea sulla droga

Tendenze e sviluppi

2019





Osservatorio europeo delle  
droghe e delle tossicodipendenze

# Relazione europea sulla droga

Tendenze e sviluppi

2019

## Avvertenza legale

La presente pubblicazione dell'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (EMCDDA) è protetta da copyright. L'EMCDDA declina ogni responsabilità per l'uso dei contenuti della presente pubblicazione. I contenuti della presente pubblicazione non rispecchiano necessariamente il parere ufficiale dei partner dell'EMCDDA, degli Stati membri dell'UE o di qualsiasi istituzione o agenzia dell'Unione europea.

La presente relazione è disponibile in bulgaro, ceco, croato, danese, estone, finlandese, francese, greco, inglese, italiano, lettone, lituano, neerlandese, 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 dell'Unione europea, 2019

<b>Print</b>	ISBN 978-92-9497-435-8	ISSN 1977-9895	doi:10.2810/328677	TD-AT-19-001-IT-C
<b>PDF</b>	ISBN 978-92-9497-386-3	ISSN 2314-9116	doi:10.2810/489996	TD-AT-19-001-IT-N

© Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, 2019  
Riproduzione autorizzata con citazione della fonte.

Citazione raccomandata: Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (2019), *Relazione europea sulla droga 2019: tendenze e sviluppi*, Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea, Lussemburgo.

Printed by Imprimerie Centrale in Luxembourg



Osservatorio europeo delle  
droghe e delle tossicodipendenze

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

Tel. +351 211210200

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

twitter.com/emcdda | facebook.com/emcdda



## **| Indice**

5	Prefazione
9	Introduzione e ringraziamenti
11	OSSERVAZIONI <b>Comprendere la situazione della droga in Europa nel 2019</b>
21	CAPITOLO 1 <b>L'offerta di droga e il mercato</b>
43	CAPITOLO 2 <b>Prevalenza e tendenze del consumo di droga</b>
65	CAPITOLO 3 <b>Danni correlati al consumo di droga e relative risposte</b>
89	ALLEGATO Tabelle di dati nazionali



## Prefazione

Siamo estremamente lieti di presentare la Relazione europea sulla droga 2019: Tendenze e sviluppi, la pubblicazione faro dell'EMCDDA. La presente relazione fornisce un'analisi dei dati più recenti sulla situazione della droga e le relative risposte nell'Unione europea, in Norvegia e in Turchia. È avvalorata da altre risorse informative online, tra cui il bollettino statistico, che contiene i dati di origine. Il pacchetto della Relazione europea sulla droga comprende anche 30 relazioni nazionali sulla droga, che forniscono una panoramica della situazione attuale per tutti i paesi partecipanti alla rete europea di informazione sulle droghe.

### PACCHETTO DELLA RELAZIONE EUROPEA SULLA DROGA 2019

Elementi interconnessi che consentono l'accesso ai dati disponibili e alle analisi del problema della droga in Europa e a livello nazionale



L'obiettivo dell'EMCDDA è contribuire a un'Europa più sana e più sicura, obiettivo che cerca di raggiungere fornendo le migliori prove disponibili per sostenere lo sviluppo di politiche e azioni informate e mirate in materia di droghe. La nostra relazione faro offre alle parti interessate una panoramica tempestiva della situazione nell'ambito della droga, necessaria per sviluppare risposte efficaci ai problemi odierni. Inoltre, offre un'analisi delle nuove minacce, consentendo di prepararsi alle sfide future che emergono in questo settore complesso e in rapida evoluzione.

La relazione di quest'anno giunge in un momento critico per la riflessione sugli sviluppi della politica in materia di droga, soprattutto alla luce del dibattito internazionale sul seguito da dare alla sessione speciale delle Nazioni Unite sul problema mondiale della droga nel 2016. Il prossimo anno verrà svolta la valutazione finale dell'attuale strategia in materia di droga dell'UE (2013-20). Durante questo periodo, l'Europa ha assistito ad alcuni cambiamenti radicali nelle sfide poste dal settore della droga, compresa la comparsa di un maggior numero di sostanze non controllate. Si è assistito, inoltre, a cambiamenti significativi nel mercato e nel consumo di droga ed è migliorata la comprensione di ciò che rappresenta un intervento efficace. Un mercato dominato da sostanze vegetali importate in Europa si è trasformato in un mercato in cui le droghe sintetiche e la produzione in Europa sono cresciute di importanza. La globalizzazione e i progressi tecnologici hanno rimodellato le questioni strategiche che i responsabili politici europei devono prendere in considerazione. L'EMCDDA è orgogliosa della propria reputazione internazionale per aver

tenuto il passo con questi cambiamenti e per aver fornito le informazioni necessarie a sostenere la cooperazione e il coordinamento previsti dalla strategia in materia di droga dell'UE.

L'Unione europea e i suoi Stati membri si sono impegnati a raggiungere gli obiettivi adottati nell'agenda 2030 delle Nazioni Unite per lo sviluppo sostenibile. Molti aspetti di questi obiettivi riguardano direttamente e indirettamente i problemi correlati alla droga. Ad esempio, la produzione e il traffico di droga possono causare gravi danni all'ambiente fisico, alle strutture istituzionali e alla qualità della vita raggiungibile per i cittadini dei paesi interessati. I traguardi 3.3 e 3.5 si concentrano sul porre fine alle epidemie di malattie infettive e rafforzare la prevenzione e il trattamento di abuso di sostanze. In questo contesto, l'Europa è impegnata a perseguire l'obiettivo di eliminare nel prossimo decennio l'epatite virale tra le persone che si iniettano droghe. Il virus dell'epatite C è molto diffuso tra questa popolazione, tuttavia i recenti progressi nei farmaci disponibili per il trattamento dell'infezione hanno reso l'eliminazione del virus un obiettivo possibile da raggiungere. Per tale motivo, nella Relazione europea sulla droga di quest'anno, viene attribuita particolare enfasi alla necessità di aumentare l'offerta di prevenzione, test e trattamento come obiettivo critico per il raggiungimento di questo importante traguardo di salute pubblica.

Infine, dobbiamo esprimere la nostra gratitudine ai nostri omologhi nazionali della rete di punti focali nazionali Reitox, agli altri partner nazionali e internazionali e al comitato scientifico dell'EMCDDA, senza il cui sostegno questa relazione non sarebbe possibile. Dobbiamo inoltre riconoscere il contributo che abbiamo ricevuto dai nostri partner istituzionali a livello europeo, in particolare la Commissione europea, Europol, il Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie e l'Agenzia europea per i medicinali. In aggiunta, siamo grati alle reti specializzate che hanno collaborato con noi, arricchendo la nostra relazione con dati innovativi e all'avanguardia.

**Laura d'Arrigo**

presidente, consiglio di amministrazione dell'EMCDDA

**Alexis Goosdeel**

direttore, 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 tramite relazioni annuali.

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 2017 (o comunque all'ultimo anno per il quale sono 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. Si deve inoltre tenere presente che il monitoraggio di modelli e tendenze riguardanti un comportamento nascosto e stigmatizzato come il consumo di droghe presenta difficoltà di ordine sia pratico sia metodologico. Ai fini dell'analisi, nella presente relazione si è quindi fatto ricorso a svariate fonti di dati. Benché si possano notare miglioramenti considerevoli, sia a livello nazionale sia per quanto riguarda i risultati che è possibile ottenere in 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 in cui è possibile che siano effettuate interpolazioni.

Il periodo di riferimento per tutti i grafici, le analisi e i dati contenuti nella presente relazione è la situazione nell'ambito della droga fino alla fine del 2018. Tutti i raggruppamenti, gli aggregati e le etichette rispecchiano pertanto la situazione esistente nel 2018 per quanto riguarda la composizione dell'Unione europea e dei paesi che partecipano all'attività di segnalazione dell'EMCDDA. A causa del tempo necessario per la compilazione e la trasmissione dei dati, molte delle serie di dati annuali qui incluse si riferiscono al periodo annuale che va dal gennaio al dicembre 2017.

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 presente 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 reflue in Europa, SCORE), la European Drug Emergencies Network (Rete europea delle emergenze tossicologiche, Euro-DEN Plus), la rete European Syringe Collection and Analysis Project Enterprise (Iniziativa per il progetto europeo di raccolta e analisi di siringhe, ESCAPE), la rete Trans-European Drug Information network (rete transeuropea di informazioni sulla droga, TEDI), il gruppo European Web Survey on Drugs (indagine web europea sulle droghe);
- il Centro di traduzione degli organismi dell'Unione europea e l'Ufficio delle pubblicazioni 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

**La relazione europea sulla droga 2019  
fornisce una panoramica della  
situazione della droga in Europa**



# Comprendere la situazione della droga in Europa nel 2019

L'ultima analisi condotta dall'EMCDDA sul fenomeno europeo della droga rivela un mercato resiliente che riflette gli sviluppi in atto a livello mondiale.

I persistenti problemi di salute e sicurezza dovuti alle sostanze illecite «classiche» e più recenti creano un contesto politico impegnativo per la definizione e l'attuazione di risposte efficaci. La relazione europea sulla droga 2019 fornisce una panoramica della situazione della droga in Europa sulla base dei più recenti dati disponibili. Questa sezione introduttiva fornisce un breve commento analitico su alcune delle questioni importanti che figurano attualmente nell'agenda politica europea in materia di droga.

## Oppiacei: sono ancora necessari sforzi per affrontare un problema in evoluzione

Un tempo il problema della droga in Europa era definito facendo riferimento al consumo di eroina per via parenterale. Oggi le nuove richieste di trattamento per eroina sono poche rispetto ai livelli storici, i tassi di consumo per via parenterale sono diminuiti e il numero di nuovi casi di HIV attribuiti ogni anno all'assunzione di

questa sostanza per via parenterale è sceso di circa il 40 % nell'ultimo decennio. Si tratta di buone notizie. I paesi europei sono intervenuti in modo lodevole introducendo misure pragmatiche per la riduzione del danno e il trattamento che hanno contribuito a questo successo. Altrove, invece, i problemi relativi agli oppiacei hanno continuato a crescere, facendo lievitare i costi della sanità pubblica sia nell'America del Nord che in alcuni dei paesi confinanti con l'Unione europea. Nonostante i miglioramenti osservati in Europa, l'uso degli oppiacei continua tuttavia a contribuire in modo rilevante ai costi sanitari e sociali imputabili al consumo di droga in Europa, ed è possibile che le minacce rappresentate da questa classe di stupefacenti stiano addirittura aumentando.

Un'analisi delle risposte disponibili per i problemi legati agli oppiacei indica che in vari paesi, in particolare nell'Europa orientale, gli interventi di riduzione del danno e il trattamento restano inadeguati. Alcuni segnali indicano inoltre che in alcuni paesi con una copertura del servizio storicamente buona la situazione è peggiorata. Allo stesso tempo, le esigenze dei consumatori di oppiacei, progressivamente più anziani e spesso sempre più vulnerabili, continuano a crescere. Questa situazione trova conferma nei decessi per overdose (oggi le vittime hanno in media 39 anni), così come nell'elevata prevalenza di problemi di salute sia fisica sia psicologica in questo gruppo. Negli ultimi 5 anni è stato inoltre osservato un aumento generale dei decessi droga-correlati alla droga e un incremento è stato registrato in tutte le fasce di età oltre i 30 anni. Gli indicatori riguardanti l'offerta segnalano un possibile aumento della minaccia. La quantità di eroina sequestrata è aumentata, la purezza della sostanza rimane relativamente alta e il prezzo relativamente basso, il che lascia intendere che in molti parti d'Europa la disponibilità

è elevata. Di recente laboratori che producono eroina sono stati scoperti anche in alcuni paesi dell'UE, il che rappresenta uno sviluppo preoccupante.

### **Lotta contro l'epatite virale**

L'Europa si è impegnata a rispettare l'agenda globale 2030 per lo sviluppo sostenibile, che nel suo quadro politico globale prevede anche la lotta contro l'epatite virale. Nell'Unione europea, l'attenzione dedicata a questo aspetto è particolarmente importante per i consumatori di droga per via parenterale, che oltre ad essere i più colpiti da questa malattia sono quelli esposti a un maggiore rischio di trasmissione. L'impatto dell'epatite virale sulla salute da qui al 2030 dipenderà pertanto dall'aumento delle misure di prevenzione e dall'accesso di questo gruppo agli esami diagnostici e al trattamento per l'epatite B e C.

Strategie contro l'epatite sono già state adottate in 17 paesi dell'UE e in Norvegia, e un numero crescente di paesi permette di accedere senza restrizioni a farmaci antivirali ad azione diretta meglio tollerati e più efficaci. Tuttavia, occorre fare di più. Lo screening HCV è un punto d'accesso cruciale alla cura efficace dell'epatite e contribuisce a impedirne l'ulteriore trasmissione. In questo contesto, i servizi che si occupano di droga a livello di comunità possono svolgere un ruolo importante. In molti paesi, tuttavia, non esistono politiche efficaci in materia di esami diagnostici e non sono stati definiti percorsi adeguati di indirizzamento alle cure. Può anche esistere una resistenza professionale al trattamento dei consumatori di stupefacenti e i benefici che questo investimento nelle cure assicura sia alle singole persone che alla comunità nel suo complesso non sono sempre riconosciuti. L'EMCDDA sta sviluppando strumenti per sostenere l'attuazione del trattamento dell'epatite virale in contesti di trattamento della tossicodipendenza. Tra questi strumenti figurano una lista di controllo per individuare gli ostacoli all'adozione dei test e del trattamento dell'HCV, un questionario sulle conoscenze per il personale dei servizi e casi di studio che illustrano in che modo gli approcci in cui sono previsti esami diagnostici a livello di comunità possono offrire un valido contributo alla risposta a tale malattia.

### **Gli oppiacei sintetici hanno un ruolo più importante**

Negli Stati Uniti e in Canada l'attuale epidemia di oppiacei è dovuta all'uso di oppiacei sintetici, in particolare di derivati del fentanil. La situazione in Europa è diversa ma il fenomeno desta comunque preoccupazione. Circa

50 nuovi oppiacei sintetici sono stati segnalati al sistema di allerta precoce dell'UE sulle nuove sostanze psicoattive. Molte di queste sostanze sono state messe in relazione con avvelenamenti gravi e decessi. Alcune, come il carfentanil, sono estremamente potenti, il che significa che possono essere trasportate in quantitativi molto piccoli, difficili da individuare ma trasformabili in molte migliaia di dosi. Inoltre, gli oppiacei sintetici solitamente utilizzati come medicinali, ad esempio come farmaci per il trattamento sostitutivo e come antidolorifici, sembrano avere un ruolo sempre più importante nel problema della droga in molte zone d'Europa. Tra le persone che iniziano per la prima volta il trattamento della tossicodipendenza per un problema legato agli oppiacei, una su cinque segnala un oppiaceo sintetico, e non l'eroina, come problema principale; queste sostanze sono più frequentemente coinvolte nei casi di overdose. Nonostante questa minaccia, l'attuale capacità di individuare e riferire in merito alla disponibilità, all'uso e alle conseguenze degli oppiacei sintetici resta limitata. Il miglioramento della sensibilità delle risorse informative in questo settore deve pertanto essere considerato prioritario.

### **Il valore delle fonti di dati tossicologici e medico-legali**

I decessi per overdose sono raramente associati al consumo di una sola sostanza. I moderni modelli di consumo di droga sono estremamente dinamici: sul mercato circola un maggior numero di stupefacenti e i consumatori in genere assumono, consapevolmente o inconsapevolmente, più di una sostanza. Ciò significa che, in mancanza di dati tossicologici e medico-legali di buona qualità, nuove minacce per la salute potrebbero essere trascurate. Vi è quindi il rischio che il ruolo di nuove sostanze psicoattive potenti, come i derivati del fentanil, nei decessi per overdose possa non essere riconosciuto, soprattutto quando queste sostanze sono consumate insieme a stupefacenti più tradizionali quali l'eroina. Alcuni Stati membri dell'UE, in particolare nell'Europa settentrionale, hanno investito per migliorare la disponibilità e la sensibilità dei dati tossicologici rendendo possibile una migliore comprensione delle tendenze in materia di droga e delle minacce per la salute. L'introduzione di uno screening completo e l'aumento della sensibilità dei test in Svezia, ad esempio, hanno permesso di raddoppiare il numero di casi in cui è stato rinvenuto fentanil nei campioni esaminati in relazione

**L'Europa è impegnata a favore  
dell'agenda internazionale  
2030 per lo sviluppo sostenibile**

a decessi droga-correlati. Un recente studio dell'EMCDDA indica tuttavia che non tutti i laboratori sono in grado di individuare la presenza delle sostanze meno comuni. Per le indagini medico-legali e tossicologiche è essenziale la disponibilità di standard di riferimento; per le nuove sostanze psicoattive, tuttavia, in molti laboratori tali standard non sono disponibili. Inoltre, l'assenza di orientamenti europei in materia di tossicologia forense per le indagini sui decessi droga-correlati costituisce un ostacolo al miglioramento del monitoraggio e delle prassi in questo settore. Più in generale, poiché le droghe sintetiche di tutti i tipi probabilmente continueranno a crescere in termini di importanza, saranno necessari maggiori investimenti nelle fonti di dati tossicologici e medico-legali.

### Strumenti di monitoraggio innovativi forniscono indicazioni sulle tendenze emergenti

La relazione europea sulla droga di quest'anno si basa su una selezione di fonti di dati più recenti e mirate. Questi indicatori «avanzati» non sono rappresentativi della popolazione in generale e presentano altri limiti; essi forniscono tuttavia dati utili, tempestivi e complementari che offrono informazioni preziose sul consumo di sostanze stupefacenti in Europa (cfr. figura 1). Ad esempio, l'analisi delle acque reflue fornisce oggi una panoramica dei volumi di sostanze stupefacenti consumati a livello di comunità nelle città di tutta Europa. Uno dei vantaggi di questa fonte di dati è che le informazioni possono essere comunicate rapidamente e possono quindi rivelare precocemente cambiamenti nel consumo di droga. Ad esempio, i nuovi dati relativi al 2018, recentemente pubblicati dal gruppo SCORE e dall'EMCDDA, indicano una maggiore diffusione geografica e un aumento complessivo del consumo di tutte le classi di stimolanti comunemente utilizzate.

Altre nuove fonti di dati contenute nella relazione di quest'anno comprendono l'indagine web europea sulle droghe. I risultati di questa indagine, basata su un campione di consumatori di stupefacenti reclutati online, forniscono informazioni sui modelli di consumo e sugli acquisti di sostanze illecite comunemente utilizzate. Anche le informazioni ottenute dai servizi di controllo degli stupefacenti, che consentono di fare analizzare gli stupefacenti in proprio possesso per avere informazioni sul loro contenuto, sono esaminate in questa relazione per avere indicazioni sul consumo di droga in contesti ricreativi specifici.

I dati dei reparti ospedalieri di emergenza sui danni acuti correlati al consumo di droga permettono di capire meglio l'influenza del consumo di stupefacenti sulla salute

FIGURA 1

Nuovi indicatori per integrare le fonti di dati esistenti



pubblica in Europa. I ricoveri per tossicità acuta correlata al consumo di droghe in ospedali selezionati di 18 paesi europei sono monitorati dalla rete europea delle emergenze tossicologiche (Euro-DEN Plus). I risultati dell'analisi di quest'anno mostrano come gli stupefacenti responsabili degli accessi ai reparti di emergenza possano variare in Europa. Gli stimolanti sono stati associati, ad esempio, a un numero elevato di emergenze, ma gli accessi dovuti alle amfetamine sono stati registrati più frequentemente nell'Europa settentrionale e orientale, mentre la cocaina è stata lo stimolante prevalente nei paesi meridionali e occidentali.



Il ruolo che gli stimolanti possono svolgere nel consumo di droga per via parenterale è dimostrato anche da un nuovo studio pilota che ha analizzato i residui di stupefacenti estratti da siringhe usate raccolte in luoghi di scambio di aghi in cinque città europee. In tutti i luoghi tranne uno, gli stimolanti sono risultati la sostanza più comune rinvenuta. La metà delle siringhe analizzate conteneva tracce di due o più stupefacenti; la combinazione più frequente era costituita da una miscela di uno stimolante e un oppiaceo. Queste nuove fonti di informazioni offrono la possibilità di confermare e integrare le fonti di dati esistenti, migliorando la conoscenza delle forme meno osservate di consumo di stupefacenti.

### Il mercato europeo della cocaina continua a crescere

I dati attuali sulla cocaina mostrano che il numero di sequestri e i volumi sequestrati hanno raggiunto livelli record. La cocaina entra in Europa attraverso numerose rotte di traffico e con molti sistemi, ma la crescita nel traffico di grandi volumi con i container movimentati dai grandi porti spicca in modo particolare. Una maggiore disponibilità di questa sostanza è suggerita anche dal fatto che la purezza stimata della cocaina al dettaglio è la più alta di quest'ultimo decennio. Al livello intermedio e al dettaglio è visibile una riorganizzazione della catena di approvvigionamento della cocaina, con l'emergere di strutture organizzative frammentate, disperse e più orizzontali. Gruppi più piccoli sono riusciti a entrare nel mercato utilizzando una gamma di tecnologie informatiche quali la crittografia, i mercati darknet, i social media per lo smercio e le criptovalute. L'imprenditorialità nel mercato competitivo della cocaina è evidenziata da strategie di distribuzione innovative, come i call center dedicati esclusivamente alla cocaina. Questi nuovi metodi sembrano riflettere, in una certa misura, il tipo di perturbazione riscontrato in altri settori, favorito dalla diffusione degli smartphone – una potenziale «Uberizzazione» del commercio della cocaina – in un mercato competitivo in cui gli spacciatori competono offrendo servizi aggiuntivi, quali opzioni di consegna rapide e flessibili.

### Cocaina: danni per la salute più evidenti

La prevalenza del consumo problematico di cocaina è particolarmente difficile da stimare perché questo stupefacente è meno visibile negli indicatori comunemente utilizzati, che tendono a essere maggiormente incentrati sui problemi correlati agli oppiacei. Vi sono tuttavia segnali che indicano un aumento

dei costi sanitari correlato alla maggiore disponibilità di cocaina. Dal 2014 il numero di nuovi utenti presi in carico da servizi di trattamento per problemi legati alla cocaina, sebbene ancora relativamente basso, è cresciuto di oltre il 35 % ed è aumentato in circa due terzi dei paesi. In alcuni paesi, la cocaina è stata associata a recenti aumenti dei decessi dovuti alla droga. Questo stupefacente è spesso rinvenuto insieme ad oppiacei nei decessi per overdose nelle zone dell'Europa in cui è lo stimolante prevalente. Inoltre, il ruolo della cocaina in casi di decesso legati alle malattie cardiovascolari può non essere segnalato. I dati, quando sono disponibili, indicano un aumento complessivo degli accessi ai reparti di emergenza correlati al consumo di cocaina, e la cocaina è la sostanza illecita più frequentemente segnalata nello studio Euro-DEN condotto in 18 paesi. La cocaina è stata rinvenuta anche in un quarto o più delle siringhe esaminate in tre delle cinque città che hanno partecipato a un progetto pilota sull'utilità dell'analisi dei residui contenuti nelle siringhe ai fini della mappatura dei modelli di consumo per via parenterale. I nuovi dati disponibili indicano inoltre che l'uso di cocaina crack, una forma di cocaina che viene fumata ed è associata in modo particolare a un uso problematico, si sta diffondendo. Un aumento del numero di consumatori di cocaina crack entrati in trattamento dal 2014 è stato segnalato in Belgio, Irlanda, Francia, Italia, Portogallo e nel Regno Unito, il paese europeo in cui l'uso di questa sostanza è più diffuso.

Gli elementi disponibili in base a cui è possibile stabilire che cosa costituisce un servizio efficace per i consumatori di cocaina rimangono relativamente scarsi e in Europa i programmi mirati per gli utilizzatori di cocaina sono attualmente limitati. Questa situazione sta cominciando a cambiare e alcuni paesi stanno introducendo interventi più specializzati di riduzione del danno. Nel complesso, tuttavia, dato che le necessità in questo settore sembrano essere in crescita, occorrono investimenti urgenti per lo sviluppo e la valutazione di interventi di tutti i tipi, ma soprattutto di modelli di trattamento efficaci, affinché i servizi riescano a coinvolgere in modo più efficace questo gruppo di consumatori.

**La prevalenza del consumo problematico di cocaina è particolarmente difficile da stimare**

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

## Cannabis



### Adulti (15-64)

Consumo nell'ultimo anno: **24,7 milioni**  
7,4 %



Consumo nella vita: **91,2 milioni**  
27,4 %



### Giovani adulti (15-34)

Consumo nell'ultimo anno: **17,5 milioni**  
14,4 %



Stime nazionali dell'uso nell'ultimo anno

Minimo 3,5 % Massimo 21,8 %

## Cocaina



### Adulti (15-64)

Consumo nell'ultimo anno: **3,9 milioni**  
1,2 %



Consumo nella vita: **18 milioni**  
5,4 %



### Giovani adulti (15-34)

Consumo nell'ultimo anno: **2,6 milioni**  
2,1 %



Stime nazionali dell'uso nell'ultimo anno

Minimo 0,2 % Massimo 4,7 %

## MDMA



### Adulti (15-64)

Consumo nell'ultimo anno: **2,6 milioni**  
0,8 %



Consumo nella vita: **13,7 milioni**  
4,1 %



### Giovani adulti (15-34)

Consumo nell'ultimo anno: **2,1 milioni**  
1,7 %



Stime nazionali dell'uso nell'ultimo anno

Minimo 0,2 % Massimo 7,1 %

## Amfetamine



### Adulti (15-64)

Consumo nell'ultimo anno: **1,7 milioni**  
0,5 %



Consumo nella vita: **12,4 milioni**  
3,7 %



### Giovani adulti (15-34)

Consumo nell'ultimo anno: **1,2 milioni**  
1 %



Stime nazionali dell'uso nell'ultimo anno

Minimo 0 % Massimo 3,9 %

## Oppiacei



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

**654 000** consumatori di oppiacei si sono sottoposti alla terapia sostitutiva nel 2017

Richieste di trattamento per tossicodipendenza

Principale sostanza stupefacente nel 35 % circa delle richieste di trattamento per tossicodipendenza nell'Unione europea



Casi di overdose mortali

**85 %**

Gli oppiacei sono rinvenuti nell'85 % dei casi di overdose mortali



## Ruolo internazionale dell'Europa nella produzione di droghe sintetiche

La produzione di droghe sintetiche in Europa, sebbene difficile da monitorare, sembra stia crescendo, diversificandosi e diventando più innovativa. Questa espansione si evince da dati recenti che documentano un aumento dei sequestri di precursori chimici. La relazione EMCDDA-Europol sui mercati europei della droga, che sarà pubblicata alla fine del 2019, presenterà un'analisi approfondita di tali sviluppi. L'individuazione di laboratori di produzione, siti di smaltimento dei rifiuti, potenza e varietà delle droghe sintetiche disponibili sul mercato europeo sono fondamentali in questo settore.

L'importanza dell'Europa nel mercato mondiale delle droghe sintetiche è confermata da un numero sempre maggiore di segnali, tra cui sequestri consistenti di sostanze di vario tipo alle frontiere dell'UE, il fatto che il quantitativo di MDMA che viene sequestrato in Turchia è superiore a quello sequestrato nell'Unione europea nel suo complesso, e la scoperta in Europa di laboratori che producono metamfetamina ed altre droghe sintetiche destinate all'esportazione. L'infrastruttura che consente di spostare rapidamente le merci da un paese all'altro è stata utilizzata in misura sempre maggiore per il traffico di droghe soggette a controllo, nuove sostanze psicoattive, precursori e altre sostanze chimiche essenziali per la produzione di stupefacenti nell'Unione europea. La stessa infrastruttura è talvolta utilizzata anche per il traffico di droghe sintetiche – in particolare MDMA, ma anche altre sostanze – verso paesi terzi.

La produzione di droghe sintetiche sembra anche favorire la diffusione dell'uso di metamfetamina in nuovi paesi dell'Unione europea. A livello mondiale, la metamfetamina rappresenta la sfida più grande nel settore delle droghe sintetiche. In Europa, il consumo di metamfetamina era concentrato in alcuni paesi dove questo problema è nato molto tempo fa. La situazione è ancora in larga misura questa, ma malgrado la diffusione e la disponibilità di altri stimolanti, l'analisi dei residui nelle acque reflue indica che questa droga sta cominciando a diffondersi in nuovi paesi. La scoperta di laboratori indica anche un certo aumento della produzione, nonché la produzione per mercati di paesi terzi.

## Cannabis: nuovi sviluppi per la droga più diffusa in Europa

La cannabis è una delle droghe presenti da più tempo in Europa. Si tratta della droga d'abuso più usata: quasi il 20 % dei 15-24enni riferisce di avere assunto cannabis

nell'ultimo anno. A livello internazionale ed europeo, il consumo di cannabis continua a essere un tema di grande interesse sia a livello politico che per la popolazione e i nuovi sviluppi che vanno emergendo stimolano la discussione sul modo in cui la società dovrebbe rispondere a questa sostanza.

Si discute del valore terapeutico della cannabis, dei preparati a base di cannabis e dei medicinali derivati dalla pianta della cannabis. La legalizzazione della cannabis in alcuni paesi ha portato a prendere in considerazione i costi e i benefici delle diverse opzioni di regolamentazione e di controllo. Si tratta di un ambito complesso. In Europa notevoli risorse di polizia sono destinate al controllo della cannabis e oltre la metà degli 1,2 milioni di reati di uso o detenzione per uso personale segnalati nel 2017 si riferiva alla cannabis. Il coinvolgimento nel mercato della cannabis può alimentare anche la criminalità giovanile ed essere un'importante fonte di proventi per la criminalità organizzata. Inoltre, la conoscenza dei potenziali rischi per la salute derivanti dal consumo di cannabis, soprattutto tra i giovani, è aumentata. La cannabis è oggi la sostanza più frequentemente indicata da chi si rivolge a un servizio specialistico di trattamento della tossicodipendenza come motivo principale che induce a chiedere aiuto. Si tratta di una situazione preoccupante, visto che negli ultimi anni la valutazione globale dell'EMCDDA indicava una sostanziale stabilità delle tendenze relative alla cannabis. Tuttavia, questa stabilità oggi viene messa in discussione da nuovi dati, da cui emerge che vari paesi registrano un aumento dell'uso di questa sostanza nelle classi di età più giovani.

A rendere la situazione ancora più complessa contribuisce il fatto che negli ultimi anni sono state sviluppate nuove forme di cannabis frutto di progressi compiuti nelle tecniche di coltivazione, estrazione e produzione. Varietà ibride da cui si ottiene una cannabis più potente hanno cominciato a sostituire le varietà tradizionali sia in Europa che in Marocco, da dove proviene gran parte della resina di cannabis usata in Europa. Un recente studio condotto con il sostegno dell'EMCDDA ha evidenziato un aumento della potenza nell'ultimo decennio, sia per la resina di cannabis che per la cannabis in foglie e infiorescenze. La creazione di mercati leciti della cannabis ad uso ricreativo, nei paesi in cui questa sostanza è stata legalizzata, favorisce l'innovazione e lo sviluppo di nuovi prodotti a base di cannabis quali prodotti alimentari, liquidi per sigarette elettroniche e concentrati. Alcuni di questi prodotti stanno facendo la loro comparsa sul mercato europeo, dove rappresentano una nuova sfida per l'individuazione e il controllo degli stupefacenti.

Riconoscendo la natura dinamica e complessa della politica sulla cannabis, l'EMCDDA ha introdotto una nuova

serie di pubblicazioni contenenti dati e analisi su questo tema e una panoramica dello sviluppo della fornitura di cannabis a uso medico nell'Unione europea. Un dibattito informato in questo settore è ostacolato dall'assenza di una concezione comune della cannabis terapeutica ed è reso complicato dalla varietà dei prodotti disponibili, che vanno dai medicinali contenenti composti della pianta della cannabis ai preparati a base di cannabis grezza.

### **I prodotti di cannabis a basso contenuto di THC sollevano interrogativi dal punto di vista della disciplina normativa**

Un altro esempio dei rapidi sviluppi in atto che riguardano la cannabis è la comparsa, negli ultimi due anni, di cannabis in foglie e infiorescenze e oli di cannabis a bassa concentrazione destinati a essere venduti nei negozi di alimenti per la salute o in negozi specializzati in alcuni paesi europei. Le vendite sono effettuate sulla base dell'indicazione che questi prodotti hanno un effetto intossicante scarso o nullo e pertanto non sono soggetti a controllo in base alle leggi sulla droga. La cannabis contiene molte sostanze chimiche diverse, ma quelle che attirano maggiormente l'attenzione sono due cannabinoidi, il tetraidrocannabinolo (THC) e il cannabidiolo (CBD). Il THC è la sostanza principale che provoca gli effetti psicoattivi della cannabis. I prodotti contenenti CBD sono sempre più commercializzati con indicazioni riguardanti i loro effetti benefici. La letteratura complessa e in evoluzione sui dati relativi all'uso medico del THC e del CBD è stata esaminata in una recente pubblicazione dell'EMCDDA. I nuovi prodotti dichiarano di avere concentrazioni di THC inferiori a 0,2 % o 0,3 % e rientrano in linea di massima in due categorie di prodotti: una destinata a persone che fumano cannabis e una (le formulazioni come oli e creme) destinata a persone interessate a possibili usi per la salute. Alcuni Stati membri dell'UE considerano i prodotti a bassa concentrazione di THC come estratti di cannabis soggetti a sanzioni penali; altri li considerano medicinali che non possono essere venduti senza autorizzazione; altri ancora li classificano come prodotti che non costituiscono una minaccia per la salute pubblica e pertanto non richiedono alcuna licenza per il commercio. Questo sviluppo solleva interrogativi dal punto di vista della disciplina normativa sia a livello dell'UE che a livello nazionale.

### **Sfruttare la digitalizzazione per ottenere benefici per la salute**

I giovani sono un importante gruppo destinatario di molti interventi in materia di droga. Probabilmente sono la categoria della popolazione che ha più dimestichezza e apertura verso l'uso delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione in molti ambiti della vita e probabilmente sono anche il gruppo più disposto ad accettare l'uso di queste tecnologie per la prevenzione, il trattamento e la riduzione del danno, nonché quello che può beneficiarne maggiormente. La relazione europea sulla droga di quest'anno esamina alcuni dei nuovi sviluppi nei settori dei dispositivi mobili e dei servizi per la salute forniti attraverso dispositivi mobili, che mirano ad affrontare un'ampia gamma di questioni, dall'accesso ai servizi alla trasmissione di competenze e alla formazione per coloro che lavorano nel settore della droga. Gli sviluppi in questo campo utilizzano risorse online e applicazioni mobili, e alcuni approcci innovativi recenti esplorano il modo in cui la realtà virtuale può essere utilizzata, ad esempio, nel trattamento della tossicodipendenza, aiutando i pazienti a sviluppare resilienza nei confronti degli stupefacenti o a ridurre il craving. Questo ambito va considerato con grande cautela, perché le nuove applicazioni non sono sempre accompagnate da solide norme in materia di qualità e protezione dei dati e da evidenze relative alla valutazione. Come in tutti gli altri settori dell'assistenza sanitaria, questi saranno elementi essenziali se si vogliono realizzare i benefici potenziali promessi dalle nuove tecnologie.

**I giovani sono un importante gruppo destinatario di molti interventi in materia di droga**



## **Rafforzamento del sistema di allerta precoce dell'UE e valutazione dei rischi sulle nuove sostanze psicoattive**

Nel 2018 nuove sostanze psicoattive sono state segnalate al sistema di allerta precoce dell'UE sulle nuove sostanze psicoattive al ritmo di circa una alla settimana. Il numero di nuove sostanze stupefacenti individuate nel 2018 (55) è simile a quello del 2017, ma è notevolmente diminuito rispetto al 2013 e al 2014. Se da un lato ciò potrebbe suggerire un calo dell'innovazione in questo settore, va osservato che un numero significativo di sostanze che sono già state notificate continua a essere presente ogni anno sul mercato europeo della droga, il che suggerisce che le sostanze possano rimanere a lungo sul mercato. Vi sono inoltre cambiamenti nel tipo di sostanze che vengono osservate, il che potrebbe indicare che le nuove sostanze psicoattive sono sempre più mirate ai consumatori di droga a lungo termine e più problematici. Ad esempio, il sistema di allerta precoce dell'UE sulle nuove sostanze psicoattive continua a ricevere segnalazioni su una vasta gamma di sostanze, tra cui nuovi oppiacei sintetici e benzodiazepine.

L'allerta precoce e la valutazione dei rischi sono fondamentali per la risposta dell'Europa agli sviluppi nel settore delle nuove sostanze psicoattive. Nel 2018 il sistema europeo è stato rivisto per rafforzare e accelerare la capacità dell'UE di individuare, valutare e rispondere alle minacce sanitarie e sociali che presentano le nuove droghe. Ciò prevede non solo l'allerta precoce in tutta Europa, ma anche la possibilità di un'azione più rapida di valutazione dei rischi e controllo delle sostanze a livello europeo. I cambiamenti rafforzano inoltre la rete che sostiene l'EMCDDA e l'Europol in questa attività, con accordi formali di lavoro stipulati tra l'EMCDDA e l'Agenzia europea per i medicinali (EMA), l'Autorità europea per la sicurezza alimentare (EFSA), il Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (ECDC) e l'Agenzia europea per le sostanze chimiche (ECHA).





# 1

**Nello scenario mondiale l'Europa  
è un mercato importante per le droghe**

# L'offerta di droga e il mercato

Nello scenario mondiale l'Europa è un mercato importante per le droghe, alimentato sia dalla produzione interna sia dall'importazione illecita 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 un paese di approvvigionamento importante per le 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; 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.

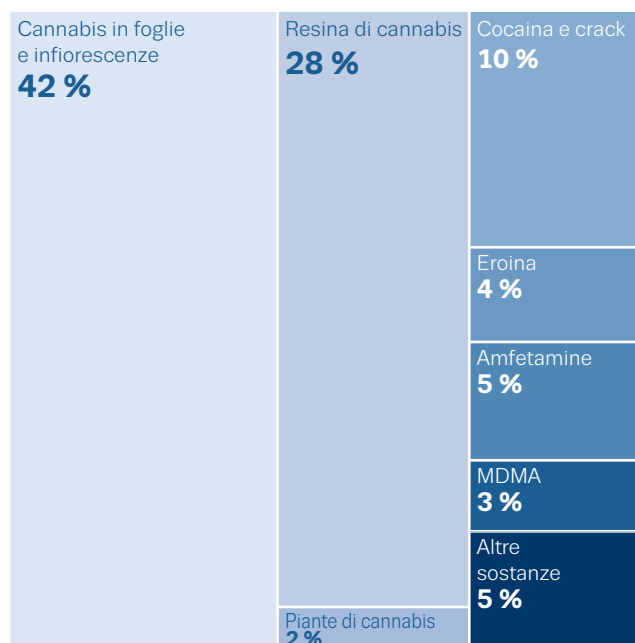
## Monitoraggio dei mercati, dell'offerta e delle leggi in materia di droga

L'analisi riportata nel presente capitolo si basa su dati trasmessi riguardanti sequestri di droga, sequestri e intercettazioni di partite 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 nel traffico, i livelli delle attività di contrasto e l'efficacia dei provvedimenti d'interdizione. Nella versione online del bollettino statistico è possibile trovare dati esaustivi e ampie note metodologiche.

Questo capitolo riporta inoltre dati sulle notifiche e sui sequestri delle nuove sostanze psicoattive comunicati al sistema di allerta precoce dell'UE dai partner nazionali dell'EMCDDA e dell'Europol. Poiché queste informazioni sono tratte da segnalazioni di casi anziché da sistemi di monitoraggio regolare, le stime sui sequestri rappresentano una statistica minima. Una descrizione completa del sistema di allerta precoce sulle nuove sostanze psicoattive è disponibile nel sito dell'EMCDDA.

FIGURA 1.1

Numero di sequestri di stupefacenti segnalati, ripartito per sostanza (2017)



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 della droga continua a evolversi, con un'ampia varietà di nuove sostanze psicoattive in progressiva affermazione nel corso dell'ultimo decennio. Fra le recenti evoluzioni sul mercato delle sostanze illecite, collegate in ampia misura alla globalizzazione e alle nuove tecnologie, figurano l'innovazione nella produzione delle droghe e nei metodi di traffico nonché l'affermarsi di nuove rotte di traffico e la crescita dei mercati online.

### Mercati delle sostanze illecite in Europa: complessi e su più livelli

I mercati delle sostanze illecite comprendono una serie complessa di attività interconnesse, tra cui la produzione, il traffico, la distribuzione e la vendita al consumatore finale, e hanno una notevole ampiezza geografica. Nelle varie fasi possono essere coinvolti diversi attori, ma a dominare questo mercato, che vale miliardi di euro all'anno, sono i gruppi della criminalità organizzata.

Al dettaglio, la vendita di droga è ancora effettuata principalmente attraverso contatti diretti tra fornitori e consumatori. La tecnologia mobile e la cifratura, tuttavia, sono sempre più sfruttate dalle reti del traffico. Negli ultimi anni le piattaforme online per la vendita di droga, pur costituendo una componente relativamente modesta del mercato complessivo, hanno assunto un'importanza crescente. I mercati online sono reperibili sul web di superficie, ossia la parte del web indicizzata o consultabile, compresi i negozi online e le piattaforme dei social media, oppure sul «darknet», una rete cifrata per accedere alla quale occorrono strumenti speciali e in cui i venditori e gli acquirenti possono occultare la propria identità.

Da quando, nel 2010, esistono mercati online anonimi, sono apparsi più di 100 mercati darknet globali. Nel luglio 2017 AlphaBay, il più grande mercato ad oggi, è stato smantellato in un'operazione di polizia internazionale, che ha posto fine anche a un altro grande sito, il mercato Hansa. Questa operazione di contrasto può avere eroso la fiducia dei consumatori nella sicurezza di tali mercati. Tuttavia, un'analisi dell'EMCDDA e di Europol mostra che un anno dopo l'operazione i proventi e i volumi degli scambi associati alle vendite di droga attraverso il darknet erano tornati ai livelli precedenti.

### Oltre un milione di sequestri di sostanze illecite

I sequestri di sostanze illecite da parte delle forze dell'ordine costituiscono un importante indicatore dei mercati della droga; nel 2017, in Europa ne sono stati segnalati più di 1,1 milioni. Il maggior numero dei sequestri segnalati riguarda piccole quantità di stupefacenti confiscate ai consumatori, ma la maggior parte del quantitativo totale di droga sequestrato era concentrato in poche partite del peso di molti chilogrammi. I tre paesi che riferiscono il maggior numero di sequestri (complessivamente oltre i due terzi di tutti i sequestri di droga nell'Unione europea) sono la Spagna, il Regno Unito e la Francia. Tuttavia, non sono disponibili dati relativi al numero di sequestri nei Paesi Bassi, mentre i dati più recenti disponibili per Germania e Slovenia risalgono al 2015, il che introduce un certo grado di incertezza nell'analisi. La cannabis, oggetto di quasi i tre quarti del numero totale di sequestri effettuati in Europa (figura 1.1), è la sostanza più sequestrata.

### Cannabis: sequestri e aumento della potenza, il prezzo rimane stabile

La cannabis in foglie e infiorescenze (marijuana) e la resina di cannabis (hashish) sono i due prodotti principali a base di cannabis presenti sul mercato europeo della droga. L'olio di cannabis è relativamente raro, anche se negli ultimi anni sono stati segnalati sequestri di quantitativi importanti. La cannabis in foglie e infiorescenze consumata in Europa è principalmente coltivata in Europa, ma anche importata illecitamente da altri paesi. Quella prodotta in Europa è coltivata prevalentemente al chiuso. La resina di cannabis è importata perlopiù dal Marocco, anche se la Libia sta diventando un crocevia importante del traffico. Stanno emergendo segnalazioni riguardanti la produzione di resina nell'Unione europea, mentre la produzione di «nederhash» è documentata già da diversi anni nei Paesi Bassi. Inoltre, i Balcani occidentali costituiscono un luogo di provenienza sia della cannabis in foglie e infiorescenze sia, più recentemente, dell'olio di cannabis.

Nel 2017 gli Stati membri dell'UE hanno segnalato 782 000 sequestri di prodotti a base di cannabis, di cui 440 000 riguardanti cannabis in foglie e infiorescenze, 311 000 relativi a resina e 22 000 riguardanti piante. Dal 2009 il numero di sequestri di cannabis in foglie e infiorescenze in Europa è superiore a quello dei sequestri di resina, ma la quantità di resina di cannabis sequestrata è più che doppia rispetto a quella della cannabis in foglie e infiorescenze (466 tonnellate contro 209 tonnellate). Ciò è dovuto in parte al fatto che il traffico transfrontaliero di resina di cannabis interessa volumi maggiori, il che rende più probabile l'interdizione. Data la sua vicinanza al Marocco, la Spagna ha una particolare rilevanza per quanto riguarda i quantitativi di resina di cannabis sequestrata, che rappresentano quasi i tre quarti (72 %) del quantitativo totale sequestrato nell'Unione europea nel 2017 (figura 1.2).

## CANNABIS



### RESINA

#### Sequestri

Numero

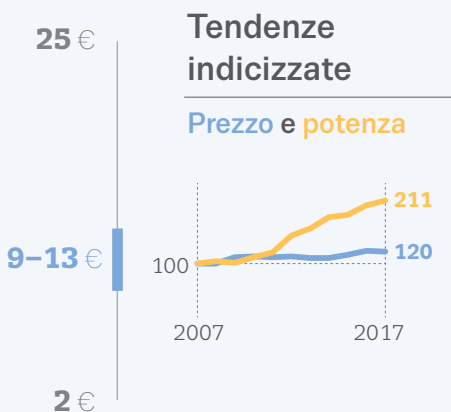
**311 000** UE **329 000** UE + 2

Quantità

**466** UE **550** UE + 2

#### Prezzo

(EUR/g)



#### Potenza

(% THC)



### FOGLIE E INFIORESCENZE

#### Sequestri

Numero

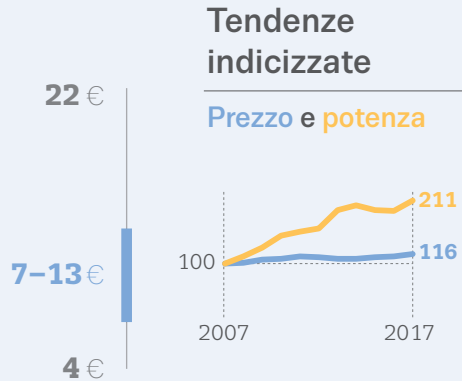
**440 000** UE **486 000** UE + 2

Quantità

**209** UE **304** UE + 2

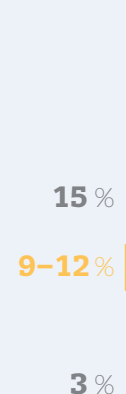
#### Prezzo

(EUR/g)



#### Potenza

(% THC)



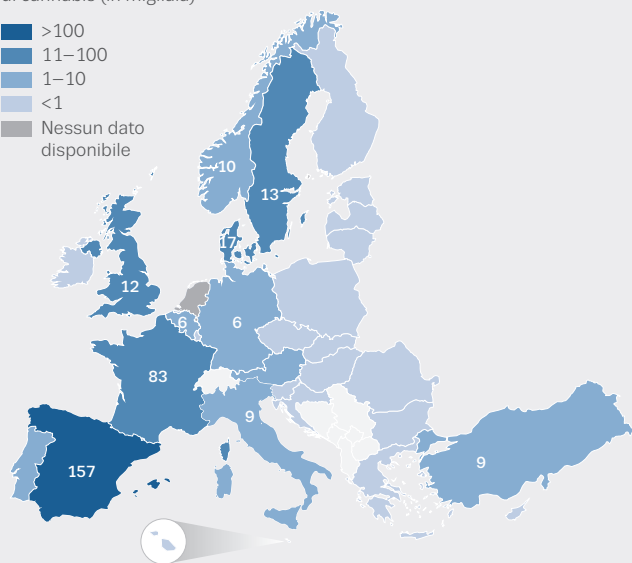
UE + 2: Stati membri dell'UE più Turchia e Norvegia. Prezzo e potenza dei prodotti a base di cannabis: valori medi nazionali – intervallo minimo, massimo e interquartile. I paesi compresi nella statistica variano in base all'indicatore.

FIGURA 1.2

Sequestri di resina di cannabis e cannabis in foglie (2017 o anno più recente)

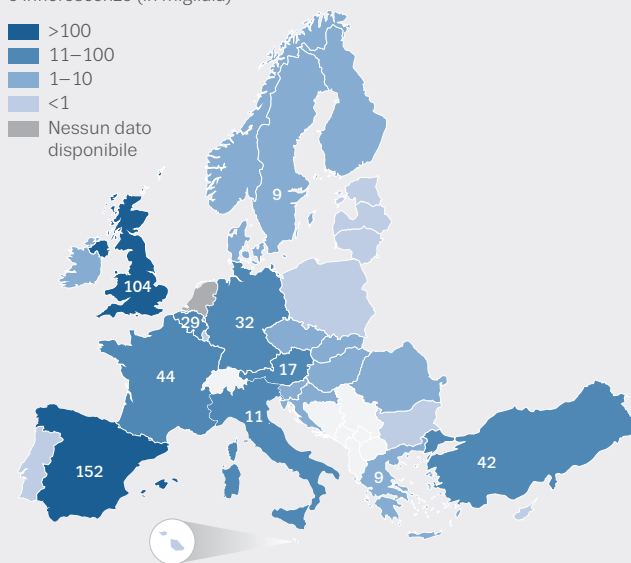
Numero di sequestri di resina di cannabis (in migliaia)

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



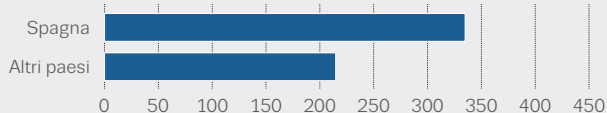
Numero di sequestri di cannabis in foglie e infiorescenze (in migliaia)

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

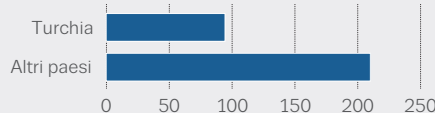


NB: numero di sequestri per i 10 paesi con i valori più alti.

Quantità di resina di cannabis sequestrata (in tonnellate)



Quantità di cannabis in foglie e infiorescenze sequestrata (in tonnellate)



Il numero di sequestri di cannabis segnalati nell'Unione europea, sia per la resina che per le foglie e infiorescenze, è rimasto relativamente stabile dal 2012 (figura 1.3). Tuttavia, dopo un calo registrato nel 2015, la quantità di cannabis in foglie e infiorescenze sequestrata è aumentata in molti paesi. L'aumento complessivo registrato tra il 2016 e il 2017 è dovuto principalmente agli incrementi significativi registrati in Grecia, Spagna e in particolare in Italia. Dal 2009 la Turchia ha sequestrato ogni anno più cannabis in foglie e infiorescenze rispetto a qualsiasi paese dell'UE, ma nel 2017 la quantità di cannabis in foglie e infiorescenze sequestrata in Italia è stata quasi pari a quella sequestrata in Turchia. Inoltre, nel 2017 un notevole aumento dei sequestri è stato segnalato anche in alcuni paesi in cui generalmente i quantitativi di cannabis in foglie e infiorescenze sequestrati sono limitati. Ad esempio in Ungheria la quantità sequestrata è stata sette volte superiore alla quantità sequestrata l'anno precedente (oltre 3,5 tonnellate nel 2017 e 0,5 tonnellate nel 2016).

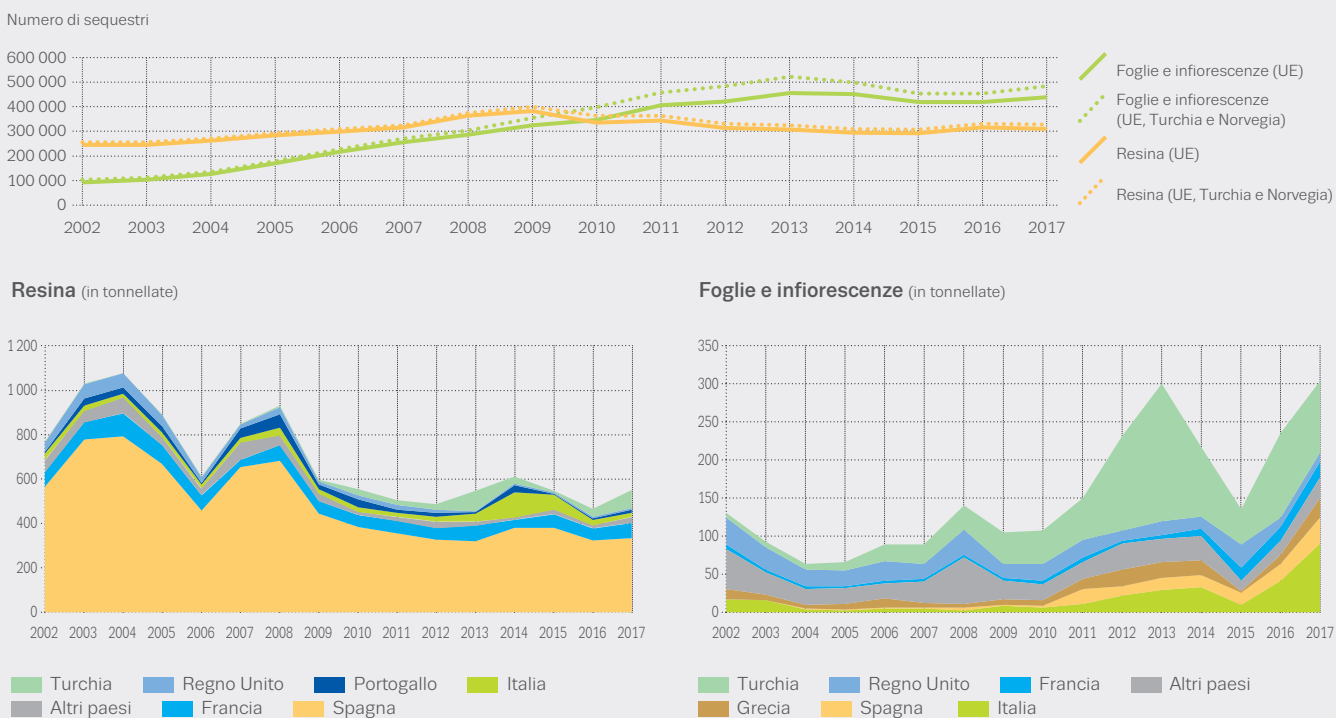
I sequestri di piante di cannabis possono essere considerati un indicatore della produzione interna della sostanza in un determinato paese. Tuttavia, le differenze tra i paesi, sia nelle priorità delle attività di contrasto che nelle prassi di segnalazione, giustificano una certa

prudenza nell'interpretazione dei dati. Nel 2012 il numero di piante sequestrate in Europa ha raggiunto un picco di 7 milioni per effetto dell'interdizione intensiva in Italia in tale anno, per poi scendere a 2,5 milioni di piante nel 2015 e risalire a 3,4 milioni di piante nel 2017. Nel 2017 i paesi europei hanno segnalato 490 sequestri di olio di cannabis; i quantitativi maggiori sono stati sequestrati in Turchia (50 litri in tre sequestri) e in Grecia (12 kg in 37 sequestri).

L'analisi delle tendenze indicizzate nei paesi che effettuano periodicamente segnalazioni relative al prezzo e alla potenza indica un aumento della potenza sia della cannabis in foglie e infiorescenze che della resina di cannabis dal 2007. La potenza della resina ha registrato un aumento continuo dal 2009. I fattori alla base di questo aumento della potenza media della resina probabilmente comprendono l'introduzione di piante ad alta potenza e nuove tecniche di produzione in Marocco ma anche, seppure in misura minore, l'uso maggiore in Europa di tecniche di estrazione della resina che permettono di ottenere prodotti di potenza più elevata. La potenza media della cannabis in foglie e infiorescenze è aumentata nel 2017, dopo un periodo di stabilità tra il 2013 e il 2016; resta tuttavia da vedere se questo recente aumento segni l'inizio di una nuova tendenza. I dati indicano che il prezzo

FIGURA 1.3

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



per grammo al dettaglio è simile per la resina e la cannabis in foglie e infiorescenze e che i prezzi sono stabili dal 2009 circa.

**Disponibilità di prodotti di cannabis a bassa concentrazione di THC**

Dal 2017 cannabis in foglie e infiorescenze e oli di cannabis sono in libera vendita in negozi di alimenti per la salute o in negozi specializzati in diversi paesi dell'UE. Le vendite sono state effettuate sulla base dell'indicazione che questi prodotti hanno un effetto intossicante scarso o nullo e pertanto non sono soggetti a controllo in base alle leggi sulla droga.

La cannabis in foglie e infiorescenze e i suoi estratti sono noti per i due cannabinoidi tetraidrocannabinolo (THC) e cannabidiolo (CBD). Il THC può provocare intossicazioni, mentre il CBD è stato associato a benefici per la salute, sebbene per il momento vi siano scarse prove al riguardo per la maggior parte delle condizioni studiate. La percentuale dei due cannabinoidi può variare notevolmente nelle piante di cannabis. La politica agricola comune dell'UE sovvenziona la coltivazione di determinate varietà della pianta di cannabis destinate a usi industriali, a condizione che il loro contenuto di THC non superi lo 0,2 % (limite inteso in origine a distinguere tra i diversi tipi di piante e non a indicare un profilo di sicurezza per il

consumo umano). I limiti nazionali possono variare tra 0 e 0,3 %.

I nuovi prodotti hanno una concentrazione di THC dichiarata inferiore allo 0,2 % o 0,3 % e sembrano in linea di massima rientrare in due categorie, che possono sovrapporsi: la prima è commercializzata agli utilizzatori esistenti di cannabis illecita come cannabis «legale», normalmente in forma fumabile; la seconda è commercializzata con indicazioni legate alla «salute» e al «benessere», mettendo in evidenza il contenuto del CBD, spesso sotto forma di oli o creme. Le due categorie trovano riscontro anche nel tipo e nella decorazione dei rispettivi luoghi di vendita. Poiché non esiste un metodo di prova riconosciuto per questi prodotti, il contenuto di THC e di CBD può differire da quello indicato in etichetta o nei «risultati di analisi» eventualmente forniti con il prodotto.

## Eroina: il quantitativo sequestrato è aumentato

L'eroina è l'oppiaceo più diffuso sul mercato della droga dell'UE. Tradizionalmente quella importata in Europa è di due tipi: il tipo più comune è l'eroina brown (forma chimica base), ricavata perlopiù dalla morfina estratta da papaveri coltivati in Afghanistan; molto meno comune è l'eroina bianca (sotto forma di sali), che in passato proveniva dall'Asia sudorientale, ma che adesso può anche essere prodotta in Afghanistan o in paesi vicini. Altri oppiacei disponibili sui mercati illeciti in Europa includono l'oppio e i medicinali morfina, metadone, buprenorfina, tramadol e vari derivati del fentanil. Alcuni di questi oppiacei possono essere dirottati da forniture farmaceutiche legittime, mentre altri sono fabbricati illegalmente.

L'Afghanistan rimane il maggiore produttore illecito di oppio al mondo. Si ritiene che la maggior parte dell'eroina che si trova in Europa sia fabbricata in quel paese o nei vicini Iran o Pakistan. Fino a poco tempo fa, nell'Unione europea la produzione illecita di oppiacei era limitata a derivati del papavero prodotti in alcuni paesi orientali su scala domestica. La scoperta di laboratori che producono eroina a partire dalla morfina usando anidride acetica in Bulgaria, Cechia, Spagna e Paesi Bassi negli ultimi anni, e il parallelo aumento dei sequestri di morfina e oppio, fa ritenere che oggi una parte dell'eroina sia prodotta più vicino ai mercati di consumo in Europa. Questo cambiamento potrebbe rispecchiare il fatto che i fornitori cercano di ridurre i costi portando a termine le ultime fasi della produzione di eroina in Europa, dove i precursori come l'anidride acetica costano meno che nei paesi produttori di oppio. La produzione dello stupefacente in

prossimità del mercato di consumo può anche essere volta a ridurre i rischi di interdizione.

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, e più significativa, corre attraverso la Turchia e i paesi balcanici (Bulgaria, Romania o Grecia) 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 partite provenienti dall'Iran e dal Pakistan entrano in Europa via mare o aerea, direttamente o transitando attraverso i paesi africani. Altre rotte comprendono la «rotta settentrionale» che va dall'Afghanistan all'Asia centrale e alla Russia, e una rotta che si sviluppa attraverso il Caucaso meridionale e il Mar Nero.

In una serie di paesi europei intorno al 2010/2011 è stata osservata una riduzione della disponibilità di eroina, accompagnata da un calo generale sia del numero di sequestri che dei quantitativi di eroina sequestrati. Da allora i sequestri nell'Unione europea si sono sostanzialmente stabilizzati e nel 2017 sono stati 37 000 per un quantitativo di 5,4 tonnellate. La Turchia continua a sequestrare più eroina di tutti gli altri paesi europei insieme (figura 1.4). Dopo un forte calo dei sequestri nel periodo 2014-2016, da 12,8 a 5,6 tonnellate, nel 2017 la Turchia ha sequestrato 17,4 tonnellate di eroina, il quantitativo maggiore registrato nell'ultimo decennio.

Tra i paesi che comunicano regolarmente i dati relativi ai prezzi e alla purezza, le tendenze indicizzate indicano che,

## EROINA

### Sequestri

Numero

**37 000** UE  **50 000** UE + 2

Quantità

**5,4** UE  **22,9** UE + 2

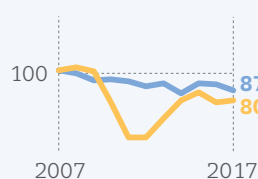
### Prezzo

(EUR/g)

**140** €  
**28-58** €  
**15** €

### Tendenze indicizzate

Prezzo e purezza



### Purezza

(%)

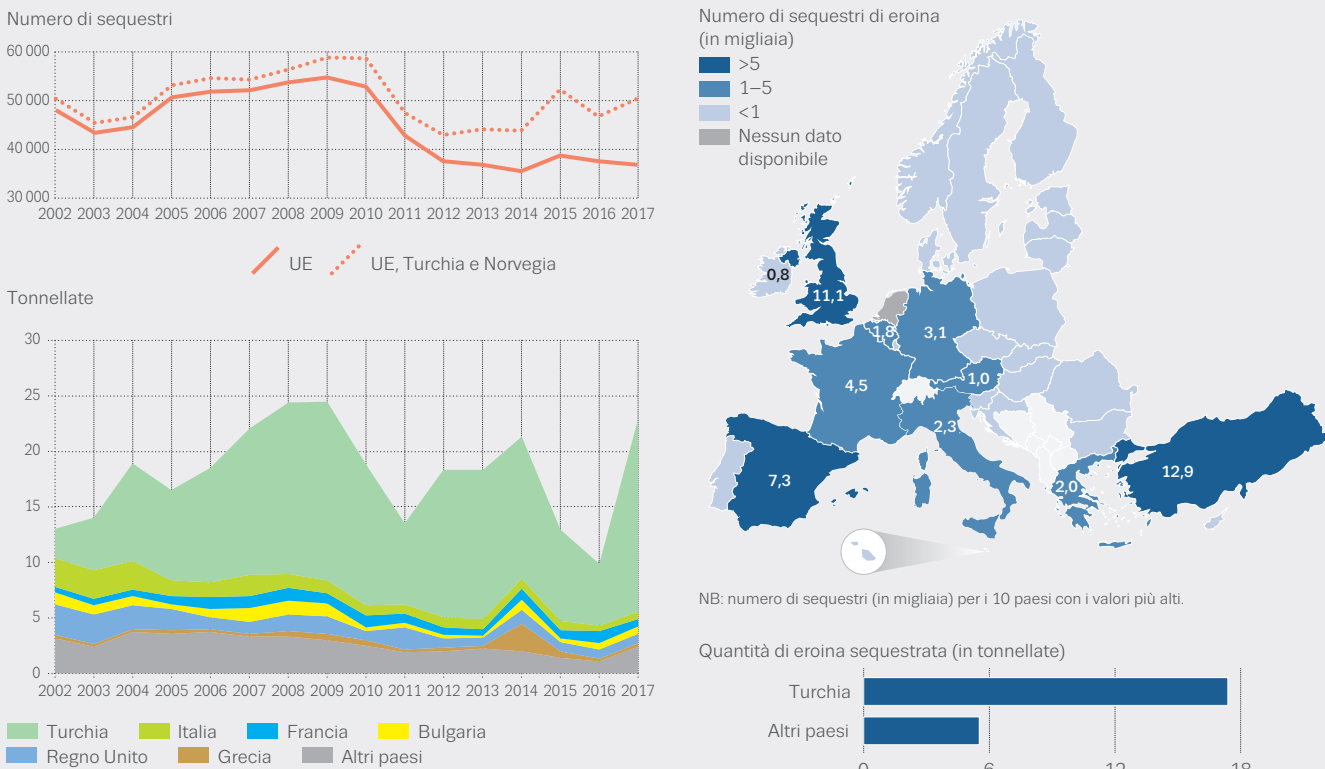
**51** %  
**15-31** %  
**9** %

UE + 2: Stati membri dell'UE più Turchia e Norvegia. Prezzo e purezza dell'eroina «brown»: valori medi nazionali - intervallo minimo, massimo e interquartile. I paesi compresi nella statistica variano in base all'indicatore.



FIGURA 1.4

Numero di sequestri di eroina e quantità sequestrata: tendenze e 2017 o anno più recente



dopo un forte calo tra il 2009 e il 2011, la purezza dell'eroina è aumentata rapidamente per poi stabilizzarsi negli ultimi anni, ma al di sotto dei livelli del 2007. Per contro, il prezzo al dettaglio dell'eroina è nel complesso diminuito leggermente nell'ultimo decennio e un calo è stato registrato anche nel 2017.

Oltre all'eroina, nei paesi europei vengono sequestrati altri oppiacei che, pur rappresentando una piccola percentuale

dei sequestri complessivi di oppiacei, nel 2017 sono aumentati notevolmente. Tra gli altri oppiacei più frequentemente sequestrati vi sono i medicinali tramadolo, buprenorfina e metadone (cfr. tabella 1.1). Nel 2017, per il secondo anno consecutivo, sono stati segnalati aumenti dei quantitativi di tramadolo e derivati del fentanil sequestrati. Inoltre, anche i quantitativi di oppio e morfina sequestrati sono stati molto più elevati nel 2017 rispetto all'anno precedente.

TABELLA 1.1

Sequestri di oppiacei diversi dall'eroina nel 2017

Oppiaceo	Numero	Quantità				Numero di paesi
		Chilogrammi	Litri	Compresse	Cerotti	
Metadone	1 428	17,2	26,4	30 381		18
Buprenorfina	2 649	0,5	0,01	58 682		17
Tramadolo	4 290	13,8	0,1	118 935 898		11
Derivati del fentanil	940	14,3	1,9	10 551	2 291	13
Morfina	358	246,0	1,3	9 337		13
Oppio	1 837	2 177,9				17
Codeina	522	0,1		18 475		8
Diidrococaina	21			1 436		4
Ossicodone	560	0,0001		18 035		8

### Mercato europeo degli stimolanti: differenze regionali

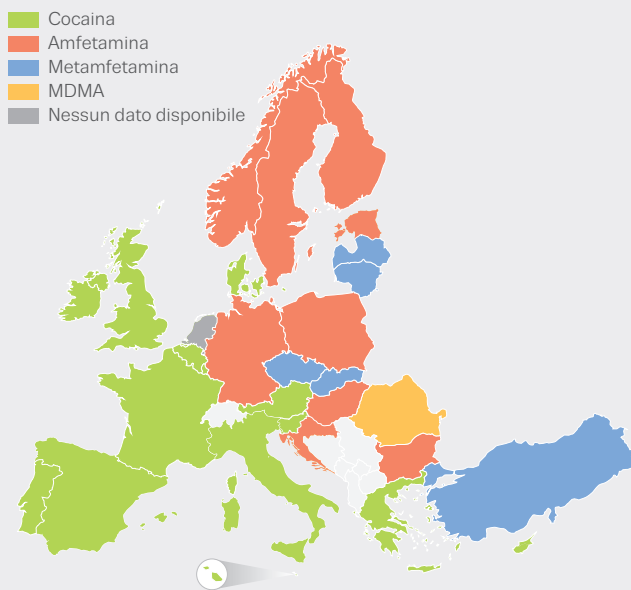
Le principali sostanze stimolanti illecite disponibili in Europa sono cocaina, amfetamina, metamfetamina e MDMA. Lo stimolante più frequentemente sequestrato varia in maniera marcata da regione a regione (figura 1.5); le differenze dipendono dal luogo in cui si trovano i porti di arrivo e le rotte di traffico, i principali impianti di produzione e i grandi mercati di consumo. La cocaina è lo stimolante più frequentemente sequestrato in molti paesi occidentali e meridionali, mentre nell'Europa settentrionale e orientale sono più frequenti i sequestri di amfetamine e MDMA.

### Consumo di cocaina: sequestri a un massimo storico

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 ricavata dalle foglie di coca, un arbusto coltivato principalmente in Colombia, Bolivia e Perù, e viene trasportata da diversi punti di partenza in America meridionale e centrale verso l'Europa con vari mezzi, tra cui i voli passeggeri, merci trasportate via aereo, aerei privati, yacht e altre barche di piccole dimensioni. Il quantitativo più elevato sembra comunque essere contrabbandato con le merci trasportate via mare, in particolare in container. I Caraibi, l'Africa occidentale e l'Africa settentrionale sono importanti zone di transito della cocaina che giunge in Europa.

FIGURA 1.5

Stimolante sequestrato più frequentemente in Europa (2017 o anno più recente)



Nel 2017 il numero di sequestri di cocaina e la quantità sequestrata nell'Unione europea hanno raggiunto i livelli più alti mai registrati, con oltre 104 000 sequestri di cocaina segnalati per un totale di 140,4 tonnellate. La quantità di cocaina sequestrata ha superato il livello massimo precedente, registrato nel 2006, di oltre 20 tonnellate ed è stata il doppio di quella sequestrata nel 2016 (figura 1.6). Con un totale di sequestri di circa 86 tonnellate, il Belgio (45 tonnellate) e la Spagna (41 tonnellate) hanno rappresentato il 61 % del totale UE stimato del 2017, ma quantitativi elevati sono stati segnalati anche dalla Francia (17,5 tonnellate) e dai Paesi

## COCAINA

### Sequestri

Numero

**104 000** UE  **109 000** UE + 2

Quantità

**140,4** UE  **142,0** UE + 2

### Prezzo

(EUR/g)

**135 €**

**55-82 €**

**38 €**

### Purezza

(%)

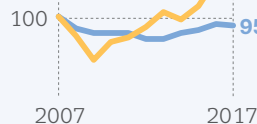
**88 %**

**49-71 %**

**27 %**

### Tendenze indicizzate

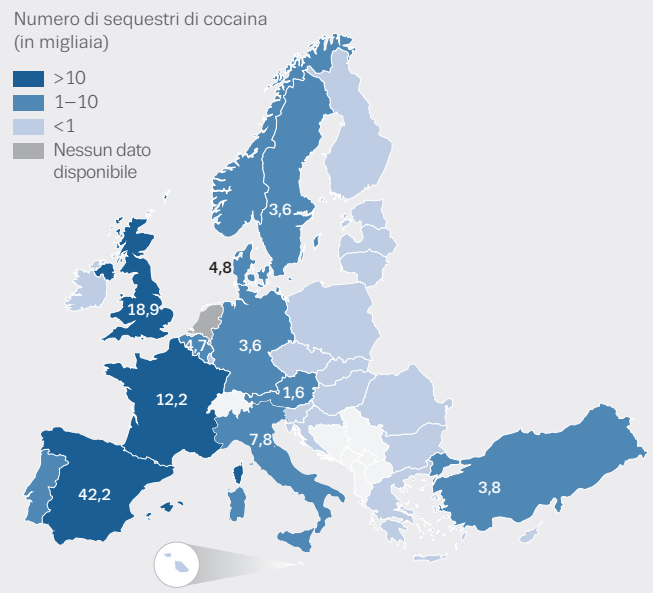
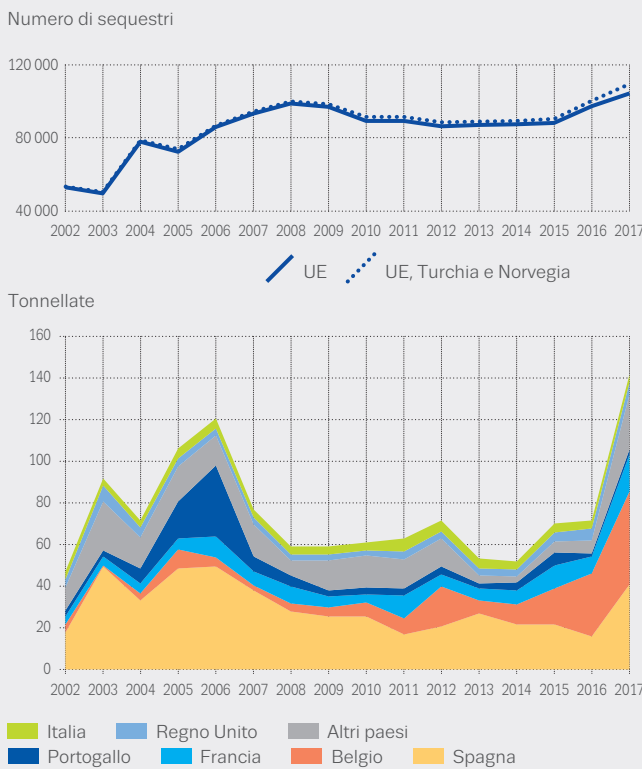
Prezzo e purezza



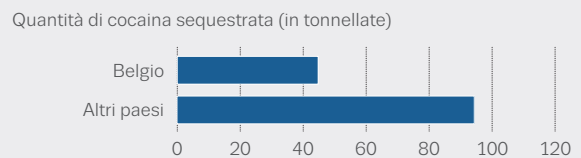
UE + 2: Stati membri dell'UE più Turchia e Norvegia. Prezzo e purezza della cocaina: valori medi nazionali - intervallo minimo, massimo e interquartile. I paesi compresi nella statistica variano in base all'indicatore.

FIGURA 1.6

Numero di sequestri di cocaina in polvere e quantità sequestrata: tendenze e 2017 o anno più recente



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



Bassi (14,6 tonnellate). Inoltre, la purezza della cocaina al dettaglio è in aumento dal 2010 ed è stata elevata soprattutto nel 2016 e nel 2017, quando ha raggiunto il livello più alto dell'ultimo decennio. Il prezzo al dettaglio della cocaina è rimasto stabile. Considerati nel loro insieme, questi indicatori fanno supporre che la disponibilità di cocaina sia a un massimo storico.

I sequestri di cocaina crack sono bassi e stabili nei paesi che comunicano dati al riguardo. Ciò si può spiegare in parte con il fatto che la cocaina crack è prodotta in Europa, vicino ai mercati di consumo, e non viene trasportata al di là delle frontiere, dove in genere vengono effettuati molti sequestri.

Nel 2017 il numero e la quantità di sequestri di foglie di coca sono aumentati e sono stati pari a 204 chilogrammi di foglie di coca, più una piccola quantità di pasta di coca. Questo sviluppo può indicare una diversificazione delle tattiche di produzione utilizzate da alcune organizzazioni criminali, in quanto fino a oggi la maggior parte dei laboratori di cocaina scoperti in Europa erano «strutture di estrazione secondaria», in cui la cocaina viene recuperata dai materiali nei quali è stata incorporata (come vini, indumenti, materie plastiche) e non laboratori di lavorazione delle foglie di coca.

**Gli indicatori fanno supporre che la disponibilità di cocaina sia a un massimo storico**

## Produzione di droga: sviluppi riguardanti i precursori

I precursori di droghe sono sostanze chimiche necessarie per la produzione di sostanze illecite. Storicamente, a destare allarme in Europa sono stati soprattutto i precursori di droghe sintetiche quali amfetamina, metamfetamina e MDMA. Tuttavia, con l'emergere di laboratori di eroina nell'UE si è posto maggiormente l'accento sulla diversione dell'anidride acetica, precursore utilizzato nella trasformazione della morfina in eroina. Molti di questi precursori hanno usi legittimi e quindi non sono vietati, ma il loro commercio è monitorato e controllato mediante regolamenti UE, in base ai quali determinate sostanze chimiche sono classificate (ossia inserite nell'elenco delle sostanze controllate). La disponibilità di precursori e di altre sostanze chimiche necessarie per la produzione di droga ha un ampio impatto sul mercato delle droghe e sui metodi di produzione utilizzati nei laboratori clandestini. Le tecniche di produzione, inoltre, si evolvono continuamente al fine di evitare l'individuazione, i controlli e le sanzioni; le modifiche comprendono generalmente l'uso di sostanze alternative per la produzione di droghe sintetiche o di loro precursori, che diventano allora il metodo di produzione favorito. Le lavorazioni supplementari rese necessarie dall'uso di tali sostanze alternative e i sistemi di sintesi più complessi possono richiedere un maggior numero di sostanze chimiche, creando più rifiuti e causando potenzialmente maggiori

danni ambientali se lo smaltimento di tali rifiuti non viene effettuato in modo corretto.

I dati sui sequestri e sulle partite di precursori di droghe intercettate confermano l'uso di sostanze chimiche sia classificate sia non classificate nella produzione di sostanze illecite nell'Unione europea, in particolare amfetamine e MDMA (tabella 1.2). La classificazione del precursore del BMK (benzil-metil-chetone), l'APAAN (alfa-fenilacetoacetone), introdotta verso la fine del 2013, continua a produrre i suoi effetti, con un calo dei sequestri da 48 tonnellate nel 2013 a circa 5 tonnellate nel 2017. I sequestri della sostanza chimica alternativa APAA (alfa-fenilacetoacetamide) sono notevolmente aumentati nel 2016 e nuovamente nel 2017. Anche i sequestri di derivati glicidici del BMK, che possono essere facilmente trasformati in BMK, segnalati per la prima volta nel 2015, sono nettamente aumentati raggiungendo circa 3 tonnellate nel 2016 e quasi 6 tonnellate nel 2017.

Nel 2017 sono drasticamente aumentati i sequestri di PMK (piperonil-metil-chetone) e di sostanze chimiche non classificate utilizzate per la produzione di MDMA. Tutti i sequestri di PMK e la maggior parte dei sequestri di derivati glicidici del PMK nel 2017 sono avvenuti nei Paesi Bassi. Inoltre, nei Paesi Bassi sono stati sequestrati quantitativi elevati di 2-bromo-4-metilpropiofenone, un precursore per la produzione di catinoni sintetici, nonché

### TABELLA 1.2

Sintesi dei sequestri e delle partite intercettate di precursori classificati e di sostanze chimiche non classificate dall'UE utilizzati per la produzione di determinate droghe nell'Unione europea, 2017

Classificato/non classificato	Sequestri		Partite intercettate		TOTALE	
	Numero	Quantità	Numero	Quantità	Numero	Quantità
<b>MDMA o sostanze correlate</b>						
PMK (litri)	10	5 397	0	0	10	5 397
Safrolo (litri)	5	2 969	0	0	5	2 969
Piperonale (kg)	3	37	4	4 800	7	4 837
Derivati glicidici del PMK (kg)	21	11 213	0	0	21	11 213
N-t-BOC-MDMA (kg)	1	25	0	0	1	25
<b>Amfetamina e metamfetamina</b>						
BMK (litri)	29	1 021	0	0	29	1 021
Efedrina sfusa (kg)	13	23	1	<1	14	23
Pseudoefedrina sfusa (kg)	23	1 381	0	0	23	1 381
APAAN (kg)	9	71	0	0	9	71
PAA, acido fenilacetico (kg)	0	0	4	300	4	300
APAA (kg)	92	11 566	0	0	91	11 566
Derivati glicidici del BMK (kg)	4	1 625	0	0	4	1 625
<b>Altri</b>						
Anidride acetica (litri)	15	20 559	64	303 741	79	324 300
2-bromo-4-metilpropiofenone (kg)	4	1 211	0	0	4	1 211
N-fenetil-4-piperidone (kg)	2	4,5	0	0	2	4,5

quantitativi elevati di BMK (e derivati glicidici del BMK), il che conferma il ruolo centrale del paese nella produzione di droghe sintetiche nell'Unione europea.

Nel 2017 sono state sequestrate più di 81 tonnellate di anidride acetica e altre 243 tonnellate sono state intercettate prima della fornitura; tali quantitativi rappresentano un aumento considerevole rispetto agli anni precedenti. È inoltre opportuno notare che l'Estonia ha segnalato il sequestro di un quantitativo significativo di N-fenetil-4-piperidinone, un precursore impiegato per la fabbricazione di derivati del fentanil.

### Sequestri di amfetamina e metamfetamina: segnali di graduale aumento

L'amfetamina e la metamfetamina sono stimolanti sintetici che in alcune serie di dati sono raggruppati sotto il nome di «amfetamine». I dati sui sequestri dell'ultimo decennio indicano che la disponibilità di metamfetamina è andata

lentamente aumentando e diffondendosi a livello geografico, pur rimanendo nettamente inferiore a quella di amfetamina.

Entrambe queste sostanze vengono prodotte in Europa per uso interno. I dati disponibili indicano che le amfetamine vengono prodotte principalmente in Belgio, nei Paesi Bassi e in Polonia e, in misura minore, negli Stati baltici e in Germania. In genere, tutte le fasi della produzione di amfetamine si svolgono nello stesso luogo. I sequestri di olio di amfetamina in alcuni Stati membri indicano tuttavia la possibilità che vi sia un traffico di questo prodotto tra paesi diversi e che la fase finale della produzione avvenga nel luogo di destinazione previsto o nelle sue vicinanze.

Un certo quantitativo di amfetamina è inoltre fabbricato nell'Unione europea per essere esportato, principalmente in Medio Oriente. È stato segnalato che i sequestri di quantità ingenti di compresse di amfetamina con il logo «captagon» effettuati in Turchia sono collegati alla Siria.

## AMFETAMINE



### AMFETAMINA

#### Sequestri

Numero

**35 000** UE **40 000** UE + 2

Quantità

**6,4** UE **13,4** UE + 2

#### Prezzo

(EUR/g)



#### Purezza

(%)

**50 %**  
**17-29 %**  
**13 %**

### METAMFETAMINA

#### Sequestri

Numero

**9 000** UE **19 000** UE + 2

Quantità

**0,7** UE **1,4** UE + 2

#### Prezzo

(EUR/g)

**130 €**  
**12-83 €**  
**10 €**

#### Purezza

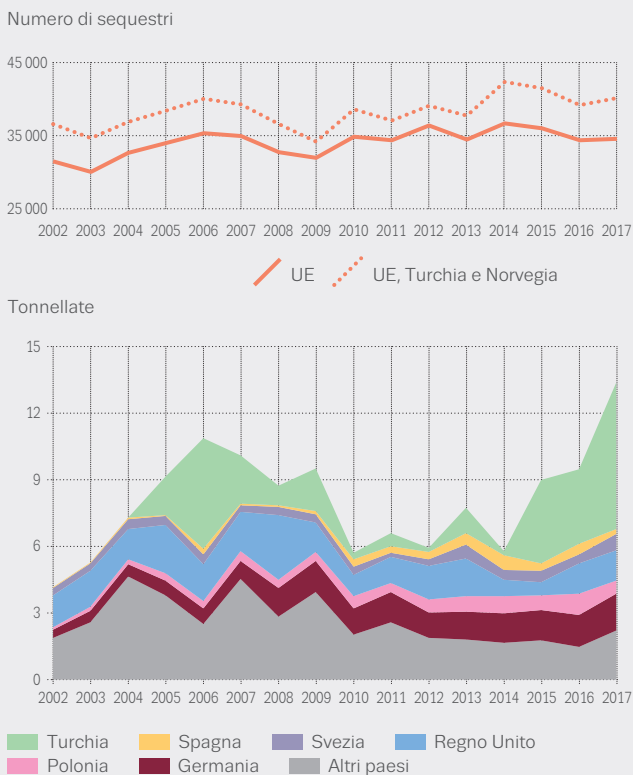
(%)

**90 %**  
**21-72 %**  
**12 %**

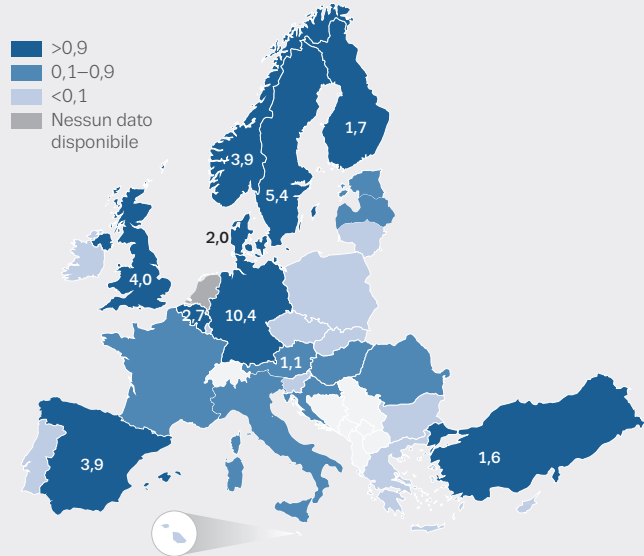
UE + 2: Stati membri dell'UE più Turchia e Norvegia. Prezzo e purezza delle amfetamine: valori medi nazionali – intervallo minimo, massimo e interquartile. I paesi compresi nella statistica variano in base all'indicatore. Le tendenze indicizzate non sono disponibili per la metamfetamina.

FIGURA 1.7

**Numero di sequestri di amfetamina e quantità sequestrata: tendenze e 2017 o anno più recente**

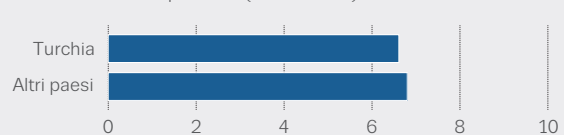


Numero di sequestri di amfetamina (in migliaia)



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

Quantità di amfetamina sequestrata (in tonnellate)



La metamfetamina sequestrata in Europa è prodotta principalmente in Cechia e nelle zone di frontiera dei paesi limitrofi. Ogni anno nei Paesi Bassi viene scoperto un piccolo numero di laboratori clandestini di metamfetamina, costituiti in qualche caso da impianti di grandi dimensioni che producono principalmente per i mercati dell'Estremo Oriente e dell'Oceania. In Cechia la metamfetamina è ricavata principalmente dalla pseudoefedrina, estratta da medicinali. Nel 2017, dei 298 laboratori clandestini di metamfetamina segnalati nell'Unione europea, 264 erano situati in Cechia. Si tratta principalmente di laboratori di piccole dimensioni gestiti da consumatori-spacciatori locali che riforniscono il mercato interno, ma negli ultimi anni sono emerse strutture di grandi dimensioni gestite da gruppi della criminalità organizzata non cechi che producono metamfetamina per altri paesi europei.

Nel 2017 gli Stati membri dell'UE hanno segnalato 35 000 sequestri di amfetamina, per un totale di 6,4 tonnellate. La stima della quantità di amfetamina sequestrata nell'Unione europea generalmente oscilla tra 5 e 6 tonnellate all'anno dal 2010, anche se vi sono stati aumenti in ognuno degli ultimi due anni (figura 1.7). I sequestri più consistenti in genere vengono effettuati in Germania e Regno Unito e riguardano quantitativi spesso superiori a una tonnellata. Il numero dei sequestri di metamfetamina è di gran lunga più basso: nell'Unione

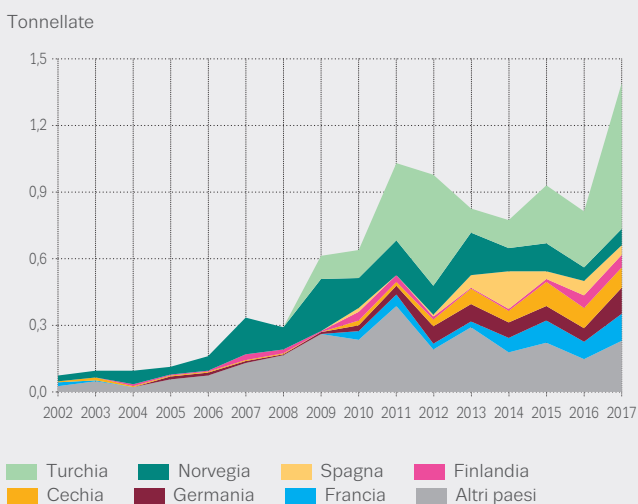
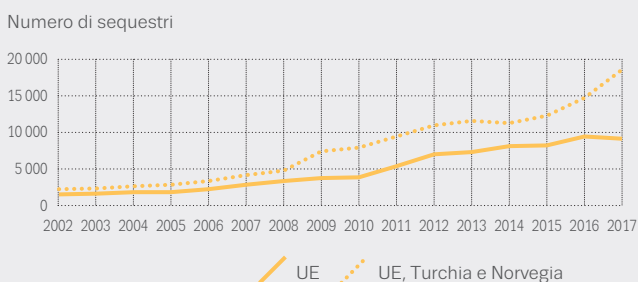
europea sono stati 9 000 nel 2017, per un totale di 0,7 tonnellate; i quantitativi maggiori sono stati sequestrati in Francia (122 kg), Germania (114 kg) e Cechia (93 kg) (figura 1.8). Il numero di sequestri di metamfetamina ha registrato una tendenza generale al rialzo a partire dal 2002, ma con segnali di stabilizzazione negli ultimi anni; la quantità sequestrata è aumentata, anche se con alcune fluttuazioni, a partire dal 2009.

Nel 2017 la Turchia ha sequestrato più amfetamina (6,6 tonnellate) degli Stati membri dell'UE nel loro insieme (6,4 tonnellate). Quasi tutta l'amfetamina sequestrata in Turchia era sotto forma di compresse (26,3 milioni, ossia oltre il 99,5 % del quantitativo totale stimato sequestrato), compresi grandi quantitativi di compresse di «captagon» contenenti amfetamina. Nel 2017 la Turchia ha inoltre sequestrato una quantità eccezionalmente elevata di metamfetamina (658 kg), approssimativamente uguale a quella dei sequestri effettuati nell'Unione europea (662 kg).

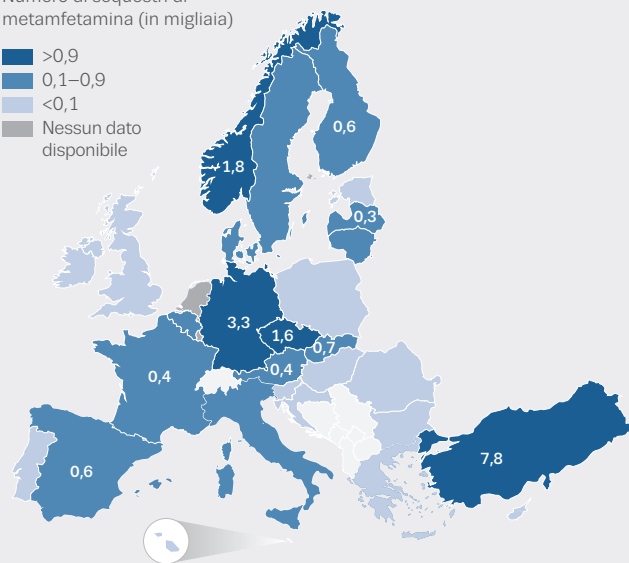
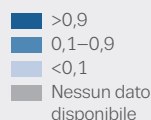
Rispetto a dieci anni fa, nel 2017 il prezzo e la purezza dell'amfetamina in Europa sono risultati superiori, nonostante un lieve calo rispetto all'anno precedente. Solitamente la purezza media e il prezzo segnalati per i campioni di metamfetamina sono superiori a quelli dei campioni di amfetamina.

FIGURA 1.8

Numero di sequestri di metamfetamina e quantità sequestrata: tendenze e 2017 o anno più recente

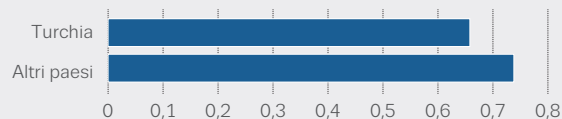


Numero di sequestri di metamfetamina (in migliaia)



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

Quantità di metamfetamina sequestrata (in tonnellate)



MDMA: aumento della produzione e dei sequestri

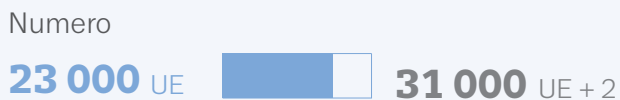
L'MDMA (3,4-metilenediossimetamfetamina) è una droga sintetica chimicamente correlata all'amfetamina, ma con effetti differenti. L'MDMA viene consumata sotto forma di pasticche, spesso denominate ecstasy, in polvere e in

cristalli. Gli sforzi internazionali volti al controllo dei precursori di droghe, che sono sostanze chimiche necessarie per la produzione di sostanze illecite, hanno avuto profonde ripercussioni sul mercato dell'MDMA alla fine degli anni 2000. In questi ultimi tempi il mercato dell'MDMA è tuttavia tornato a crescere: i produttori hanno

MDMA

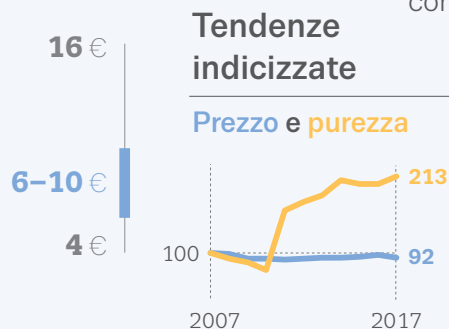


Sequestri



Prezzo

(EUR/compressa)



Purezza

(mg MDMA/compressa)

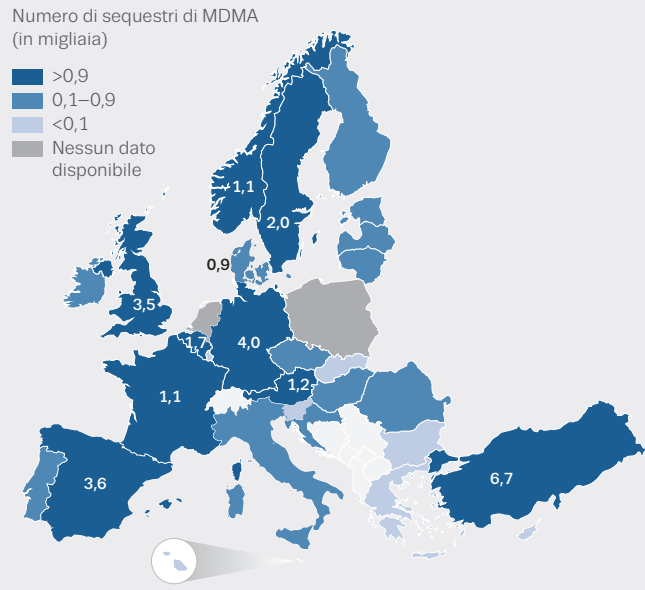
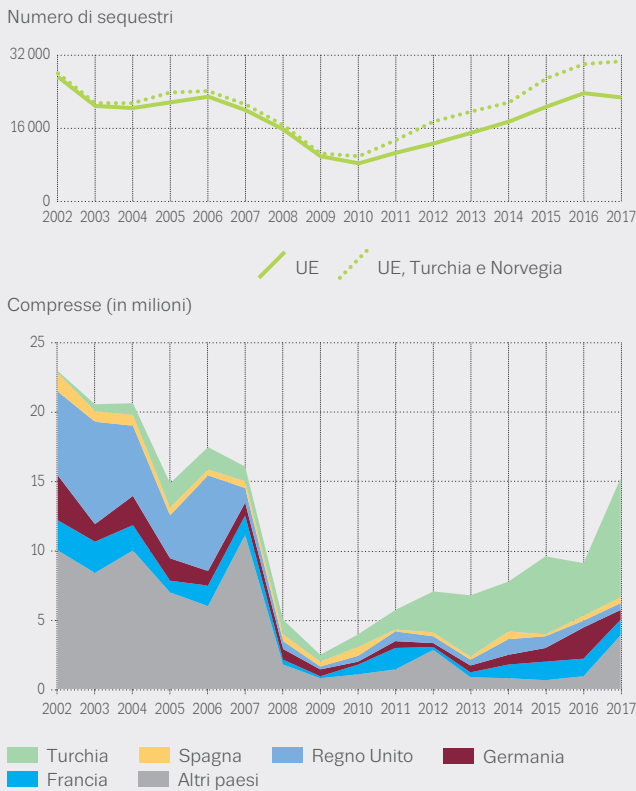


UE + 2: Stati membri dell'UE più Turchia e Norvegia. Prezzo e purezza della MDMA: valori medi nazionali - intervallo minimo, massimo e interquartile. I paesi compresi nella statistica variano in base all'indicatore.

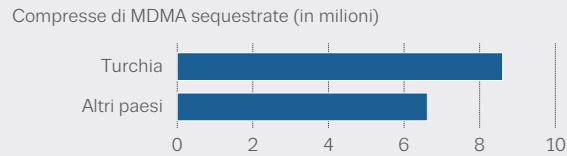


FIGURA 1.9

Numero di sequestri di MDMA (tutte le forme) e quantità di pasticche sequestrate: tendenze e 2017 o anno più recente



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



infatti scoperto prodotti chimici sostitutivi e non controllati utilizzabili per la fabbricazione di questa droga. Ciò trova riscontro nel contenuto medio di MDMA delle pasticche, che nei paesi che comunicano periodicamente i dati risulta in aumento dal 2010 e nel 2017 ha raggiunto il livello massimo dell'ultimo decennio. Il marketing sembra avere un ruolo nelle vendite, e vengono costantemente introdotte nuove pasticche di forma, colore e logo diversi.

La produzione di MDMA in Europa si concentra principalmente nei Paesi Bassi e in Belgio. Nel 2017 nell'Unione europea sono stati smantellati in totale 21 laboratori in attività che fabbricavano MDMA, tutti nei Paesi Bassi (quasi il doppio del 2016). Per quanto riguarda il Belgio, sebbene nel 2017 non siano stati scoperti impianti di produzione di MDMA, le relazioni relative allo smaltimento illegale di rifiuti chimici provenienti dalla produzione di MDMA indicano che questa droga continua a essere prodotta in tale paese.

Le relazioni sui sequestri effettuati fuori dall'Europa, individuati monitorando le informazioni open source e analizzando i dati sul mercato darknet, illustrano il ruolo importante dei produttori europei nell'offerta mondiale di MDMA. Ad esempio, i dati di monitoraggio del mercato darknet mostrano che, oltre a facilitare le vendite dirette ai

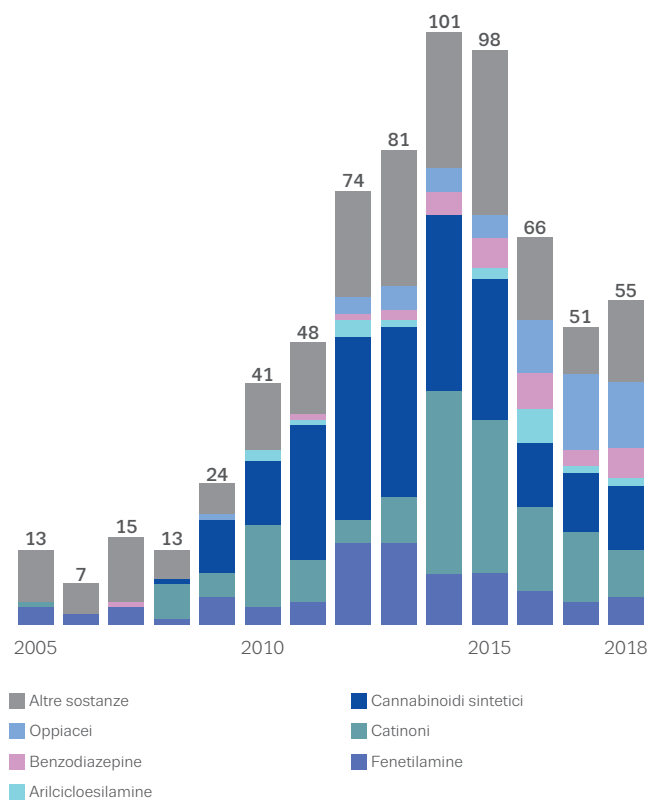
consumatori, questi mercati sono utilizzati dagli spacciatori di tutto il mondo per acquistare MDMA prodotta in Europa. Dall'analisi emerge che le operazioni riguardanti quantitativi di pasticche di MDMA associati al livello medio del mercato rappresentano più del doppio dei proventi dello smercio di quantitativi associati allo spaccio al dettaglio. Al contrario, le operazioni sul darknet riguardanti cannabis e cocaina avvengono in misura preponderante al dettaglio.

Il numero di sequestri di MDMA segnalati nell'Unione europea mostra una tendenza all'aumento dal 2010. La quantità di MDMA sequestrata viene indicata più spesso in numero di pasticche che in peso. I 6,6 milioni stimati di pasticche di MDMA sequestrate nel 2017 sono il numero più alto registrato nell'Unione europea dal 2007. Le oscillazioni del numero di pasticche di MDMA sequestrate annualmente nell'Unione europea che si osservano considerando un periodo di lunga durata riflettono in parte l'impatto di singoli sequestri di quantitativi rilevanti. Alcuni paesi hanno anche segnalato sequestri di MDMA in polvere. I sequestri di MDMA in polvere segnalati nell'Unione europea sono aumentati da 0,3 tonnellate nel 2016 a 1,7 tonnellate nel 2017. Tale aumento è dovuto principalmente ai sequestri segnalati dai Paesi Bassi, paese che oggi per la prima volta in cinque anni è in grado



FIGURA 1.10

Numero e categorie delle nuove sostanze psicoattive notificate per la prima volta al sistema di allerta precoce dell'UE (2005-2018)



di fornire dati sui quantitativi di MDMA sequestrati, contribuendo in tal modo a un'analisi più approfondita in questo settore.

Nel 2017, in Turchia sono stati sequestrati grandi quantitativi di pasticche di MDMA: in totale 8,6 milioni, ossia più del doppio rispetto all'anno precedente e più del quantitativo totale sequestrato nell'Unione europea (figura 1.9).

### Sequestri di LSD, GHB e ketamina

Nell'Unione europea si segnalano sequestri di altre sostanze illecite, tra cui oltre 2 000 sequestri di LSD (dietilammide dell'acido lisergico) nel 2017, per un totale di 74 000 unità. Il numero complessivo di sequestri di LSD è più che raddoppiato dal 2010, sebbene i quantitativi sequestrati abbiano mostrato oscillazioni. Sedici paesi dell'UE hanno segnalato circa 2 000 sequestri di ketamina, per un totale stimato di 194 chilogrammi e 5 litri; la maggior parte di tali sequestri è avvenuta in Belgio, Francia e Regno Unito. Anche la Norvegia ha segnalato 42 sequestri di ketamina per un totale di 0,1 chilogrammi. Nel 2017 sequestri di GHB (gamma-idrossibutirrato) o di GBL (gamma-butilrolattone) sono stati segnalati da 14 paesi dell'UE, dalla Norvegia (a cui è riconducibile oltre un quarto del numero totale) e dalla Turchia. Complessivamente, i 1 600 sequestri stimati hanno riguardato un quantitativo totale di quasi 127 chilogrammi e 1 300 litri di questa droga. Il Belgio ha sequestrato quasi la metà del quantitativo totale, principalmente sotto forma di GBL.

### Nuove sostanze psicoattive: un mercato complesso

Alla fine del 2018 l'EMCDDA monitorava più di 730 nuove sostanze psicoattive, di cui 55 sono state individuate in Europa per la prima volta nel 2018. Queste sostanze appartengono a un'ampia gamma di stupefacenti, come i cannabinoidi sintetici, gli stimolanti, gli oppiacei e le benzodiazepine.

Nella maggior parte dei casi le nuove sostanze psicoattive sono prodotte in grossi quantitativi da aziende chimiche e farmaceutiche in Cina. Da lì vengono spedite in Europa, dove sono trasformate in prodotti, confezionate e vendute, talvolta alla luce del sole in negozi fisici. In alcuni paesi sono state introdotte restrizioni che hanno limitato tale modalità di vendita, ma è possibile che questi prodotti siano ancora reperibili in maniera più occulta. Le nuove sostanze psicoattive possono anche essere acquistate tramite negozi online o sul darknet. In alternativa è possibile trovarle sul mercato delle sostanze illecite. In

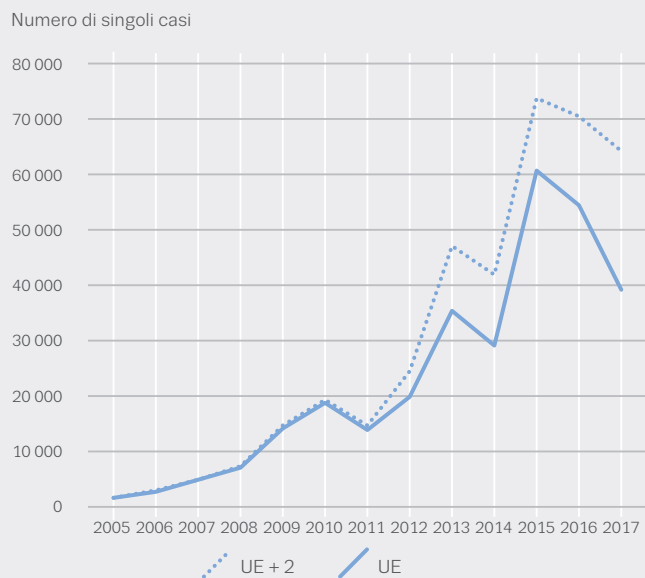
questi casi possono essere vendute con il proprio nome oppure come o in miscela con altre droghe quali eroina, cocaina, MDMA o farmaci psicotropi.

Il numero di nuove sostanze identificate per la prima volta ogni anno ha raggiunto un picco nel periodo 2014-2015, ma da allora si è stabilizzato a livelli paragonabili a quelli del 2011-2012 (figura 1.10). Le cause di questo fenomeno non sono chiare, ma potrebbero essere riconducibili agli sforzi in corso da tempo in Europa per il controllo delle nuove sostanze, nonché alle iniziative legislative adottate in Cina.

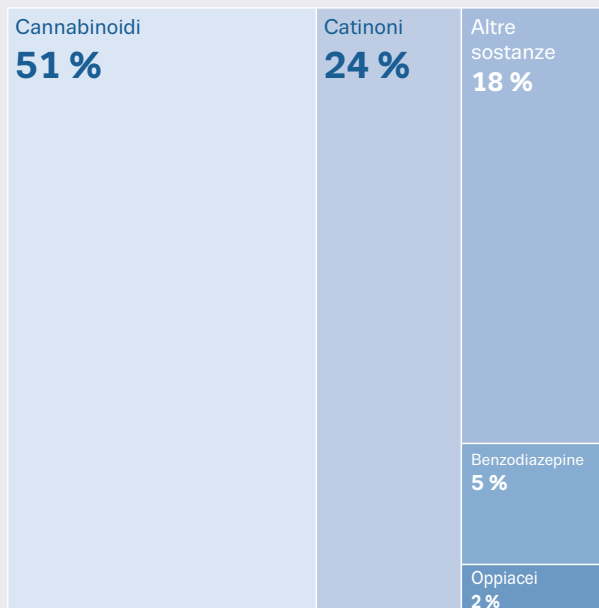
La quantità di nuove sostanze scoperte per la prima volta ogni anno è solo uno dei parametri utilizzati dall'EMCDDA per comprendere il mercato nel suo complesso. Ad esempio, nel 2017 sono state individuate in Europa 390 sostanze, la metà delle quali monitorate dal sistema di allerta precoce dell'UE e alcune delle quali comparse per la prima volta più di 10 anni fa. Questo dato indica la natura dinamica di questa parte del mercato della droga: le sostanze possono comparire e quindi scomparire rapidamente, ma il numero di sostanze in circolazione rimane elevato.

## FIGURA 1.11

Sequestri segnalati al sistema di allerta rapido dell'UE: tendenze nel numero totale di sequestri e nel numero di sequestri per categoria nel 2017



NB: dati relativi agli Stati membri dell'UE più Turchia e Norvegia.



### Sequestri di nuove sostanze psicoattive

Nel corso del 2017 le autorità di contrasto di tutta Europa hanno segnalato al sistema di allerta precoce dell'UE circa 64 160 sequestri di nuove sostanze psicoattive. Di questi, 39 115 sono stati segnalati dai 28 Stati membri dell'UE (figura 1.11).

Nel 2017 le nuove sostanze psicoattive sono state generalmente segnalate sotto forma di polvere, per un quantitativo di 2,8 tonnellate tra tutte le categorie. Questo dato è sostanzialmente in linea con quelli degli anni precedenti. Inoltre, sono stati segnalati poco meno di 240 chilogrammi di materiale vegetale (erba), di cui due terzi sotto forma di miscele da fumo contenenti cannabinoidi sintetici. Nuove sostanze sono state rinvenute anche in pasticche (6 769 casi, 2,8 milioni di unità), blotter (980 casi, 23 000 unità) e liquidi (1 430 casi, 490 litri). Alcuni di questi liquidi erano venduti come spray nasali pronti all'uso o come liquidi per sigarette elettroniche.

In Europa i sequestri di nuove sostanze psicoattive in genere riguardano prevalentemente cannabinoidi e catinoni sintetici; da qualche anno a questa parte si osserva tuttavia una maggiore diversità e altri gruppi di sostanze vanno acquisendo un rilievo sempre maggiore. Ad esempio, il quantitativo di oppiacei e di benzodiazepine sequestrato in Europa sembra essere aumentato.

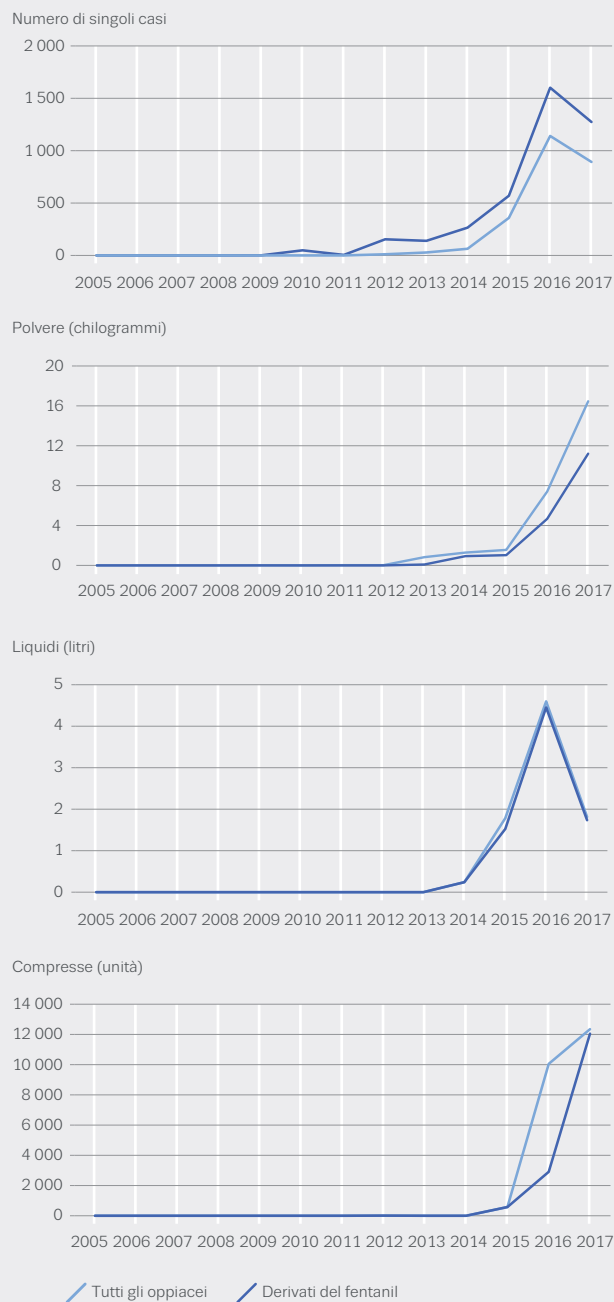
### Nuovi oppiacei sintetici

Dal 2009 sul mercato europeo delle droghe sono stati individuati 49 nuovi oppiacei sintetici, di cui 11 segnalati per la prima volta nel 2018. Il numero complessivo comprende 34 derivati del fentanil, sei dei quali segnalati per la prima volta nel 2018. Pur svolgendo per il momento un ruolo minore nel mercato europeo delle droghe, molti nuovi oppiacei (soprattutto quelli appartenenti alla famiglia del fentanil) sono sostanze estremamente potenti, che comportano una seria minaccia per la salute pubblica e individuale.

Nel 2017 circa 1 300 sequestri di nuovi oppiacei sono stati segnalati dalle autorità di contrasto al sistema di allerta precoce dell'UE. La maggior parte dei sequestri (70 %) ha riguardato derivati del fentanil (figura 1.12), ma sono stati segnalati anche vari altri tipi di oppiacei (ad esempio U-47700 e U-51754). Il quantitativo totale segnalato di oppiacei in polvere e compresse è in continuo aumento dal 2012 (figura 1.12). Nel 2017 i sequestri di nuovi oppiacei sono stati pari complessivamente a circa 17 chilogrammi di polvere, 1,8 litri di liquidi e oltre 29 000 compresse. Meno comunemente, nuovi oppiacei sono stati rinvenuti anche in blotter e in miscele di erba da fumare; in questi casi può non esservi alcuna indicazione del fatto che contengono oppiacei potenti, il che può comportare un rischio di avvelenamento per le persone che li utilizzano, in particolare se non hanno già sviluppato tolleranza nei confronti degli oppiacei.

FIGURA 1.12

**Sequestri di oppiacei sintetici segnalati al sistema di allerta precoce dell'UE: tendenze nel numero di sequestri e quantità sequestrata**



NB: dati relativi a Unione europea, Turchia e Norvegia. Non sono compresi i sequestri di tramadolo.

Particolare allarme hanno destato in Europa i sequestri di carfentanil, uno dei più potenti oppiacei noti. Nel 2017 i sequestri di carfentanil segnalati in Europa sono stati oltre 300, per un quantitativo di circa 4 chilogrammi di polvere e 250 ml di liquidi. La polvere era in parte venduta come eroina o in miscela con eroina.

**Nuove benzodiazepine**

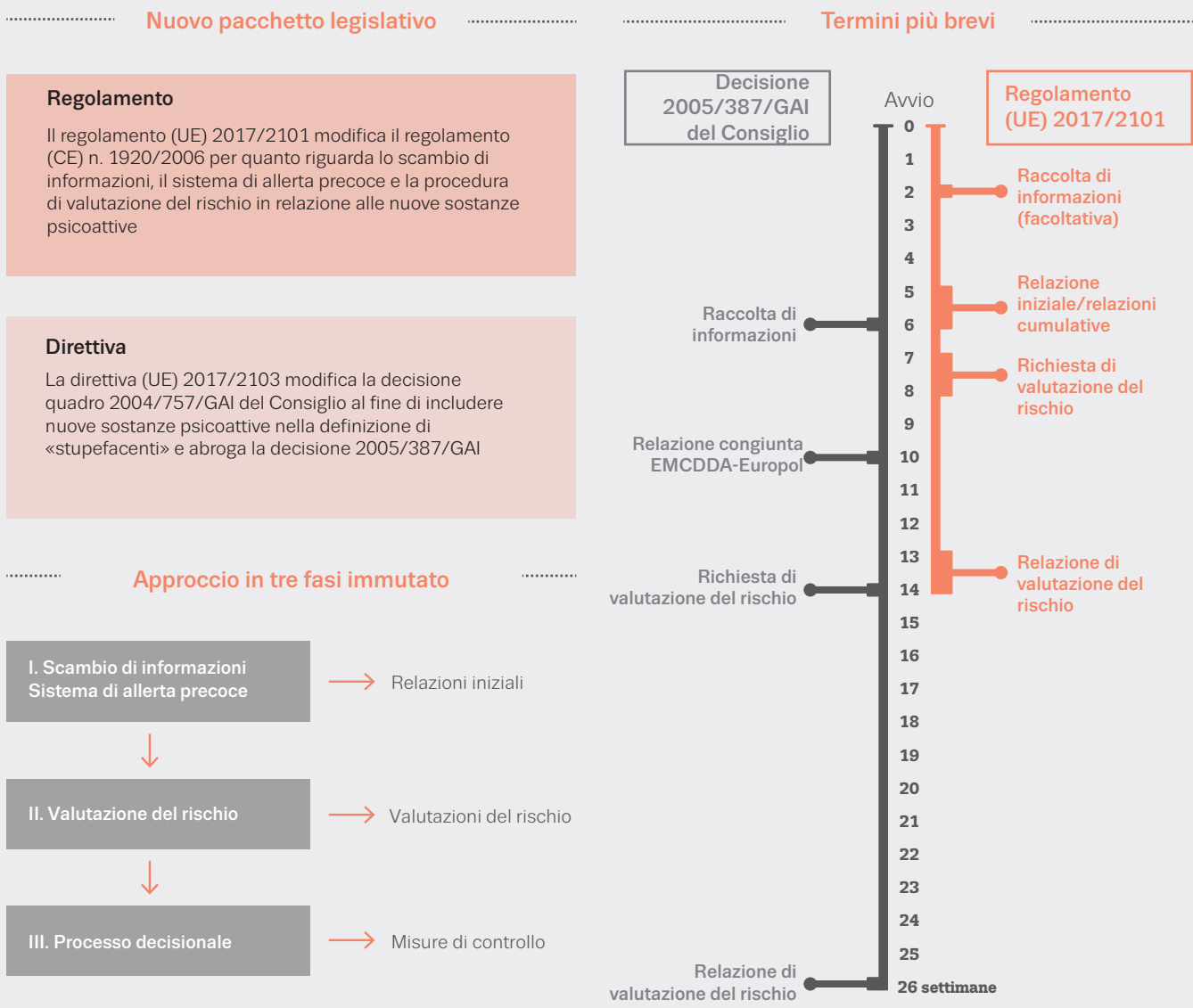
Negli ultimi anni sembra esservi stato un aumento del numero, del tipo e della disponibilità di nuove sostanze psicoattive appartenenti alla classe delle benzodiazepine, che non rientrano nel campo di applicazione delle norme internazionali in materia di controllo delle droghe. Alcuni di questi medicinali sono venduti come versioni contraffatte di ansiolitici comunemente prescritti come alprazolam (Xanax) e diazepam, utilizzando le reti di distribuzione esistenti nel mercato delle sostanze illecite; altri sono venduti online, talvolta con le loro denominazioni proprie, e commercializzati come versioni «legali» di medicinali autorizzati.

L'EMCDDA sta monitorando 28 nuove benzodiazepine, di cui 23 individuate per la prima volta in Europa negli ultimi cinque anni. Nel 2017 quasi 3 500 sequestri di nuove benzodiazepine sono stati segnalati al sistema di allerta precoce dell'UE. La maggior parte di questi sequestri ha riguardato compresse, per un totale di oltre 2,4 milioni di unità, in notevole aumento rispetto al mezzo milione circa di compresse segnalato nel 2016. Tale aumento può essere attribuito a sequestri rilevanti di etizolam (sostanza segnalata per la prima volta al sistema di allerta precoce nel 2011) in un singolo paese. Inoltre, nel 2017 sono stati sequestrati circa 27 chilogrammi di polvere, 1,4 litri di liquidi e 2 400 blister contenenti nuove benzodiazepine.

**Circa 1 300 sequestri di nuovi oppiacei sono stati segnalati al sistema di allerta precoce dell'UE**

FIGURA 1.13

Nuove procedure UE accelerate per l'identificazione e la risposta alle nuove sostanze psicoattive che compaiono nell'Unione europea



**Nuove sostanze psicoattive: nuove risposte giuridiche**

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; le risposte giuridiche messe a punto si possono suddividere in tre grandi tipologie. Molti paesi europei hanno risposto dapprima ricorrendo alla legislazione volta a tutelare la sicurezza dei consumatori e, in seconda battuta, estendendo o adattando le leggi

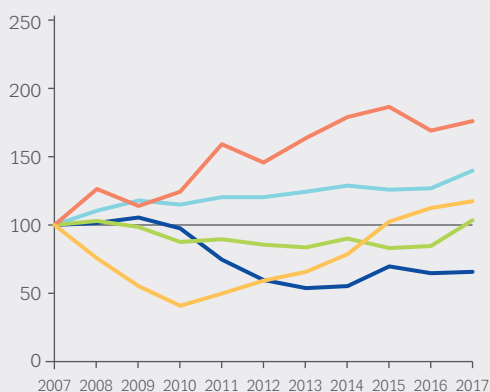
esistenti sulle sostanze stupefacenti al fine di inserirvi le nuove sostanze psicoattive. Per far fronte a tale fenomeno, sono state via via concepite nuove norme legislative specifiche a livello nazionale.

Per molti anni la maggior parte dei paesi europei ha inserito negli elenchi di sostanze controllate solo singole sostanze, ma con l'aumento del numero di nuove sostanze scoperte in Europa, un numero maggiore di paesi ha cercato di controllare gruppi di sostanze. La maggior parte dei paesi ha definito i gruppi in base alla struttura chimica (gruppi «generici»), mentre alcuni hanno definito i gruppi in base agli effetti. La maggior parte dei paesi che hanno adottato l'approccio generico ha aggiunto le definizioni dei gruppi alle leggi vigenti in materia di droga; alcuni, invece, hanno inserito tali gruppi in una specifica legislazione riguardante le nuove sostanze psicoattive.

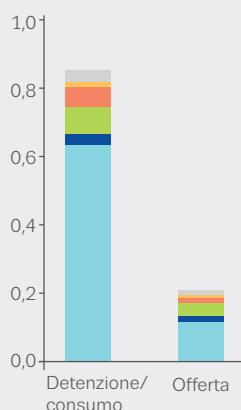
FIGURA 1.14

**Reati correlati al consumo o allo spaccio di sostanze stupefacenti nell'Unione europea: tendenze indicizzate e reati segnalati nel 2017**
**Reati di detenzione/consumo**

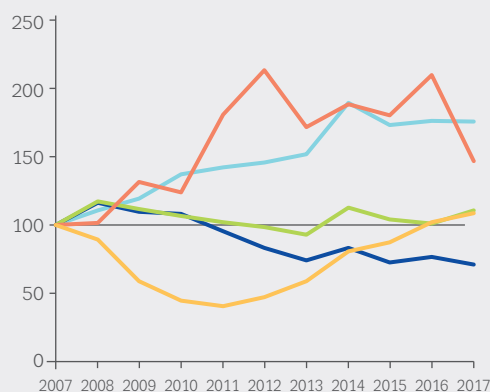
Tendenze indicizzate



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.

A livello UE il quadro giuridico per rispondere alle minacce sociali e alla salute pubblica causate da nuove sostanze psicoattive, risalente al 2005, è stato rivisto, con l'obiettivo di istituire un sistema più rapido ed efficace (figura 1.13). La nuova legislazione mantiene l'approccio in tre fasi per rispondere alle nuove sostanze psicoattive – allerta precoce, valutazione dei rischi e misure di controllo – e nel contempo rafforza i processi esistenti, snellendo e accelerando le procedure di raccolta e valutazione dei dati nonché introducendo scadenze più brevi. A seguito della valutazione dei rischi la Commissione può quindi presentare una proposta per sottoporre la sostanza a misure di controllo. Il Parlamento europeo e il Consiglio hanno il diritto, entro due mesi e a determinate condizioni, di opporsi alla proposta della Commissione. Le autorità nazionali avranno sei mesi (anziché 12) per mettere la sostanza sotto controllo sul loro territorio da quando la decisione entra in vigore. La nuova legislazione si applica in tutta Europa dal 23 novembre 2018.

### Violazione delle leggi sulla droga: la cannabis predomina

L'applicazione delle leggi è monitorata attraverso i dati sulle segnalazioni di violazioni delle leggi sulle sostanze stupefacenti. I dati riflettono le differenze tra le legislazioni e le priorità nazionali e i diversi modi in cui le leggi sono applicate e fatte rispettare.

Nel 2017, nell'Unione europea sono state segnalate 1,5 milioni di violazioni delle leggi sulle sostanze

stupefacenti, quasi un quinto (20 %) in più rispetto al 2007. La maggior parte di tali violazioni (79 %) si riferiva all'uso o alla detenzione, per un totale di circa 1,2 milione di violazioni, ossia circa il 27 % in più rispetto a 10 anni fa. I reati di uso o detenzione di droghe connessi alla cannabis hanno continuato ad aumentare. Tre quarti (75 %) dei reati di uso o detenzione hanno riguardato la cannabis, sebbene tale cifra sia diminuita di 2 punti percentuali rispetto al 2016. La tendenza all'aumento dei reati di uso o detenzione di MDMA è proseguita nel 2017, sebbene tali reati costituiscano attualmente solo il 2 % dei reati droga-correlati (figura 1.14).

Nel complesso, il numero di reati connessi all'offerta di stupefacenti nell'Unione europea è aumentato del 22 % dal 2007 e nel 2017 ha superato i 230 000 casi stimati, di cui la maggior parte connessi alla cannabis (57 %). Le segnalazioni di reati connessi all'offerta di MDMA sono in aumento dal 2011 (figura 1.14), mentre i reati connessi all'offerta di eroina sono leggermente diminuiti e la situazione della cocaina è rimasta relativamente stabile nello stesso periodo.

## MAGGIORI INFORMAZIONI

### Pubblicazioni dell'EMCDDA

#### 2019

Country Drug Reports 2019.

#### 2018

Fentanils and synthetic cannabinoids: driving greater complexity into the drug situation — an update from the EU Early Warning System, Rapid communications.

Captagon: understanding today's illicit market, EMCDDA Papers.

#### 2017

Cannabis legislation in Europe: an overview.

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

Drug squads: units specialised in drug law enforcement in Europe. Situation in the EU Member States, Norway and Turkey in 2015, EMCDDA Paper.

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

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

Synthetic cannabinoids in Europe, Perspectives on Drugs.

#### 2016

Cocaine trafficking to Europe, Perspectives on Drugs.

Internet and drug markets, Insights.

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

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

#### 2015

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

New psychoactive substances in Europe. An update from the EU Early Warning System, Rapid communications.

Synthetic drug production in Europe, Perspectives on Drugs.

#### 2014

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

### Pubblicazioni congiunte EMCDDA ed Europol

#### 2018

Improved drug supply indicators for Europe: progress report, joint publication.

EMCDDA–Europol 2017 Annual Report on the implementation of Council Decision 2005/387/JHA, implementation reports.

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: (methoxyacetylfentanyl), Joint Reports.

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: (cyclopropylfentanyl), Joint Reports.

#### 2017

Drugs and the darknet: perspectives for enforcement, research and policy.

#### 2016

EU Drug Markets Report: In-depth Analysis.

EU Drug Markets Report: Strategic Overview.

### Pubblicazioni 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

**Tra le persone che fanno uso di droghe,  
la poliassunzione è comune**



# 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 le persone che fanno uso di droghe, la poliassunzione è comune e i modelli individuali di consumo vanno dall'assunzione «per provare» all'uso abituale fino alla dipendenza. La cannabis è la droga più usata: la prevalenza del consumo è circa cinque volte superiore a quella delle altre sostanze. Benché il consumo di eroina e di altri oppiacei rimanga relativamente modesto, queste sostanze stupefacenti continuano a essere quelle più comunemente associate alle forme più dannose di uso, compreso quello per via parenterale. La portata dell'uso degli stimolanti e i tipi più comuni variano da un paese all'altro, e aumentano le prove di un potenziale incremento dell'assunzione di stimolanti per via parenterale. In generale il consumo di stupefacenti è maggiore tra i maschi e questa differenza risulta in genere accentuata per i modelli di uso più intenso e regolare.

## Monitoraggio del consumo 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 delle indagini sono integrati da analisi dei residui di droga nelle acque reflue municipali svolte a livello delle comunità locali in città di tutta Europa.

Gli studi che riportano stime del consumo ad alto rischio di stupefacenti sono utilizzati per individuare la portata dei problemi di droga più radicati, mentre i dati relativi agli utenti in carico ai servizi di trattamento specialistico, considerati insieme ad altri indicatori, permettono di comprendere meglio la natura e le tendenze del consumo ad alto rischio di stupefacenti.

In questa relazione sono utilizzate anche altre fonti di dati più mirate. Questi indicatori «avanzati» forniscono informazioni sull'evoluzione dei modelli di consumo di droga e sui tipi di droga utilizzati. Tali fonti, pur non essendo rappresentative della popolazione generale, offrono dati supplementari tempestivi. Tutte le fonti di dati relativi al consumo di droga presentano punti di forza e di debolezza, e la disponibilità dei dati può variare da paese a paese, così come la loro qualità. Per questo motivo l'EMCDDA adotta un approccio prudente basato su più indicatori per descrivere la situazione europea della droga.

Nella versione online del bollettino statistico è possibile trovare dati esaustivi e ampie note metodologiche.

## Oltre 96 milioni di adulti hanno fatto uso di sostanze illecite

Secondo le stime, nell'Unione europea oltre 96 milioni di adulti (di età compresa fra 15 e 64 anni), ossia il 29 %, hanno provato sostanze illecite nel corso della vita. Le esperienze di uso di droga sono più frequentemente segnalate dai maschi (57,8 milioni) che dalle femmine (38,3 milioni). La sostanza stupefacente più provata è la cannabis (55,4 milioni di maschi e 36,1 milioni di femmine), mentre le stime sono decisamente inferiori per il consumo nell'arco della vita di cocaina (12,4 milioni di maschi e 5,7 milioni di femmine), MDMA (9,3 milioni di maschi e 4,6 milioni di femmine) e amfetamine (8,3 milioni di maschi e 4,1 milioni di femmine). I livelli dichiarati di consumo di cannabis nella vita variano in misura considerevole tra i diversi paesi, da circa il 4 % degli adulti a Malta al 45 % in Francia.

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 droghe 19,1 milioni (16 %) di giovani adulti (15-34 anni); tra coloro che hanno segnalato di averne fatto uso, i maschi (20 %) sono il doppio delle femmine (11 %).

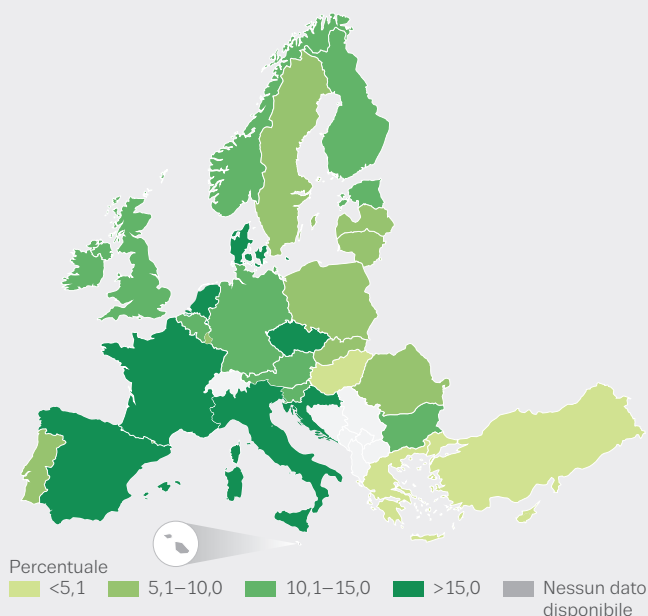
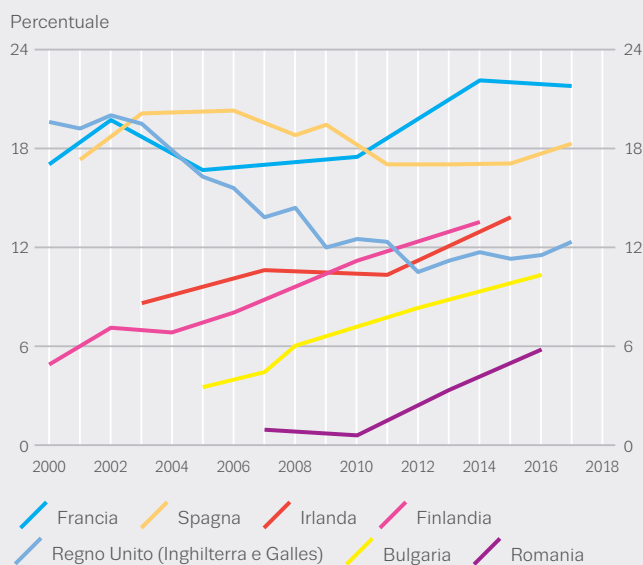
## Consumo di cannabis tra i giovani

La cannabis è la sostanza illecita più usata in 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 consumo occasionale all'uso regolare fino alla dipendenza.

Si stima che 91,2 milioni di adulti nell'Unione europea (15-64 anni), pari al 27,4 % di questa fascia d'età, abbiano provato la cannabis nel corso della propria vita. Di questi, si stima che circa 17,5 milioni di giovani (15-34 anni), ossia il 14,4 % di questa fascia d'età, abbiano usato cannabis nel corso dell'ultimo anno. La prevalenza nell'ultimo anno tra i giovani adulti va dal 3,5 % in Ungheria al 21,8 % 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. Se si considerano solo i 15-24enni, la prevalenza del consumo di cannabis è più elevata: il 18 % (10,1 milioni) ha fatto uso di questa droga nell'ultimo anno e il 9,3 % (5,2 milioni) nell'ultimo mese.

FIGURA 2.1

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



NB: fasce di età diverse da 15-34 sono riportate da Danimarca, Regno Unito e Norvegia (16-34), Svezia (17-34), Germania, Francia, Grecia e Ungheria (18-34).

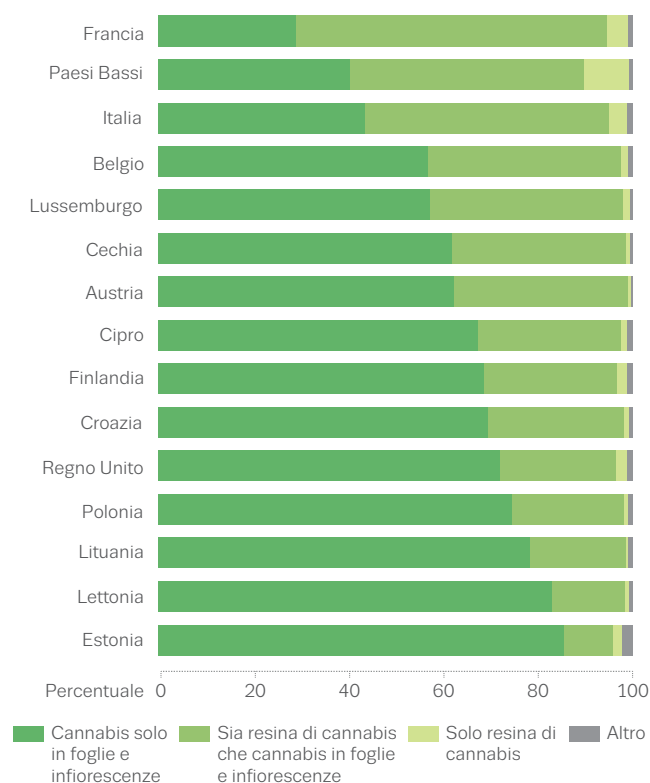
**FIGURA 2.2**

Nella maggior parte dei paesi i risultati di indagini recenti indicano che l'anno scorso il consumo di cannabis è stato stabile o in aumento tra i giovani adulti. Dei paesi che hanno svolto indagini a partire dal 2016 e comunicato intervalli di confidenza, sei hanno segnalato stime più elevate, cinque dati stabili e uno stime più basse rispetto all'indagine precedente comparabile. In 11 di questi paesi, l'indagine più recente ha evidenziato un aumento dell'uso tra i 15-24enni.

Solo pochi paesi dispongono di dati d'indagine sufficienti per un'analisi statistica delle tendenze a lungo termine riguardanti il consumo di cannabis tra i giovani adulti (15-34 anni) nell'ultimo anno. Tra questi, le tendenze alla diminuzione osservate in precedenza in Spagna e nel Regno Unito (Inghilterra e Galles) si sono stabilizzate nei dati più recenti, sebbene il Regno Unito abbia registrato un aumento al 12,3 % nell'ultimo anno (figura 2.1). Dal 2000, in alcuni paesi è stata osservata una tendenza all'aumento nella prevalenza del consumo di cannabis tra i giovani adulti. Tra questi paesi si segnalano Irlanda e Finlandia, dove i dati più recenti indicano livelli prossimi alla media UE del 14,4 % e, seppure a livelli inferiori, Bulgaria e Romania. In Francia le indagini recenti mostrano che i livelli di prevalenza sono stabili a un livello elevato del 22 %. In Danimarca un'indagine del 2017 ha registrato una diminuzione al 15,4 % rispetto alla stima del 17,6 % del 2013.

I dati ricavati dalle indagini effettuate online possono fornire informazioni complementari a quelle ricavate dalle indagini sulla popolazione generale e indicazioni più approfondite sull'uso delle droghe in Europa. Tali indagini, pur non essendo rappresentative della popolazione generale, sono in grado di raggiungere grandi campioni di consumatori di droghe. L'indagine web europea sulle droghe ha raccolto informazioni sui modelli di uso e gli acquisti delle sostanze illecite più comunemente utilizzate presso 40 000 persone che fanno uso di droghe, reclutate principalmente tramite i social media. I risultati indicano che la cannabis in foglie e infiorescenze era più utilizzata della resina di cannabis. Tuttavia, molte delle persone che hanno partecipato all'indagine hanno dichiarato di usare entrambi i tipi, in particolare in Francia, Italia e Paesi Bassi. L'uso della sola resina di cannabis è stato segnalato di rado (figura 2.2).

**Forme di cannabis usate nell'ultimo anno dai partecipanti a un'indagine web che hanno riportato di usare tale droga**



NB: l'indagine è stata condotta in due fasi, una nel 2016 (Cechia, Francia, Croazia, Paesi Bassi, Regno Unito) e una nel 2017/18 (altri 10 paesi dell'UE).  
Fonte: European Web Survey on Drugs (Indagine web europea sulle droghe).

**La cannabis è la sostanza illecita più utilizzata**

### Consumo ad alto rischio di cannabis: segnali di stabilizzazione

In base alle indagini sulla popolazione generale, si stima che nell'Unione europea i consumatori quotidiani o quasi quotidiani di cannabis, che hanno cioè fatto uso di questa droga per 20 o più giorni nell'ultimo mese, siano l'1 % circa degli adulti, costituiti per circa il 60 % da persone sotto i 35 anni e per circa i tre quarti da maschi.

Considerati insieme ad altri indicatori, i dati sulle persone entrate in trattamento per problemi correlati alla cannabis possono fornire informazioni su natura ed entità del consumo ad alto rischio di cannabis in Europa. Nel 2017 circa 155 000 persone sono entrate in trattamento in Europa per problemi legati al consumo di cannabis; di queste, circa 83 000 lo hanno fatto per la prima volta nella loro vita. Nei 24 paesi che dispongono di dati, il numero complessivo di persone entrate in trattamento per la prima volta per problemi legati alla cannabis è aumentato del 76 % tra il 2006 e il 2017.

Nel complesso, il 47 % dei consumatori primari di cannabis entrati in trattamento per la prima volta nel 2017 ha segnalato un uso quotidiano di tale droga nell'ultimo mese, con percentuali che vanno dal 10 % o meno in Lettonia, Ungheria e Romania al 68 % o più in Spagna, nei Paesi Bassi e in Turchia.

### Consumo di cocaina: alcuni segnali di aumento

La cocaina è lo stimolante illecito più consumato in Europa, con una maggiore diffusione nei paesi meridionali e occidentali. Negli ultimi anni l'uso di questa sostanza stupefacente è andato aumentando in Europa. A fini di ricerca e di monitoraggio, le persone che fanno uso di cocaina possono essere classificate in diversi modi, a seconda del contesto, del prodotto usato o della motivazione dell'uso. Per quanto riguarda i consumatori abituali, si può operare una distinzione generale tra quelli in genere socialmente più integrati, che sniffano cocaina in polvere (cocaina cloridrato), e i consumatori emarginati, che la iniettano o fumano crack (cocaina base), talvolta insieme a oppiacei. In molte serie di dati non è possibile distinguere tra le due forme di cocaina (polvere di cocaina o crack) e il termine «consumo di cocaina» si riferisce a entrambe le forme.

Si stima che 18,0 milioni di adulti nell'Unione europea (15-64 anni), pari al 5,4 % di questa fascia d'età, abbiano provato la cocaina nel corso della propria vita. Tra questi, circa 2,6 milioni di giovani adulti di età compresa tra i 15 e i 34 anni (2,1 % di questa fascia d'età) hanno fatto uso di cocaina nel corso dell'ultimo anno.

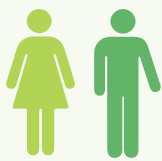
Sei paesi, ossia Danimarca, Irlanda, Spagna, Francia, Paesi Bassi e Regno Unito, hanno segnalato una prevalenza del consumo di cocaina tra i giovani adulti nell'ultimo anno pari o superiore al 2,5 % (figura 2.3). Dei paesi che hanno

## CONSUMATORI DI CANNABIS IN TRATTAMENTO



#### Caratteristiche

17% 83%



17 Età media alla prima assunzione

25 Età media all'inizio del primo trattamento

83 000

Utenti trattati per la prima volta

58%



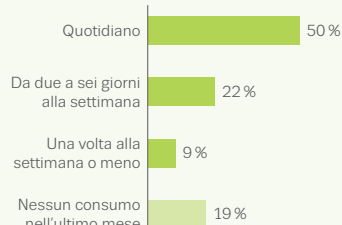
59 000

Utenti già in carico

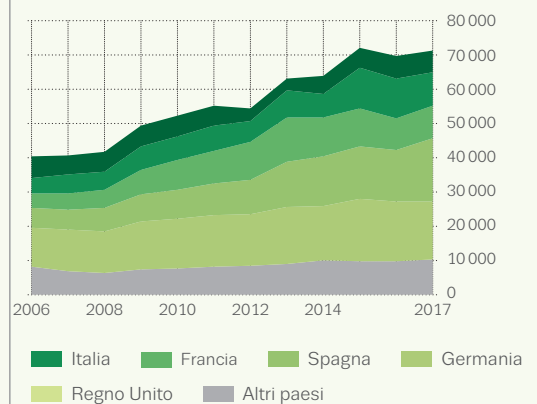
42%

#### Frequenza di consumo nell'ultimo mese

Consumo medio **5,3** giorni alla settimana



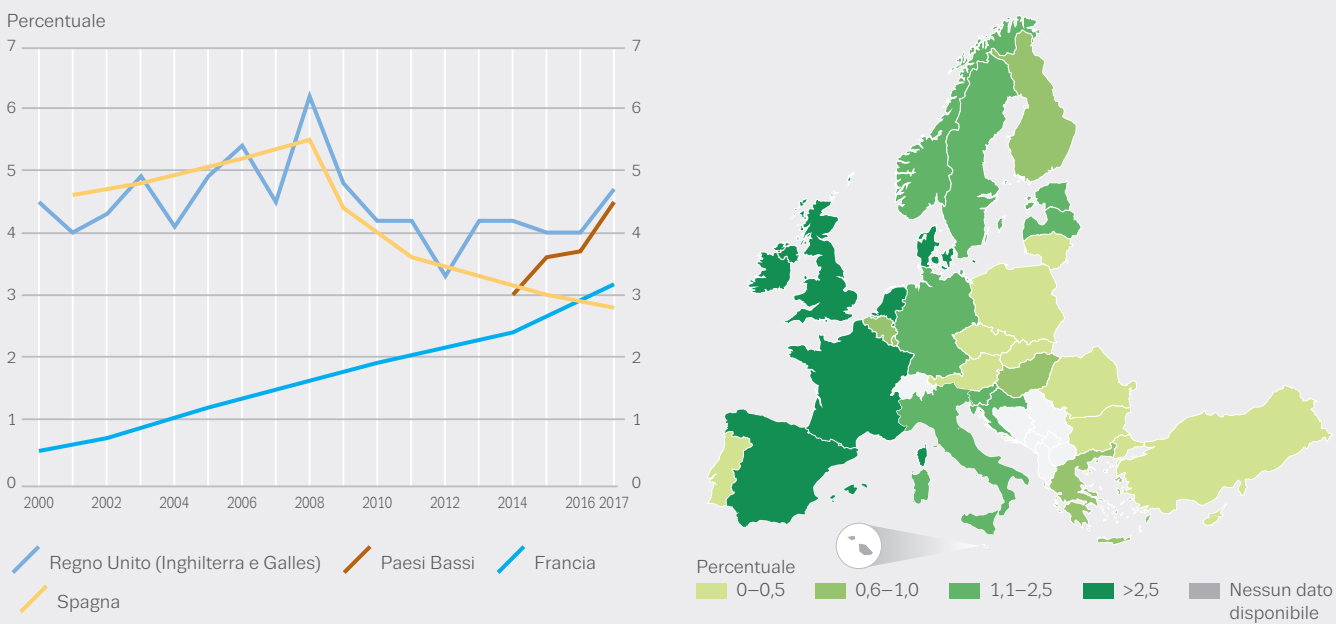
#### Tendenze relative agli utenti presi in carico per la prima volta



NB: tranne che per le tendenze, i dati riguardano tutti i pazienti in trattamento per i quali la cannabis è la droga primaria. Le tendenze relative agli utenti trattati per la prima volta si basano su 24 paesi. Solo i paesi che dispongono di dati per almeno 11 dei 12 anni considerati sono inclusi nel grafico delle tendenze. I valori mancanti sono interpolati da anni adiacenti. A causa di cambiamenti nel flusso dei dati a livello nazionale, i dati a partire dal 2014 riferiti all'Italia non sono confrontabili con gli anni precedenti. A causa di modifiche del sistema di comunicazione, i totali del 2017 riferiti alla Germania sono stime basate sui dati del 2016.

FIGURA 2.3

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



NB: fasce di età diverse da 15-34 sono segnalate da Danimarca, Regno Unito e Norvegia (16-34), Svezia (17-34), Germania, Francia, Grecia e Ungheria (18-34).

svolto indagini a partire dal 2016 e comunicato intervalli di confidenza, tre hanno segnalato stime più elevate e nove stime stabili rispetto all'indagine precedente comparabile.

Un'analisi statistica delle tendenze di lungo periodo del consumo di cocaina tra i giovani adulti nell'ultimo anno è possibile solo per un piccolo numero di paesi, in cui vi sono prove di un incremento dell'uso. L'indagine annuale condotta nel Regno Unito ha evidenziato un aumento al 4,7 % dopo un periodo di relativa stabilità; la quarta indagine annuale comparabile nei Paesi Bassi ha confermato una tendenza all'aumento, con una percentuale che ha raggiunto il 4,5 %; in Francia la tendenza all'aumento è proseguita e per la prima volta è stato superato il 3 %. La Spagna ha invece continuato a registrare una diminuzione della prevalenza, scesa al 2,8 % (figura 2.3).

Uno studio sulle tendenze svolto nel 2018 dall'EMCDDA analizzando molteplici fonti di dati ha evidenziato che la maggior disponibilità di cocaina più pura sui mercati europei della droga potrebbe essere all'origine di una ripresa del consumo di questa droga in alcuni paesi. Lo studio ha evidenziato inoltre che la cocaina si sta espandendo in nuovi mercati nell'Europa orientale, dove in precedenza era poco usata.

I risultati delle indagini sulla popolazione sono integrati dall'analisi delle acque reflue comunali svolta nell'ambito di uno studio condotto in varie città allo scopo di

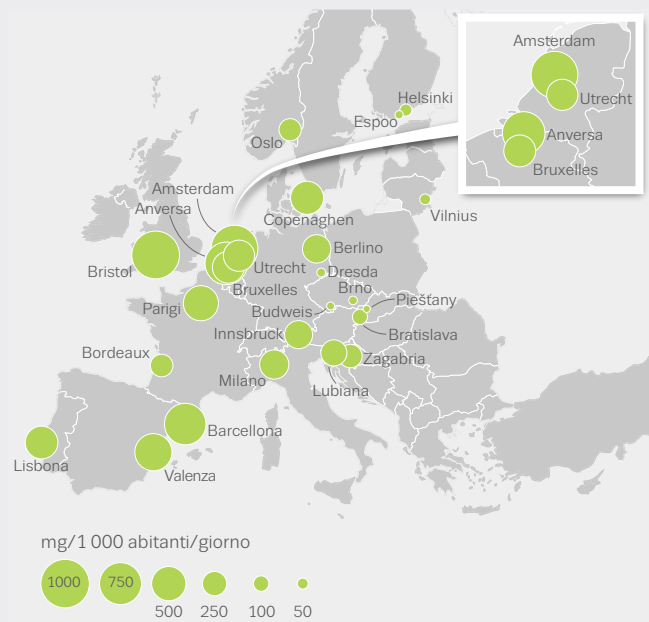
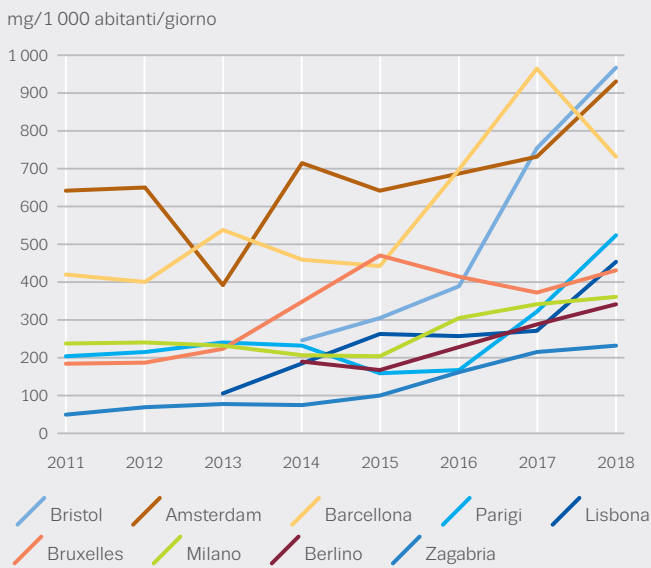
individuare residui di cocaina. Le relazioni di analisi delle acque reflue concernenti il consumo generale di sostanze pure in una determinata area abitata, e le relative conclusioni, non sono direttamente confrontabili con le stime sulla prevalenza risultanti dalle indagini sulle popolazioni nazionali. Le conclusioni dell'analisi delle acque reflue sono presentate sotto forma di quantitativi standardizzati (carichi di massa) del residuo giornaliero di droga per 1 000 abitanti. Possono fornire informazioni sul volume di cocaina usata in un determinato luogo, ma non forniscono informazioni dirette sul numero di consumatori.

Un'analisi del 2018 ha rinvenuto i carichi di massa più elevati di benzoilecgonina, il principale metabolita della cocaina, in alcune città di Belgio, Spagna, Paesi Bassi e Regno Unito. Livelli molto bassi sono stati riscontrati nella maggior parte delle città dell'Europa orientale oggetto di studio (cfr. figura 2.4), ma dai dati più recenti emergono segnali di aumento. Il confronto con i dati dell'anno precedente fa ritenere che l'uso sia in generale in crescita. Delle 38 città che dispongono di dati per il 2017 e il 2018, 22 hanno segnalato un incremento, cinque un calo e 11 una situazione stabile. Per molte delle 13 città che dispongono di dati per il 2011 e 2018, la tendenza nel lungo periodo mostra un aumento.

**La cocaina è lo stimolante illecito più usato in Europa**

FIGURA 2.4

Residui di cocaina nelle acque reflue in alcune città europee: tendenze e ultimi dati



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 ogni anno dal 2011 al 2018.  
Fonte: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

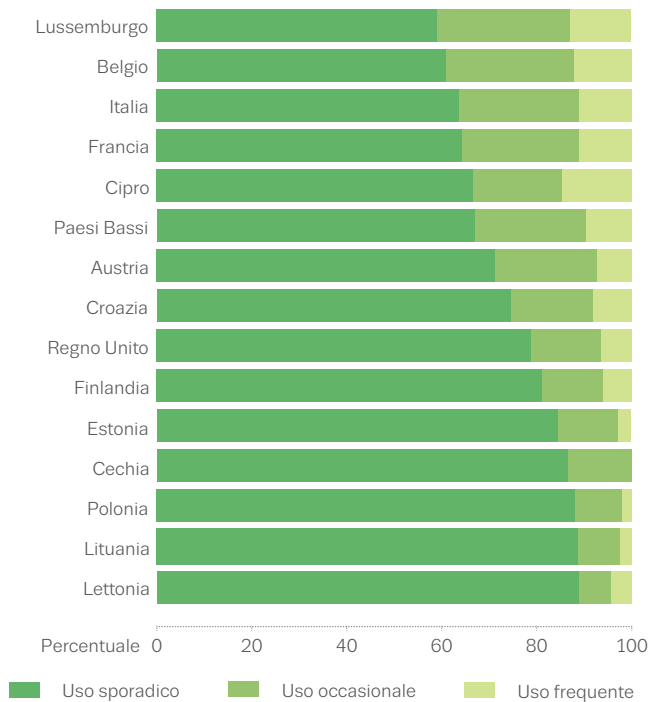
I dati dell'indagine web europea sulle droghe forniscono indicazioni sui modelli di consumo di cocaina nei diversi gruppi e sul modo in cui possono variare da un paese all'altro. Confrontando la quantità usata nei vari paesi, è importante osservare che tanto il prezzo quanto la purezza della cocaina sul mercato variano da paese a paese e ciò può avere un impatto sulla quantità consumata. Tra gli intervistati che hanno segnalato l'uso di cocaina, la percentuale che ne fa uso frequentemente (più di 50 giorni nell'ultimo anno) va da zero in Cechia a oltre il 10 % in Belgio, Cipro, Francia, Italia e Lussemburgo (figura 2.5). Il consumo di cocaina varia da paese a paese e va da una media di 1,3 grammi al giorno di consumo in Austria, Belgio e Francia a 3,5 grammi a Cipro. In generale, gli utilizzatori frequenti hanno consumato quantità più elevate di droga ogni giorno di consumo rispetto agli utilizzatori meno frequenti.

**Consumo ad alto rischio di cocaina: recenti aumenti della domanda di trattamento in molti paesi**

La prevalenza di modelli di consumo ad alto rischio di cocaina tra gli adulti in Europa è difficile da valutare perché solo quattro paesi dispongono di stime recenti; inoltre, queste stime non sono direttamente comparabili, in quanto sono state ottenute utilizzando definizioni e metodologie diverse. In Spagna una nuova indagine nella popolazione generale ha utilizzato l'elevata frequenza di

FIGURA 2.5

Frequenza del consumo di cocaina tra i partecipanti a un'indagine web che hanno indicato di avere fatto uso di questa droga nell'ultimo anno



NB: l'indagine è stata condotta in due fasi, una nel 2016 (Cechia, Francia, Croazia, Paesi Bassi, Regno Unito) e una nel 2017-2018 (altri 10 paesi dell'UE). Consumo nell'ultimo anno: frequente, per più di 50 giorni; occasionale, da 11 a 50 giorni; sporadico, da uno a 10 giorni.  
Fonte: European Web Survey on Drugs (Indagine web europea sulle droghe).

assunzione per stimare il consumo ad alto rischio di cocaina, risultato pari allo 0,3 % tra i 15-64enni nel 2017-2018. Nel 2015, sulla base del questionario relativo alla gravità della dipendenza, la Germania ha stimato allo 0,2 % il consumo ad alto rischio di cocaina tra la popolazione adulta. Nel 2017, utilizzando i dati relativi al trattamento e alla giustizia penale, l'Italia ha stimato che lo 0,69 % della popolazione adulta potrebbe essere classificato tra gli utilizzatori di cocaina ad alto rischio. In Francia, uno studio effettuato nel 2017 con il metodo di cattura-ricattura ha stimato allo 0,07 % la prevalenza del consumo di cocaina crack ad alto rischio.

Quasi i tre quarti (73 %) di tutte le richieste di trattamento specialistico per dipendenza da cocaina in Europa sono riconducibili a Spagna, Italia e Regno Unito. Nel complesso, la cocaina è stata indicata come droga primaria da circa 73 000 utenti dei servizi specialistici di trattamento della tossicodipendenza nel 2017 e da oltre 33 000 utenti entrati in trattamento per la prima volta.


Dopo un periodo di calo, il numero totale dei consumatori entrati per la prima volta in trattamento per consumo di cocaina è aumentato del 37 % tra il 2014 e il 2017. Gran parte di questo aumento è riconducibile all'Italia e al Regno Unito, ma i paesi che hanno registrato un incremento durante lo stesso periodo sono in totale 19. Nel complesso, i dati europei più recenti rivelano un intervallo di 11 anni tra il primo uso di cocaina, in media

all'età di 23 anni, e il primo trattamento per problemi legati alla cocaina, in media all'età di 34 anni.

La maggior parte degli utenti in carico a servizi di trattamento specialistico per problemi legati al consumo di cocaina è costituita da consumatori primari di cocaina in polvere (55 000 pari al 14 % di tutti gli utenti in carico ai servizi specialistici nel 2017). La maggior parte degli utenti che indicano la cocaina come droga primaria è in trattamento per il consumo di cocaina da sola (46 % di tutti gli utenti in carico per l'uso di cocaina in polvere) o in combinazione con cannabis (20 %), alcol (23 %) o altre sostanze (10 %). In genere si tratta di un gruppo relativamente bene integrato da un punto di vista sociale, con condizioni di vita stabili e un lavoro regolare, rispetto a chi entra in trattamento per problemi di oppiacei. La situazione è diversa, invece, per gli utenti in trattamento per uso primario di cocaina crack (11 000 utenti ossia il 3 % di tutti gli utenti in carico per l'assunzione di droghe nel 2017), che appaiono più emarginati. La maggior parte delle richieste di trattamento in relazione al crack è segnalata dal Regno Unito (65 %). Molti degli utilizzatori primari di cocaina crack segnalano l'eroina come sostanza problematica secondaria. Dal 2014 si segnalano aumenti del numero di utenti in carico per l'uso di cocaina crack in Belgio, Irlanda, Francia, Italia, Portogallo e Regno Unito.

## CONSUMATORI DI COCAINA IN TRATTAMENTO

### Caratteristiche

15%  85% 

23

Età media alla prima assunzione

34

Età media all'inizio del primo trattamento

33 500

Utenti trattati per la prima volta

48%



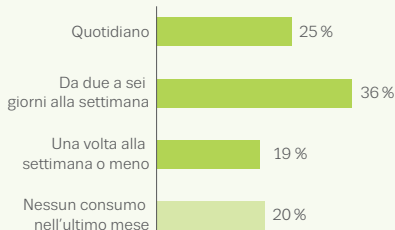
36 800

Utenti già in carico

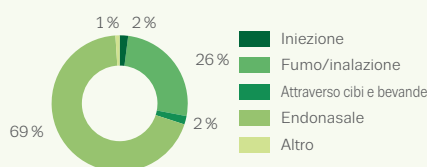
52%

### Frequenza di consumo nell'ultimo mese

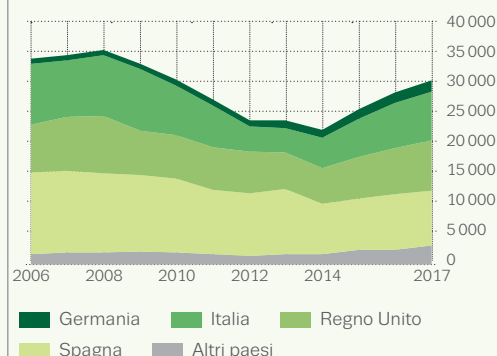
Consumo medio 4 giorni alla settimana



### Via di somministrazione



### Tendenze relative agli utenti presi in carico per la prima volta

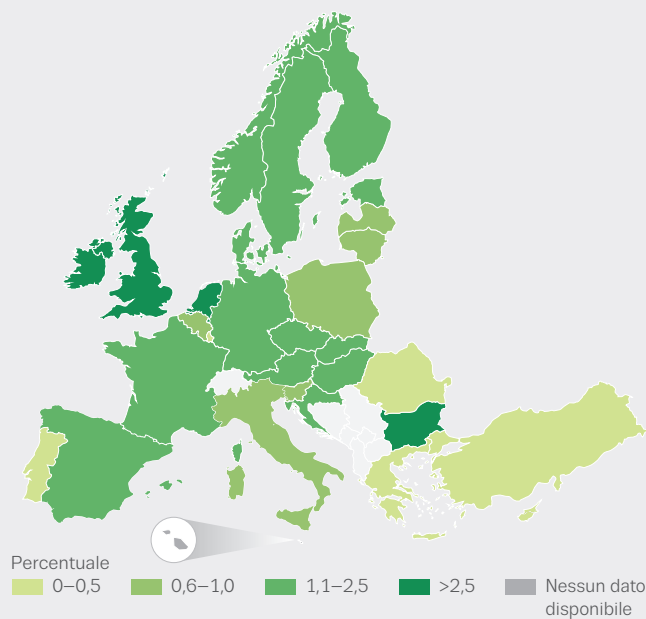
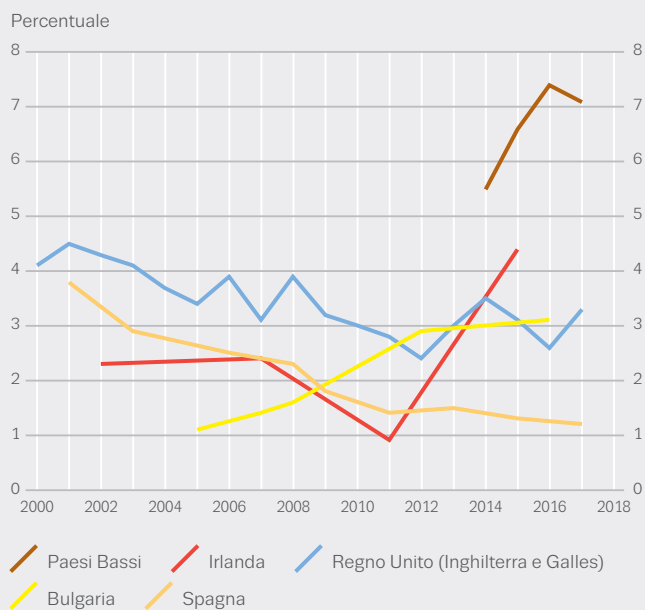


NB: tranne che per le tendenze, i dati riguardano tutti gli utenti in carico per i quali la cocaina è la droga primaria. Le tendenze relative agli utenti trattati per la prima volta si basano su 24 paesi. Solo i paesi che dispongono di dati per almeno 11 dei 12 anni considerati sono inclusi nel grafico delle tendenze. I valori mancanti sono interpolati da anni adiacenti. A causa di cambiamenti nel flusso dei dati a livello nazionale, i dati a partire dal 2014 riferiti all'Italia non sono confrontabili con gli anni precedenti. A causa di modifiche del sistema di comunicazione, i totali del 2017 riferiti alla Germania sono stime basate sui dati del 2016.



## FIGURA 2.6

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



NB: fasce di età diverse da 15-34 sono segnalate da Danimarca, Regno Unito e Norvegia (16-34), Svezia (17-34), Germania, Francia, Grecia e Ungheria (18-34).

Il consumo di cocaina in combinazione con eroina o altri oppiacei è segnalato da 56 000 utenti in carico a servizi di trattamento specialistico della tossicodipendenza in Europa nel 2017. Questo numero rappresenta il 16 % delle persone entrate in trattamento per le quali sono disponibili informazioni sia sulla droga primaria sia su quella secondaria.

### Uso di MDMA: un quadro contrastante

L'MDMA (3,4-metilenediossimetamfetamina) viene consumata in pasticche (spesso denominate ecstasy), ma anche in cristalli e in polvere; le pasticche in genere vengono inghiottite, mentre i cristalli e la polvere possono essere assunti per via orale o endonasale.

Si stima che 13,7 milioni di adulti nell'Unione europea (15-64 anni), pari al 4,1 % di questa fascia d'età, abbiano provato l'MDMA/ecstasy nel corso della propria vita. I dati relativi al consumo più recente tra i giovani adulti indicano che 2,1 milioni di giovani adulti (15-34 anni) hanno consumato MDMA nell'ultimo anno (1,7 % di questa fascia d'età), con stime nazionali che oscillano tra lo 0,2 % in Portogallo e Romania e il 7,1 % nei Paesi Bassi (figura 2.6). Le stime di prevalenza per le persone nella fascia di età 15-24 anni sono più elevate e indicano che il 2,3 % (1,3 milioni) ha fatto uso di MDMA nell'ultimo anno.

Fino a poco tempo fa, in molti paesi la prevalenza dell'MDMA era in calo rispetto ai livelli record raggiunti tra

l'inizio e la metà degli anni 2000; da qualche anno a questa parte, invece, le fonti di monitoraggio delineano un quadro contrastante senza tendenze chiare. Dei paesi che hanno svolto nuove indagini a partire dal 2016 e comunicato intervalli di confidenza, quattro hanno riferito stime più elevate rispetto alla precedente indagine comparabile, sei hanno riferito stime stabili e due hanno indicato una stima inferiore.

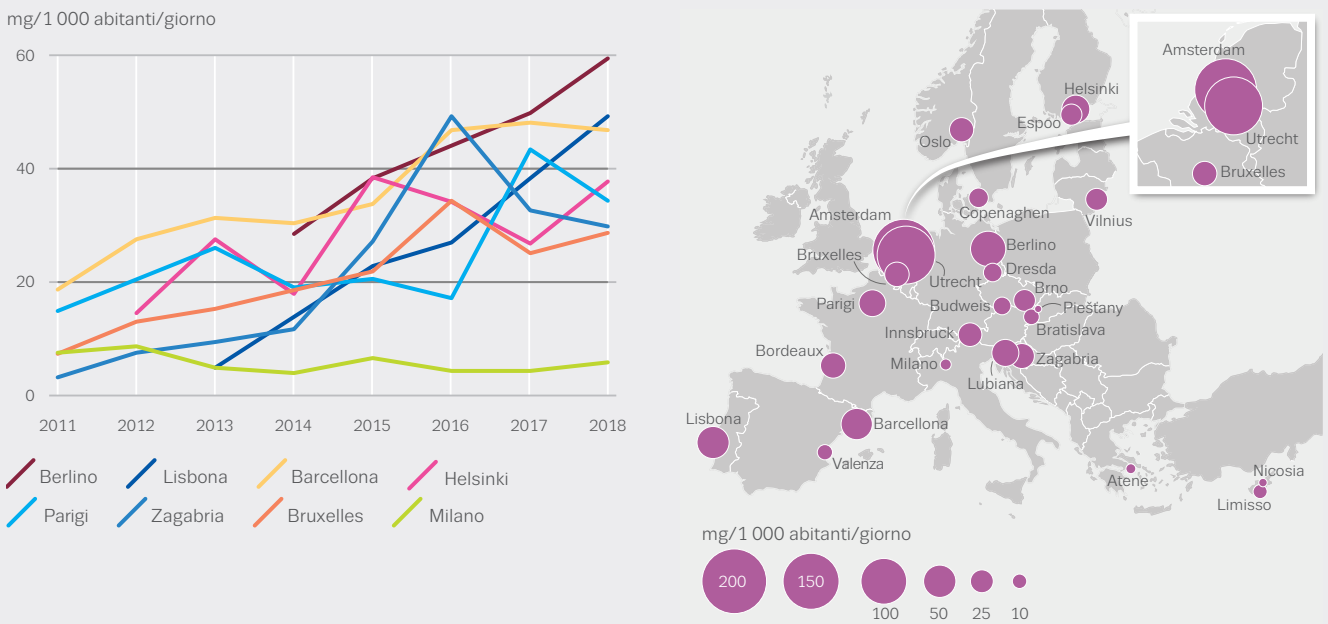
Laddove esistono dati che permettono di effettuare un'analisi statistica delle tendenze nel consumo di MDMA tra i giovani adulti nell'ultimo anno, i valori più recenti evidenziano un quadro contrastante (figura 2.6). Nel Regno Unito i dati più recenti indicano che la prevalenza dell'uso di questa sostanza è tornata a crescere dopo il calo registrato nel 2015 e 2016, che a sua volta aveva segnato un'inversione di tendenza rispetto all'aumento osservato nel periodo 2012-2014. In Spagna la tendenza di lungo periodo rimane discendente, sebbene i valori recenti siano stabili. I dati più recenti indicano il protrarsi di una tendenza all'aumento in Bulgaria. I dati dell'indagine del 2017 nei Paesi Bassi confermano i livelli elevati segnalati nelle tre precedenti indagini annuali.

Un'analisi condotta in varie città nel 2018 ha rilevato i carichi di massa di MDMA più elevati nelle acque reflue delle città belghe, tedesche e neerlandesi (figura 2.7). Delle 37 città che dispongono di dati per il 2017 e 2018, 21 hanno segnalato un incremento, nove una situazione stabile e sette un calo. Considerando le tendenze a più lungo termine, nella maggior parte delle città che



FIGURA 2.7

## Residui di MDMA nelle acque reflue in alcune città europee: tendenze e ultimi dati



NB: quantità media giornaliera di MDMA in milligrammi per 1 000 abitanti. I campioni sono stati prelevati in una selezione di città europee nel corso di una settimana ogni anno dal 2011 al 2018.

Fonte: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

dispongono di dati sia per il 2011 che per il 2018 (10 città), i carichi di MDMA nelle acque reflue sono risultati più elevati nel 2018 che nel 2011. Nel 2017 i forti aumenti osservati nel periodo 2011-2016 sembravano essersi stabilizzati, ma i dati più recenti del 2018 indicano un incremento nella maggior parte delle città.

L'MDMA è spesso consumata insieme ad altre sostanze, tra cui l'alcol. 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. L'indagine web europea sulle droghe ha rilevato che, tra le persone che hanno utilizzato MDMA nell'anno precedente, la percentuale che segnalava un uso frequente (più di 50 giorni nell'ultimo anno) variava da zero a Cipro a circa l'8 % in Austria e Croazia.

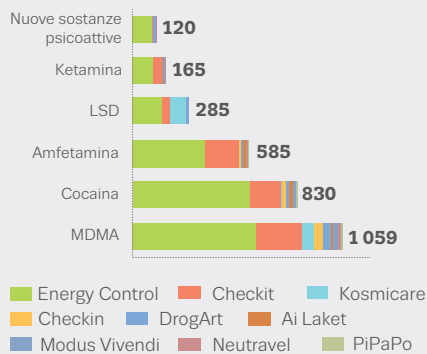
Il consumo di MDMA è raramente segnalato come motivo per il ricorso a servizi di trattamento specialistico della tossicodipendenza. Nel 2017 l'MDMA è stata segnalata da meno dell'1 % (circa 1 700 casi) delle persone entrate in trattamento in Europa; la Francia, l'Ungheria, il Regno Unito e la Turchia rappresentano il 68 % di queste persone.

**L'MDMA è spesso consumata  
insieme ad altre sostanze,  
tra cui l'alcol**

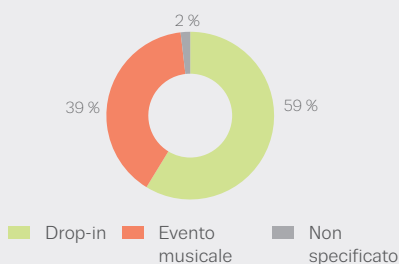
## FIGURA 2.8

### Campioni di droga analizzati da servizi di controllo degli stupefacenti tra gennaio e luglio 2018

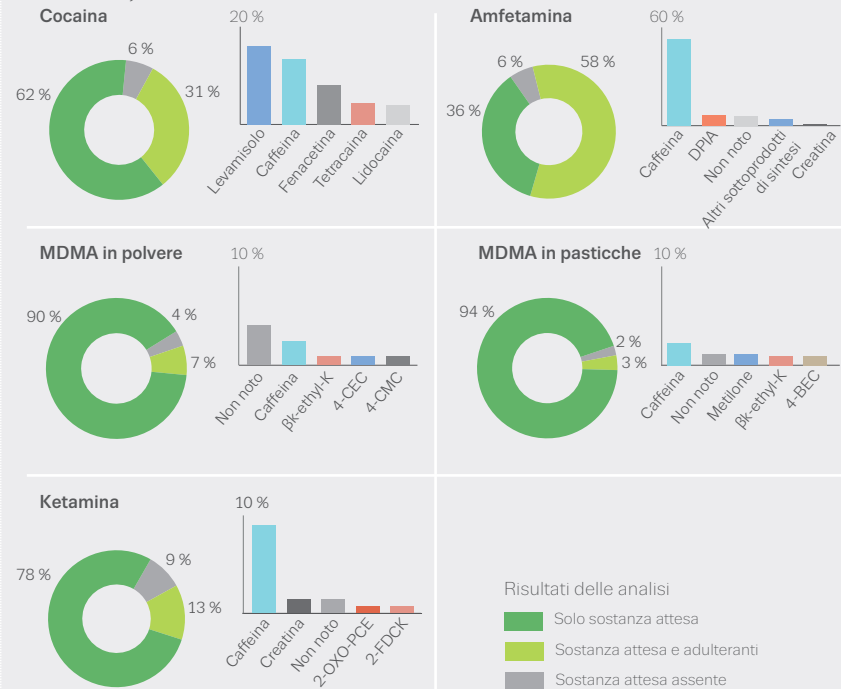
Numero di sostanze analizzate



Sostanze fatte analizzare, per contesto



Sostanze individuate e adulteranti più comuni (% di tutti i campioni analizzati per la presenza di adulteranti)



NB: per adulteranti si intendono solo le sostanze che possiedono proprietà farmacologiche attive. I composti inattivi non sono considerati adulteranti. Fonte: i dati sono stati forniti dai servizi di controllo degli stupefacenti in Austria (Checkkit), Belgio (Modus Vivendi), Italia (Neutravel), Lussemburgo (PiPaPo), Portogallo (Kosmicare e Checkin), Slovenia (DrogArt) e Spagna (Energy Control e Ai Laket).

### Monitoraggio dell'uso di droghe in contesti ricreativi: metodi innovativi

Dagli studi effettuati emerge regolarmente che il consumo di droga è segnalato più di frequente nelle indagini svolte nei luoghi di vita notturna (come club, bar o festival musicali) che tra la popolazione in generale. Per monitorare l'uso di droghe in contesti ricreativi sono emersi nuovi sistemi che non si basano esclusivamente su dati di indagine autodichiarati, ma utilizzano l'analisi chimica di campioni provenienti da fonti diverse: campioni biologici come l'aria alveolare espirata, l'urina e i capelli, il contenuto dei contenitori di raccolta di sostanze illecite, e gli stupefacenti presentati ai centri di controllo delle droghe.

Sono disponibili risultati su 3 044 analisi di campioni di droga presentati dagli utilizzatori a nove servizi di controllo degli stupefacenti in sette Stati membri dell'UE, effettuati tra gennaio e luglio 2018 e compilati dalla rete transeuropea di informazioni sulla droga (Trans-European Drug Information network, TEDI). Circa la metà dei campioni è stata analizzata in occasione di eventi musicali e circa la metà in centri drop-in. Il numero di campioni di cocaina presentati in questi centri, soprattutto in Spagna,

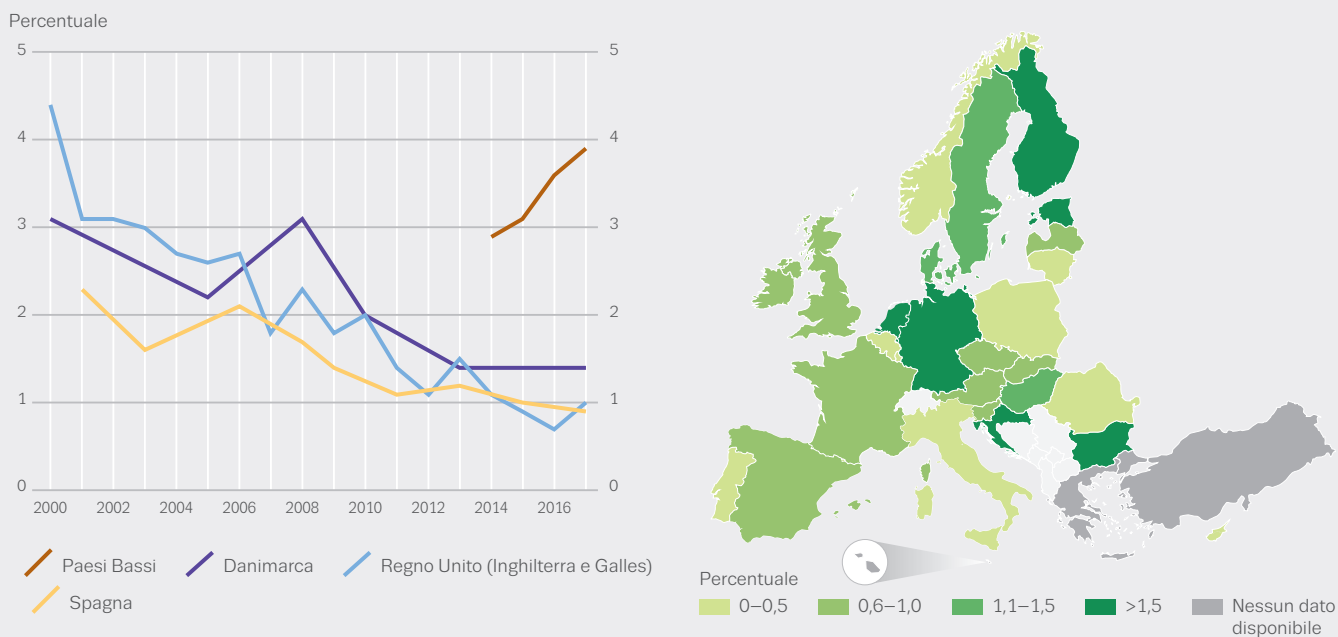
è risultato doppio rispetto a quello dei campioni di cocaina presentati durante eventi musicali.

Nel complesso l'MDMA (in pasticche e in polvere), la cocaina e l'amfetamina sono state le tre droghe più frequentemente presentate per farle analizzare, anche se i dati variano da paese a paese. L'amfetamina è stata raramente presentata per farla analizzare in Belgio e in Portogallo, ma rappresentava più del 25 % dei campioni presentati in Italia e in Austria. Le nuove sostanze psicoattive, per lo più catinoni sintetici, rappresentavano solo il 3 % di tutte le droghe presentate per farle analizzare, anche se alcune, come ad esempio i catinoni sintetici 4-CMC e 4-CEC, sono stati in qualche caso rinvenute come adulteranti nei campioni presentati come MDMA (figura 2.8).

I dati sulla purezza della droga ottenuti da otto servizi di controllo degli stupefacenti durante la prima metà del 2018 confermano le recenti segnalazioni relative all'aumento della disponibilità di MDMA e cocaina ad alta purezza osservata sui mercati della droga nell'Europa occidentale. Il dosaggio medio più elevato di MDMA nelle pasticche analizzate nei servizi di controllo degli stupefacenti è stato segnalato in Belgio (182 mg). Cinque servizi hanno segnalato singole compresse contenenti

FIGURA 2.9

Prevalenza nell'ultimo anno del consumo di amfetamine tra giovani adulti (15-34): tendenze e ultimi dati



NB: fasce di età diverse da 15-34 sono segnalate da Danimarca, Regno Unito e Norvegia (16-34), Svezia (17-34), Germania, Francia, Grecia e Ungheria (18-34).

quantitativi di MDMA maggiori (più di 250 mg). Nel complesso, i campioni presentati ai servizi come MDMA non presentavano se non sporadicamente un componente attivo non atteso: la polvere o le pasticche di MDMA adulterate rappresentavano meno del 10 % del totale dei campioni di MDMA analizzati. In questi campioni la caffeina è risultata la sostanza adulterante più comune. Malgrado gli elevati livelli medi di purezza della cocaina (73 %), i campioni presentati come cocaina sono risultati frequentemente adulterati con sostanze potenzialmente nocive, come levamisolo e fenacetina, nonché con anestetici locali quali lidocaina e tetracaina. Tra tutte le sostanze analizzate dai servizi di controllo degli stupefacenti, i campioni presentati come amfetamina sono risultati i più adulterati, con una purezza media del 34 %, e spesso contenevano concentrazioni elevate di caffeina.

### Amfetamine: differenze nel consumo ma tendenze stabili

In Europa si consumano sia amfetamina sia metamfetamina, due stimolanti strettamente correlati, ma la prima è di gran lunga la più diffusa. Il consumo di metamfetamina è tradizionalmente limitato alla Cechia e, più di recente, alla Slovacchia, benché negli ultimi anni sia andato aumentando anche in altri paesi. In alcune serie di dati non è possibile distinguere tra queste due sostanze; in tali casi, si utilizza il termine generico «amfetamine».

Entrambe queste sostanze possono essere assunte per via orale o endonasale; in alcuni paesi anche il consumo per via parenterale è significativo. La metamfetamina si può anche fumare, ma questa modalità di assunzione non è segnalata frequentemente in Europa.

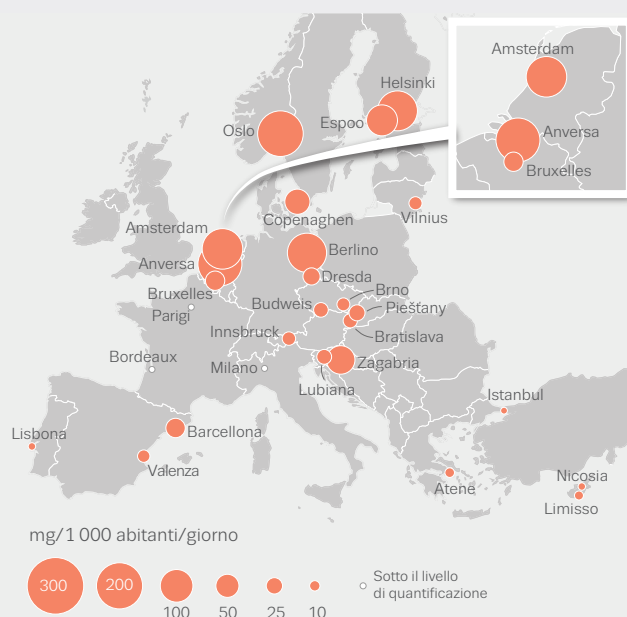
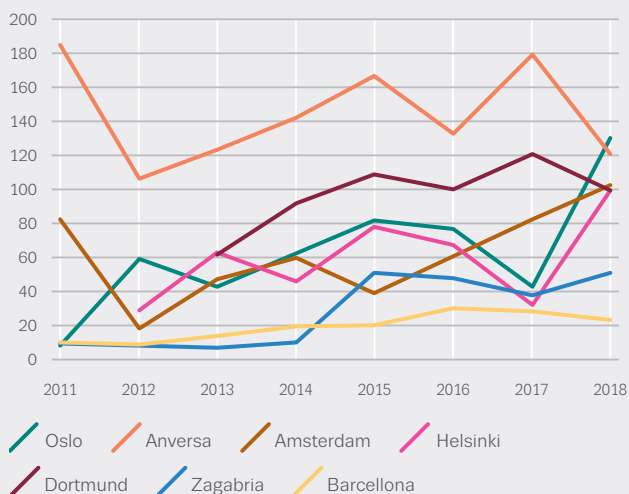
Si stima che 12,4 milioni di adulti nell'Unione europea (15-64 anni), pari al 3,7 % di questa fascia d'età, abbiano provato le amfetamine nel corso della propria vita. I dati sull'uso recente tra i giovani adulti (15-34 anni) indicano che 1,3 milioni (1,0 %) hanno fatto uso di amfetamine nell'ultimo anno; la prevalenza nazionale stimata più recente va da zero in Portogallo al 3,9 % nei Paesi Bassi (figura 2.9). I dati disponibili fanno ritenere che dall'inizio del secolo la situazione riguardante il consumo di amfetamine si sia mantenuta relativamente stabile nella maggior parte dei paesi europei. Dei paesi che hanno svolto nuove indagini a partire dal 2016 e comunicato intervalli di confidenza, nessuno ha riferito stime più alte, otto hanno segnalato una tendenza stabile e tre hanno indicato stime più basse rispetto alla precedente indagine comparabile.

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. Tendenze al calo nel lungo periodo sono osservabili in Danimarca, Spagna e Regno Unito (figura 2.9). La quarta indagine comparabile dei Paesi Bassi indica invece una tendenza all'aumento.

FIGURA 2.10

## Residui di amfetamina nelle acque reflue in alcune città europee: tendenze e ultimi dati

mg/1 000 abitanti/giorno



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 ogni anno dal 2011 al 2018.

Fonte: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

Dall'analisi delle acque reflue comunali svolta nel 2018 sono emerse differenze notevoli nei carichi di massa di amfetamina a livello europeo; i livelli più elevati sono stati riscontrati in città dell'Europa settentrionale e orientale (figura 2.10), mentre nelle città dell'Europa meridionale sono stati rilevati livelli di amfetamina decisamente inferiori.

Delle 38 città che dispongono di dati per il 2017 e il 2018, 21 hanno segnalato un incremento, sette una situazione stabile e 10 un calo. Nel complesso, i dati relativi alle città che dispongono di dati per il periodo 2011-2018 tracciano per la maggior parte dei casi un quadro contrastato, ma con tendenze relativamente stabili per quanto riguarda l'amfetamina.

Il consumo di metamfetamina, generalmente basso e tradizionalmente concentrato in Cechia e in Slovacchia, ha fatto ora la sua comparsa anche a Cipro, nella Germania orientale, in Spagna e nell'Europa settentrionale (figura 2.10). Nel 2017 e 2018, cinque delle 40 città che dispongono di dati sulla metamfetamina presente nelle acque reflue hanno segnalato un aumento, 20 una situazione stabile e 15 un calo.

**Sono emersi nuovi sistemi per monitorare l'uso di droghe in contesti ricreativi**

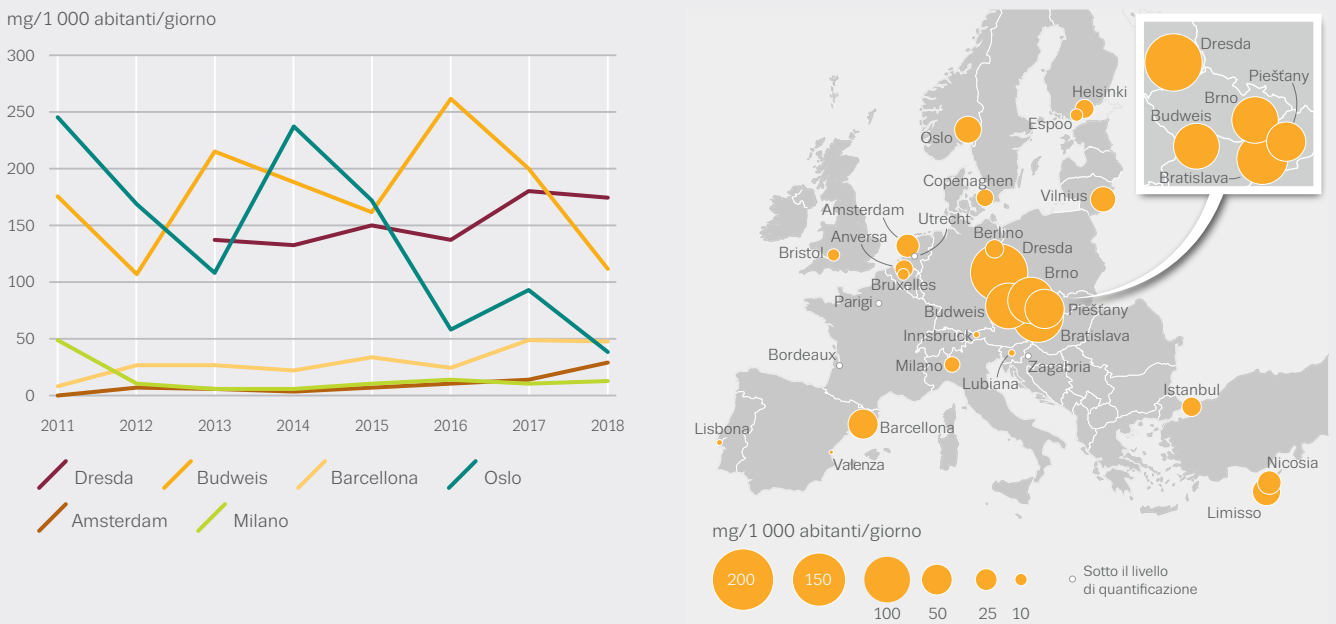
### Consumo ad alto rischio di amfetamine: la domanda di trattamento è elevata

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 si sono maggiormente evidenziati in Cechia e Slovacchia. Una stima del 2015 riferita alla Germania ha indicato 102 000 consumatori adulti ad alto rischio di amfetamine, pari allo 0,19 %. I consumatori di amfetamine rappresentano probabilmente la maggioranza dei 2 234 (0,18 %) consumatori ad alto rischio di stimolanti segnalati dalla Lettonia nel 2017, un numero inferiore rispetto ai 6 540 (0,46 %) del 2010. In Cechia il consumo ad alto rischio di metamfetamina tra gli adulti (15-64 anni) è stato stimato attorno allo 0,50 % (ossia 34 700 consumatori) nel 2017, in aumento rispetto ai 20 900 consumatori del 2007, sebbene i numeri siano rimasti relativamente stabili negli ultimi anni. Per Cipro la stima è dello 0,03 %, pari a 176 consumatori, nel 2017.

Le amfetamine sono state indicate come la droga primaria da circa 30 000 utenti in carico a servizi di trattamento specialistico della tossicodipendenza in Europa nel 2017, circa 12 000 dei quali presi in carico per la prima volta. Gli utilizzatori primari di amfetamina rappresentano il 15 % o più degli utenti entrati in trattamento per la prima volta in Germania, Lettonia, Polonia e Finlandia, e una tendenza alla crescita si osserva in Germania dal 2009. Gli utenti

FIGURA 2.11

Residui di metamfetamina nelle acque reflue in alcune città europee: tendenze e ultimi dati



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 ogni anno dal 2011 al 2018. Fonte: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

che hanno segnalato la metamfetamina come droga primaria sono concentrati in Cechia, Slovacchia, Polonia e Turchia, che insieme rappresentano quasi l'88 % dei 5 000 consumatori di metamfetamina entrati in trattamento specialistico in Europa. Le amfetamine sono le droghe con il minore divario di genere, anche se per il momento le donne sono solo un quarto (26 %) degli utenti

in carico a servizi di trattamento specialistico per questa classe di sostanze. Per quanto riguarda le modalità di assunzione delle amfetamine, il 14 % del totale delle persone entrate in trattamento ha segnalato la via orale, il 65 % ha segnalato la via endonasale e il 9 % ha segnalato la via parenterale.

CONSUMATORI DI AMFETAMINE IN TRATTAMENTO

Caratteristiche

26% 74%

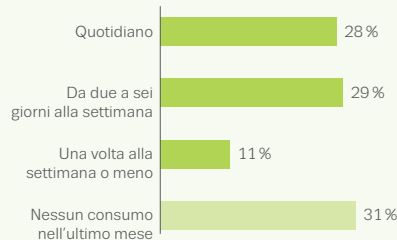


20 Età media alla prima assunzione  
30 Età media all'inizio del primo trattamento

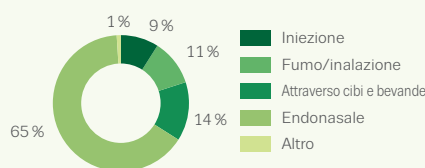
12 200 Utenti trattati per la prima volta  
17 100 Utenti già in carico  
42% 58%

Frequenza di consumo nell'ultimo mese

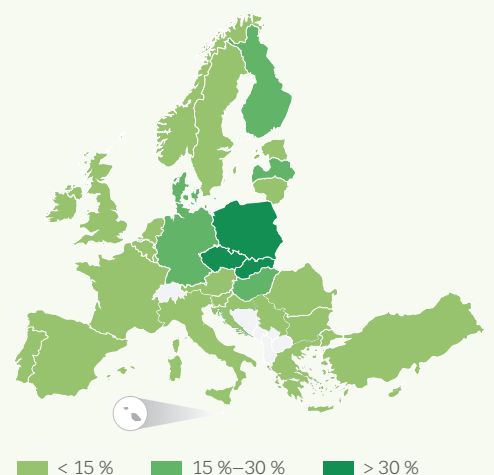
Consumo medio 4,3 giorni alla settimana



Via di somministrazione



Percentuale di utenti trattati per la prima volta per tutte le droghe (%)



NB: tranne la mappa, i dati riguardano tutti gli utenti in carico per i quali l'amfetamina è la droga primaria. I dati relativi a Germania, Svezia e Norvegia si riferiscono a utenti che indicano come droga primaria uno stimolante diverso dalla cocaina.

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

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

Negli ultimi due decenni, in diversi sottogruppi di consumatori di droga in Europa è stato segnalato l'uso ricreativo 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 2017 la Norvegia ha segnalato una prevalenza del consumo di GHB nell'ultimo anno pari allo 0,1 % tra gli adulti (16-64 anni), mentre la prevalenza del consumo di ketamina tra i giovani adulti (16-34 anni) è stata stimata allo 0,6 % in Danimarca e all'1,7 % nel Regno Unito.

I livelli complessivi 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 ricavate da indagini nazionali relative alla prevalenza nell'ultimo anno sono inferiori all'1 % per entrambe le sostanze nel 2017 o nell'ultimo anno di indagine, ad eccezione di Finlandia (1,9 %) e Paesi Bassi (1,6 %) per quanto riguarda il consumo di funghi allucinogeni, e di Norvegia (1,1 %) e Finlandia (1,3 %) per l'LSD.

### **Nuove sostanze psicoattive: consumo limitato e richieste di trattamento in diminuzione**

Dal 2011 più della metà dei paesi europei ha comunicato stime nazionali sull'uso di nuove sostanze psicoattive (esclusa la ketamina e il GHB) nelle indagini generali sulla popolazione, sebbene le differenze tra i metodi e le domande dei questionari limitino i confronti tra i paesi. Tra i giovani adulti (15-34 anni), l'anno scorso la prevalenza d'uso di tali sostanze variava dallo 0,1 % in Norvegia al 3,2 % nelle ultime rilevazioni effettuate nei Paesi Bassi, nel 2016; la nuova sostanza psicoattiva più usata è risultata la 4-fluoroamfetamina (4FA). Nell'ambito di queste indagini sono disponibili dati sul consumo di mefedrone per il Regno Unito (Inghilterra e Galles). Nell'indagine più recente (2017), il consumo di questa droga nell'ultimo anno tra le persone della fascia di età 16-34 anni era stimato allo 0,2 %, in calo rispetto all'1,1 % del 2014/2015. Nelle indagini più recenti il consumo stimato di cannabinoidi sintetici nell'ultimo anno nella fascia di età 15-34 anni variava dallo 0,1 % nei Paesi Bassi all'1,5 % in Lettonia.

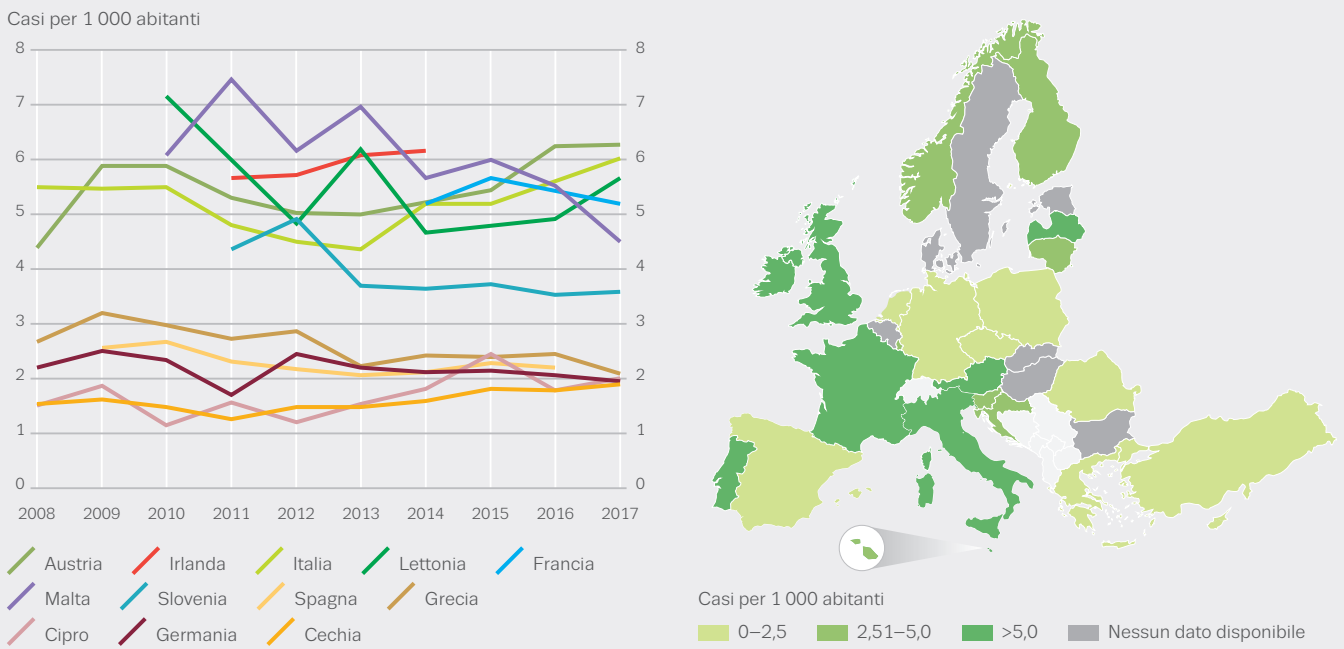
Sebbene i livelli di consumo di nuove sostanze psicoattive siano complessivamente bassi in Europa, in uno studio condotto dall'EMCDDA nel 2016 più di due terzi dei paesi hanno segnalato che il consumo di tali sostanze da parte di consumatori di stupefacenti ad alto rischio destava preoccupazioni dal punto di vista sanitario. In particolare, l'uso di catinoni sintetici da parte di consumatori di oppiacei e stimolanti per via parenterale è stato collegato a problemi sanitari e sociali. Inoltre, il fumo di cannabinoidi sintetici nelle popolazioni emarginate, tra cui senzatetto e detenuti, è stato segnalato come problema in vari paesi europei.

Nel complesso, in Europa poche persone entrano in trattamento per problemi legati al consumo di nuove sostanze psicoattive; in alcuni paesi queste sostanze sono tuttavia significative. Nei dati più recenti il consumo di cannabinoidi sintetici è stato segnalato come motivo principale per il ricorso a servizi di trattamento specialistico della tossicodipendenza dal 19 % degli utenti in Turchia e dal 6 % in Ungheria; problemi correlati al consumo primario di catinoni sintetici sono stati citati dallo 0,2 % dei consumatori entrati in trattamento nel Regno Unito. Negli ultimi dati, tuttavia, tutti e tre i paesi hanno segnalato una recente diminuzione del numero di persone entrate in trattamento per il consumo di nuove sostanze psicoattive.



FIGURA 2.12

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



### Consumo ad alto rischio di oppiacei: nella maggior parte dei paesi i primi accessi ai servizi per eroina diminuiscono

L'oppioceio illegale più consumato in Europa è l'eroina, che si può fumare o assumere per via endonasale o parenterale. Tra le sostanze d'abuso figurano anche vari oppiacei sintetici come il metadone, la buprenorfina e il fentanil.

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 progressivamente più vecchia di consumatori di oppiacei ad alto rischio, che sono stati in contatto regolarmente o sporadicamente con i servizi che offrono trattamenti farmacologici sostitutivi o altri servizi.

La prevalenza del consumo ad alto rischio di oppiacei tra gli adulti (15-64 anni) nel 2017 è stimata allo 0,4 % della popolazione dell'UE, l'equivalente di 1,3 milioni di consumatori ad alto rischio di oppiacei. 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. I tre quarti (77 %) del numero stimato di consumatori ad alto rischio di oppiacei sono riconducibili ai cinque paesi più popolosi dell'Unione europea, che rappresentano il

62 % della sua popolazione (Germania, Spagna, Francia, Italia, Regno Unito). Dei 12 paesi che hanno prodotto stime regolari del consumo ad alto rischio di oppiacei tra il 2008 e il 2017, la Grecia, Malta, la Slovenia e la Spagna mostrano un calo statisticamente significativo, mentre la Cechia e l'Irlanda (fino al 2014) mostrano un aumento statisticamente significativo (figura 2.12).



Nel 2017 l'uso di oppiacei è stato segnalato come motivo principale per il ricorso a servizi di trattamento specialistico della tossicodipendenza da 171 000 utenti, pari al 35 % degli utenti totali in carico a tali servizi in Europa. Di questi, 32 000 erano entrati in trattamento per la prima volta. Gli utilizzatori primari di eroina rappresentavano il 78 % (20 500 persone) degli utilizzatori primari di oppiacei presi in carico da servizi di trattamento specialistico per la prima volta, in calo del 17 % (4 700 utenti) rispetto all'anno precedente.

Secondo i dati tendenziali disponibili, il numero di eroinomani entrati in trattamento per la prima volta si è più che dimezzato dopo aver toccato l'apice nel 2007 ed essere sceso al minimo nel 2013 per poi stabilizzarsi negli ultimi anni. Tra il 2016 e il 2017 il numero di consumatori entrati in trattamento per la prima volta per uso primario di eroina è sceso in 16 dei 27 paesi in cui sono disponibili dati.

### Oppiacei sintetici: sostanze diverse osservate in tutta Europa

Se l'eroina resta l'oppiaceo illecito più usato, varie fonti suggeriscono un abuso crescente di oppiacei sintetici legali (quali metadone, buprenorfina e fentanil). Tra gli oppiacei diversi dall'eroina segnalati dagli utenti in carico a servizi di

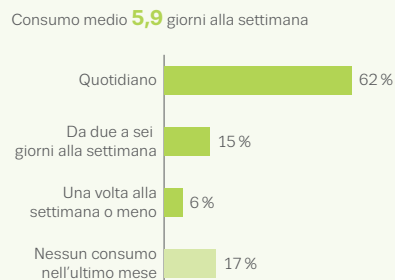
trattamento specialistico figurano metadone, buprenorfina, fentanil, codeina, morfina, tramadolo e ossicodone usati come droghe d'abuso. Tali oppiacei sono riconducibili attualmente al 22 % di tutti gli utenti in carico per oppiacei come sostanza primaria e, in alcuni paesi, gli oppiacei diversi dall'eroina rappresentano la forma più comune di uso di oppiacei tra gli utenti dei servizi di trattamento specialistico. Nel 2017, 19 paesi europei hanno segnalato che oltre il 10 % di tutti i consumatori di oppiacei presi in carico da servizi specialistici è entrato in trattamento per problemi correlati principalmente a oppiacei diversi dell'eroina (figura 2.13). In Estonia, per esempio, la maggior parte delle persone entrate in trattamento che hanno segnalato un oppiaceo come droga primaria faceva uso di fentanil, mentre in Finlandia la buprenorfina è stata indicata come l'oppiaceo più consumato in quanto droga primaria. L'abuso di buprenorfina è segnalato da circa il 22 % degli utenti in carico per oppiacei in Cechia e l'abuso di metadone dal 33 % degli utenti in carico per oppiacei in Germania e dal 19 % in Danimarca. A Cipro e in Polonia, tra il 20 % e il 50 % dei consumatori di oppiacei entra in trattamento per problemi legati al consumo di altri oppiacei, come ossicodone (Cipro) e «kompot», ossia eroina a base di paglia di papavero (Polonia). Inoltre, i consumatori che entrano in trattamento per problemi legati all'uso di nuove sostanze psicoattive con effetti simili a quelli degli oppiacei possono essere classificati sotto la voce generica «oppiacei».

## CONSUMATORI DI EROINA IN TRATTAMENTO

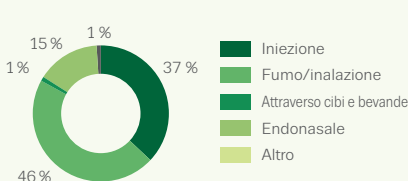
### Caratteristiche



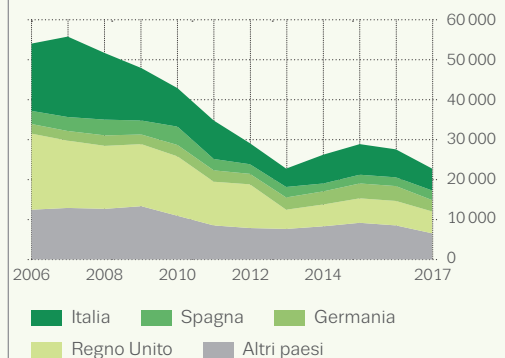
### Frequenza di consumo nell'ultimo mese



### Via di somministrazione



### Tendenze relative agli utenti trattati per la prima volta

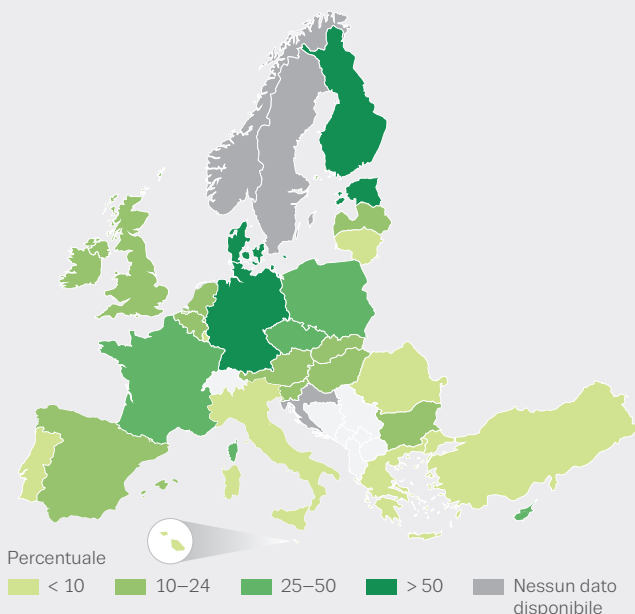
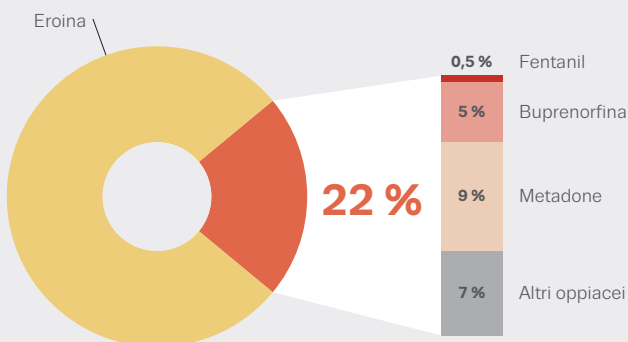


NB: tranne le tendenze, i dati riguardano tutti gli utenti in carico per i quali l'eroina è la droga primaria. I dati della Germania riguardano utenti per i quali gli «oppiacei» sono la droga primaria. Le tendenze relative agli utenti trattati per la prima volta si basano su 24 paesi. Solo i paesi che dispongono di dati per almeno 11 dei 12 anni considerati sono inclusi nel grafico delle tendenze. I valori mancanti sono interpolati da anni adiacenti. A causa di cambiamenti nel flusso dei dati a livello nazionale, i dati a partire dal 2014 riferiti all'Italia non sono confrontabili con gli anni precedenti. A causa di modifiche del sistema di comunicazione, i totali del 2017 riferiti alla Germania sono stime basate sui dati del 2016.



FIGURA 2.13

Utenti in carico ai servizi di trattamento che indicano oppiacei come droga primaria: per tipo di oppiaceo (a sinistra) e percentuale che indica oppiacei diversi dall'eroina (a destra)



**L'assunzione di stupefacenti per via parenterale continua a diminuire tra i nuovi utenti dei servizi di trattamento specialistico presi in carico per eroina**

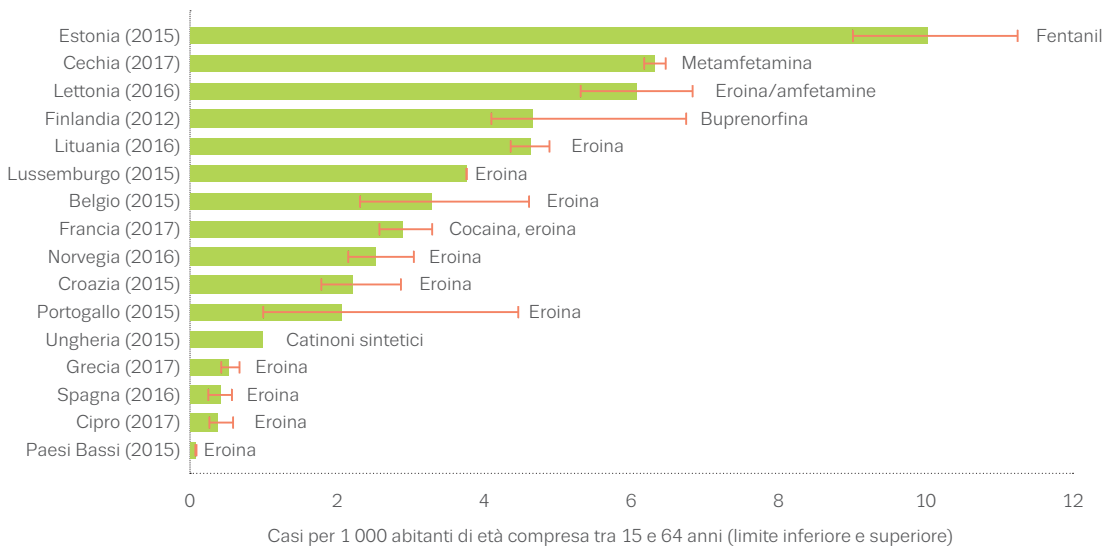
L'assunzione per via parenterale riguarda principalmente gli oppiacei, benché in alcuni paesi il consumo per via parenterale di stimolanti come le amfetamine o la cocaina sia anch'esso comune.

Solo 16 paesi dispongono di stime sulla prevalenza del consumo di stupefacenti per via parenterale dal 2012; i dati variano da meno di uno a più di 10 casi per 1 000 abitanti di età compresa fra i 15 e i 64 anni. Nella maggior parte di questi paesi il principale stupefacente assunto per via parenterale può essere individuato chiaramente; in alcuni paesi, tuttavia, due stupefacenti presentano elevati e analoghi di consumo. Gli oppiacei sono segnalati come il principale stupefacente assunto per via parenterale nella maggior parte (14) dei paesi (figura 2.14). L'eroina è indicata in 12 di questi paesi, mentre la buprenorfina è indicata in Finlandia e il fentanil in Estonia. Gli stimolanti sono segnalati come principali sostanze stupefacenti assunte per via parenterale in quattro paesi, in cui le sostanze utilizzate comprendono i catinoni sintetici (Ungheria), la cocaina (Francia), l'amfetamina (Lettonia) e la metamfetamina (Cechia).

**L'assunzione per via parenterale riguarda principalmente gli oppiacei**

FIGURA 2.14

Consumo di droga per via parenterale: stime più recenti della prevalenza dell'uso iniettivo di qualunque droga nell'ultimo anno e droga principale assunta per via parenterale

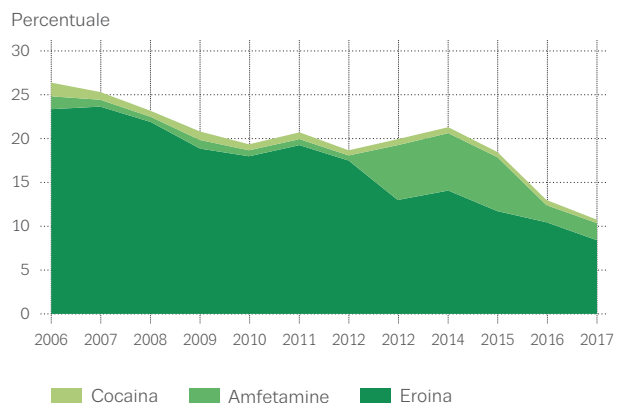


Tra i consumatori che sono entrati in trattamento specialistico per la prima volta nel 2017 e hanno segnalato l'eroina come droga primaria, il 25 % ha indicato la via parenterale come modalità principale di assunzione, contro il 43 % del 2006. All'interno di questo gruppo i livelli di assunzione per via parenterale variano a seconda del paese, dall'8 % in Spagna al 90 % o più in Lettonia. La via parenterale è segnalata come la modalità principale di assunzione da meno dell'1 % dei cocainomani entrati in trattamento per la prima volta e dal 9 % degli utilizzatori primari di amfetamine entrati in trattamento per la prima volta. Il quadro generale per le amfetamine, tuttavia, è influenzato dalla Cechia, dove è concentrato oltre il 50 % dei nuovi utenti in carico per uso di amfetamine per via parenterale in Europa. Se si considerano insieme le tre principali sostanze stupefacenti assunte per via parenterale dai consumatori entrati in trattamento per la prima volta in Europa, si osserva un calo (dal 26 % nel 2006 all'11 % nel 2017) di questa via come modalità principale di assunzione (figura 2.15).

Pur non trattandosi di un fenomeno diffuso, l'assunzione per via parenterale di catinoni sintetici continua a essere segnalata in popolazioni specifiche, tra cui i consumatori di oppiacei per via parenterale e gli utenti in carico a servizi di trattamento in alcuni paesi, nonché gli utilizzatori che partecipano a programmi di ritiro di aghi usati e distribuzione di aghi sterili in Ungheria. 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. Questa modalità viene segnalata nella maggior parte dei casi nel contesto di feste in cui uomini hanno rapporti sessuali con altri uomini.

FIGURA 2.15

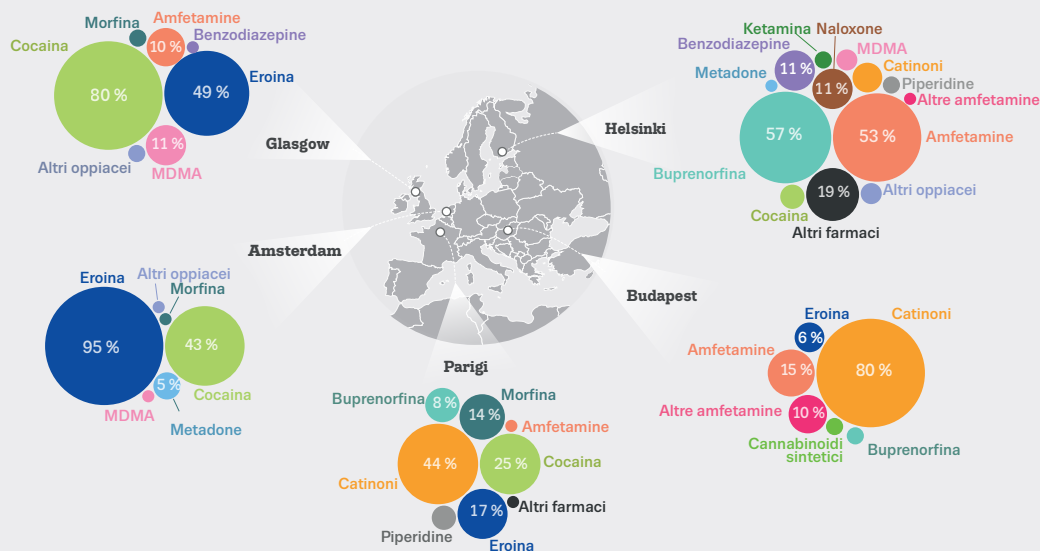
Uso iniettivo tra gli utenti trattati per la prima volta con eroina, cocaina o amfetamine come droga primaria: percentuale che indica la via parenterale come via di assunzione principale



NB: le tendenze si basano sui 21 paesi che dispongono di dati per almeno nove degli 11 anni considerati.

FIGURA 2.16

Residui di droga nelle siringhe usate in alcune città europee



NB: l'area del cerchio è proporzionale alla percentuale di siringhe in ogni luogo in cui è stata rinvenuta la sostanza. In un'unica siringa possono essere rinvenute più sostanze. Studio condotto nel 2017.  
 Fonte: Rete ESCAPE (Iniziativa per il progetto europeo di raccolta e analisi di siringhe).

**Informazioni ricavate dai dati sui residui delle siringhe: spesso rinvenuti stimolanti**

I dati ricavati dalle stime relative al trattamento della tossicodipendenza e al consumo ad alto rischio di droghe possono essere integrati con i risultati della rete European Syringe Collection and Analysis Project Enterprise (Iniziativa per il progetto europeo di raccolta e analisi di siringhe, ESCAPE), che raccoglie informazioni sulle sostanze iniettate analizzando il contenuto residuo di siringhe usate. Le siringhe analizzate provengono dai contenitori di raccolta di distributori automatici di kit per iniezione e da servizi di riduzione del danno in una rete di cinque città sentinella dell'UE nel 2017 (Amsterdam, Budapest, Glasgow, Helsinki e Parigi). Il contenuto di 1 288 siringhe usate è stato analizzato in cinque laboratori.

I risultati indicano che le sostanze iniettate variano tra le città e al loro interno (figura 2.16). Una percentuale elevata di siringhe in tutte e cinque le città conteneva stimolanti e in molti casi sono stati rinvenuti residui di cocaina, amfetamine e catinoni. La metà delle siringhe analizzate conteneva due o più stupefacenti; la combinazione più frequente era costituita da una miscela di uno stimolante e un oppiaceo. Le benzodiazepine, quando sono state rinvenute, erano spesso in miscela con oppiacei.

**La metà delle siringhe analizzate conteneva due o più stupefacenti**

## MAGGIORI INFORMAZIONI

### Publicazioni dell'EMCDDA

#### 2019

Country Drug Reports 2019.

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

Drugs in syringes from six European cities: results from the ESCAPE project, Rapid communications.

#### 2018

Medical use of cannabis and cannabinoids: questions and answers for policymaking, Rapid communications.

Trendspotter manual: a handbook for the rapid assessment of emerging drug-related trends, Manuals.

Cannabis and driving: questions and answers for policymaking, Rapid communications.

Monitoring drug use in recreational settings across Europe: conceptual challenges and methodological innovations, Technical reports.

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

#### 2017

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

#### 2016

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

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

#### 2015

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

Drug use, impaired driving and traffic accidents, Insights.

Injection of synthetic cathinones, Perspectives on Drugs.

#### 2014

Exploring methamphetamine trends in Europe, EMCDDA Papers.

#### 2013

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

### Publicazioni 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 all'impatto globale delle malattie, 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 all'origine di gran parte della morbilità e mortalità associate al consumo di droga. Il consumo di stupefacenti per via parenterale accresce i rischi. Per quanto riguarda la cannabis, sebbene i problemi di salute connessi al suo consumo siano chiaramente inferiori, l'elevata prevalenza dell'uso di questa sostanza può comunque avere implicazioni per la salute pubblica. La variabilità del contenuto e della purezza delle sostanze oggi a disposizione dei consumatori aumenta i danni potenziali,

creando uno scenario complesso per le risposte ai problemi droga-correlati.

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

L'EMCDDA riceve le informazioni sulle risposte sociosanitarie al consumo di sostanze stupefacenti, nonché sulle strategie e sulla spesa pubblica in materia di droga, dai punti focali nazionali Reitox e da 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. Questo capitolo contiene anche informazioni derivanti dall'analisi dei dati scientifici relativi all'efficacia degli interventi di sanità pubblica. Altre informazioni sono reperibili sul sito dell'EMCDDA alla pagina *Health and social responses to drug problems: a European guide* (Risposte sanitarie e sociali ai problemi connessi alla droga: una guida europea) 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 sugli accessi ospedalieri riconducibili a problemi acuti dovuti al consumo di sostanze stupefacenti oltre che da dati provenienti dal sistema di allerta precoce dell'UE, che monitora i danni associati all'assunzione di nuove sostanze psicoattive. Ulteriori informazioni sono disponibili online alla pagina *Key epidemiological indicators* (indicatori epidemiologici chiave), nel bollettino statistico e alla pagina *Action on new drugs* (azione nel campo delle nuove droghe).

La definizione e l'offerta di risposte efficaci e basate su evidenze scientifiche ai problemi associati alle sostanze stupefacenti è un aspetto centrale per le politiche europee in materia di droghe e implica tutta una serie di misure. Gli approcci che puntano alla prevenzione e all'intervento precoce si prefiggono 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 principale nei confronti della dipendenza. Alcuni interventi chiave, come il trattamento farmacologico sostitutivo per la dipendenza da oppiacei e i programmi di distribuzione 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. Con il modificarsi dei problemi droga-correlati, occorre sviluppare e valutare nuovi approcci, alcuni dei quali sono discussi di seguito.

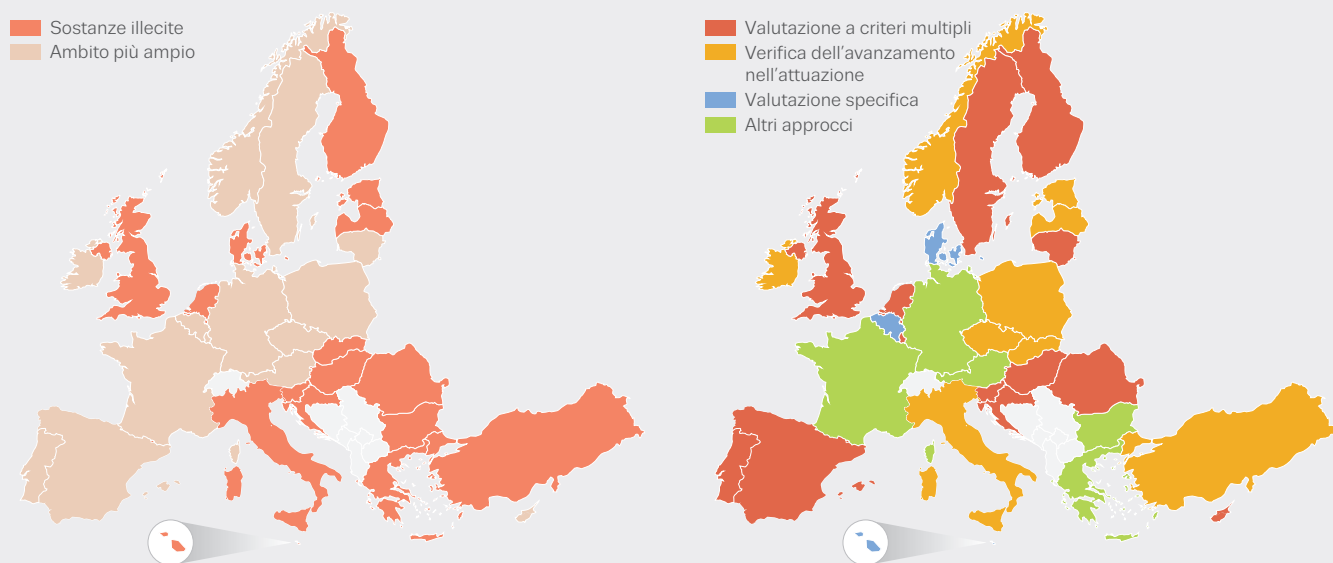
### Strategie in materia di droga: approcci alla valutazione

Quasi la metà dei 30 paesi controllati dall'EMCDDA ha adottato strategie nazionali in materia di droga che, oltre alle sostanze illecite, prevedono diverse combinazioni di problemi basati sulle sostanze e di dipendenza

comportamentale. Questi strumenti di pianificazione sono utilizzati dai governi per elaborare il loro approccio generale e le risposte specifiche nei confronti dei diversi aspetti sanitari, sociali e relativi alla sicurezza dei problemi connessi alle droghe. In Danimarca la politica nazionale in materia di droga si esprime attraverso una serie di documenti strategici, atti legislativi e interventi concreti; tutti gli altri paesi, invece, hanno un documento strategico nazionale dedicato a questa problematica. In 14 paesi la politica segue un approccio più ampio, prestando attenzione anche ad altre sostanze che creano dipendenza e altri comportamenti (figura 3.1). Inoltre, nel Regno Unito le amministrazioni decentrate di Scozia, Galles e Irlanda del Nord hanno documenti strategici di ampio respiro che, se inclusi, portano a 17 il numero totale delle strategie più ampie di lotta alle sostanze illecite. Questi documenti riguardano generalmente le droghe e presentano differenze nel modo in cui trattano altre sostanze e dipendenze. Tutti i documenti si occupano del problema dell'alcol; 10 prendono in considerazione il tabacco, nove i farmaci e otto anche altri comportamenti che generano dipendenza, come il gioco d'azzardo. Qualunque sia l'ambito di interesse, tutte le strategie nazionali sostengono esplicitamente l'approccio equilibrato alla politica in materia di droga formulato nella strategia (2013-20) e nel piano d'azione (2017-20) dell'UE, in cui si sottolinea l'importanza di ridurre sia la domanda che

FIGURA 3.1

Ambito di interesse dei documenti nazionali strategici in materia di droga (a sinistra) e metodo di valutazione (a destra) nel 2018



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 sostanze illecite, Scozia, Galles e Irlanda del Nord hanno documenti strategici di più ampio respiro che contemplano anche l'alcol.



l'offerta di stupefacenti. Questo ampliamento della portata delle strategie comporta la possibilità di raggiungere un approccio più integrato nel settore della sanità pubblica, ma anche difficoltà in termini di coordinamento dell'attuazione, del monitoraggio e della valutazione.

Tutti i paesi europei valutano le proprie strategie nazionali in materia di droga, anche se lo fanno attraverso metodi diversi. 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 2018 è stato segnalato lo svolgimento in tempi recenti di 13 valutazioni a criteri multipli, nove verifiche dell'avanzamento nell'attuazione e tre valutazioni specifiche, mentre cinque paesi hanno adottato approcci differenti, tra cui un misto di valutazioni degli indicatori e progetti di ricerca (cfr. figura 3.1). La tendenza all'uso di strategie mirate di più ampio respiro trova riscontro in misura crescente nell'uso di valutazioni aventi un ambito di interesse ugualmente più ampio. Attualmente, Francia, Lussemburgo, Svezia e Norvegia hanno pubblicato valutazioni su strategie mirate di più ampio respiro.

### Prevenzione dell'uso di sostanze: approcci ambientali

La prevenzione del consumo di stupefacenti e dei problemi droga-correlati tra i giovani è un obiettivo chiave delle strategie nazionali in materia di droga in Europa e include 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 sviluppare problemi di tossicodipendenza, mentre la prevenzione «mirata» è rivolta agli individui a rischio.

Il «modello islandese» di prevenzione, che comporta l'applicazione coerente di una combinazione di principi di prevenzione efficaci a livello di popolazione, ha recentemente suscitato grande interesse a livello internazionale. L'approccio prevede una vigilanza sul tempo libero dopo la scuola con accesso universale ad attività sportive e culturali per i giovani, nonché il controllo da parte della famiglia e un coprifuoco per i giovani di età inferiore ai 18 anni. In Europa il modello islandese è stato adottato in alcuni comuni in Spagna, Paesi Bassi e Romania. Sarà necessaria un'ulteriore valutazione per chiarire se il calo significativo dell'uso di sostanze osservato in Islanda nell'ultimo decennio, che rispecchia il calo dell'uso di sostanze tra gli adolescenti in alcuni altri paesi europei, sia legato soprattutto alla strategia di prevenzione adottata dal paese e alla sua politica in materia di alcol o se altri fattori siano importanti.

Il modello islandese si basa su un approccio di prevenzione ambientale, fondato sull'idea che sia possibile modificare comportamenti indesiderati intervenendo su aspetti fisici, economici e normativi dell'ambiente che creano o riducono le possibilità che tali comportamenti si verifichino. Ciò, a sua volta, può portare a una diminuzione della loro accettabilità, normalità e visibilità. Le misure possono includere la regolamentazione della disponibilità e dei prezzi delle sostanze, la riduzione delle porzioni delle bevande alcoliche servite e la riduzione della densità dei punti vendita.

I principi di prevenzione ambientale sono al centro anche del «gioco della buona condotta», un programma basato su un manuale per i bambini della scuola primaria, che in alcuni studi ha dimostrato di produrre effetti positivi. Il gioco si propone di ridurre i comportamenti a rischio utilizzando incentivi comportamentali a livello di gruppo per rinforzare norme e regole positive. A livello più generale, il cambiamento di status e la riduzione del fumo di sigaretta in molti paesi dell'UE sono probabilmente un esempio di approccio di prevenzione ambientale messo in pratica.

La formazione professionale appare importante per l'introduzione efficace di approcci incentrati sulla prevenzione. Una recente iniziativa ha visto l'avvio di un programma di studi europeo per la prevenzione universale basato su prove e norme internazionali e destinato ai decisori e agli opinion-maker a livello regionale o locale. Nel 2018 il programma di studi è stato adottato a vari livelli in un terzo degli Stati membri dell'UE.

**Tutti i paesi europei valutano  
le loro strategie nazionali  
in materia di droga**

## FIGURA 3.2

Ventaglio delle app «m-health» in base ai loro obiettivi primari



### Risposta al consumo di droga: nuove tecnologie

Gli interventi per la prevenzione e il trattamento del consumo di droga sono in costante evoluzione e l'uso di soluzioni digitali innovative, comprese le tecnologie informatiche, è in aumento. Gli interventi digitali («app») possono utilizzare una serie di dispositivi diversi, dai computer desktop ai dispositivi mobili e, in misura sempre maggiore, agli smartphone. Le app per la salute destinate a dispositivi mobili («m-health») sono utilizzate per molti scopi diversi, ad esempio per la prevenzione, la riduzione del danno, il coinvolgimento digitale sui social media, il monitoraggio e la supervisione dei pazienti e l'erogazione di cure (figura 3.2). Alcune app forniscono assistenza pratica, tra cui glossari, informazioni e consulenza sulle droghe. Un esempio innovativo è l'uso della geolocalizzazione per aiutare i consumatori di droga per via parenterale a trovare punti in cui depositare aghi e siringhe usati e ritirarne di nuovi. Altre app utilizzano anche tecniche di prevenzione efficaci, ad esempio approcci basati sulle norme sociali, e mirano a scalfare le convinzioni errate sull'uso di droghe nei gruppi di pari. Sebbene le app m-health disponibili al pubblico siano ormai numerose, uno studio recente dell'EMCDDA ha riscontrato che solo poche sono state valutate dal punto di vista scientifico, mancano norme di qualità e la protezione dei dati suscita preoccupazioni.

L'applicazione della tecnologia della realtà virtuale è allo studio anche come mezzo per la somministrazione della terapia espositiva. Usando occhiali per la realtà virtuale, si creano ambienti realistici e immersivi legati all'uso di droghe che inducono craving e i pazienti vengono «allenati» ad affrontare tali sensazioni.

### Trattamento della tossicodipendenza: i servizi sono prevalentemente ambulatoriali

Il trattamento della tossicodipendenza rimane l'intervento primario utilizzato per chi ha problemi droga-correlati, compresa la dipendenza. Un obiettivo politico

fondamentale è quindi garantire un accesso adeguato ai servizi di trattamento appropriati.

In Europa il trattamento della tossicodipendenza avviene per lo più in strutture ambulatoriali e i consumatori di stupefacenti sono presi in carico soprattutto da centri specialistici (figura 3.3). I centri a bassa soglia costituiscono il secondo più grande erogatore, seguiti dalle strutture sanitarie di base e dai centri di salute mentale generale. Tra questi ultimi figurano gli studi di medici generici, che in alcuni grandi paesi, come Francia e Germania, svolgono un ruolo chiave nella prescrizione di trattamenti farmacologici sostitutivi per la dipendenza da oppiacei. Altrove, come in Polonia e in Slovenia, i centri ambulatoriali di salute mentale sono importanti erogatori di servizi di cura.

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

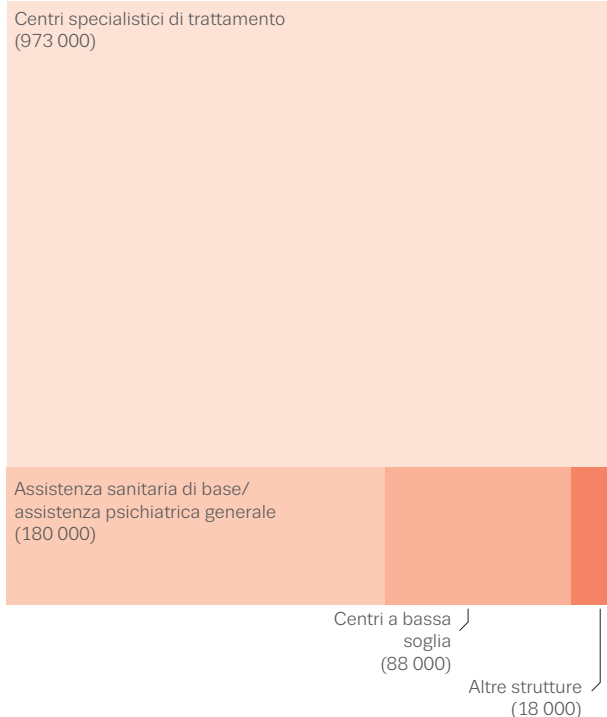
### Trattamento della tossicodipendenza: l'accesso spontaneo è il più comune

Si stima che nel 2017 le persone in carico ai servizi di trattamento per problemi droga-correlati nell'Unione europea siano state 1,2 milioni (1,5 milioni contando anche Norvegia e Turchia). L'accesso spontaneo continua a essere la modalità più comune di presa in carico nei servizi specialistici. Questa modalità, che comprende anche l'accesso su consiglio di familiari o amici, ha interessato quasi la metà (54 %) delle persone prese in carico da servizi specialistici in Europa nel 2017. Circa il 17 % dell'utenza è stato inviato a tali servizi dal sistema di giustizia penale e il 15 % su iniziativa dei servizi sanitari, educativi e sociali, compresi altri centri per il trattamento

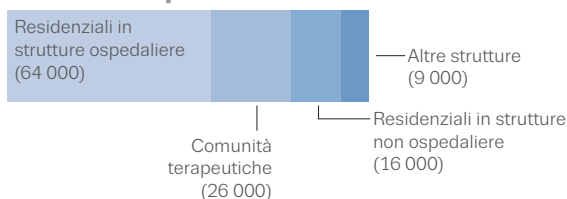
FIGURA 3.3

Numero di utenti in carico ai servizi per la tossicodipendenza in Europa nel 2017, per struttura

**Centri ambulatoriali**



**Strutture ospedaliere**



**Carceri**

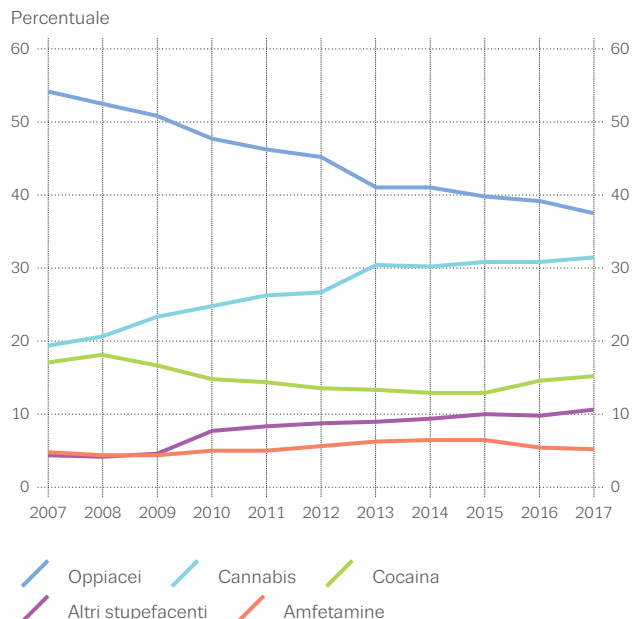


della tossicodipendenza. In alcuni paesi esistono programmi volti a indirizzare i responsabili di reati droga-correlati verso programmi di trattamento della tossicodipendenza, sottraendoli ai procedimenti penali. L'accesso con tali modalità può avvenire in seguito a un'ordinanza del tribunale che prevede il trattamento o la sospensione condizionale della pena detentiva subordinata al trattamento.

Nel 2017, tra i paesi con più di 100 persone inviate al trattamento dal sistema della giustizia penale, la percentuale di consumatori entrati in trattamento con questa modalità va da meno del 5% in Cechia, Grecia, Paesi Bassi e Polonia a circa il 70% in Ungheria. Nel complesso, gli utilizzatori primari di cannabis sono quelli che con più probabilità vengono inviati al trattamento dal

FIGURA 3.4

Tendenze nella percentuale di utenti in carico ai servizi specialistici per la tossicodipendenza, in base alla droga primaria

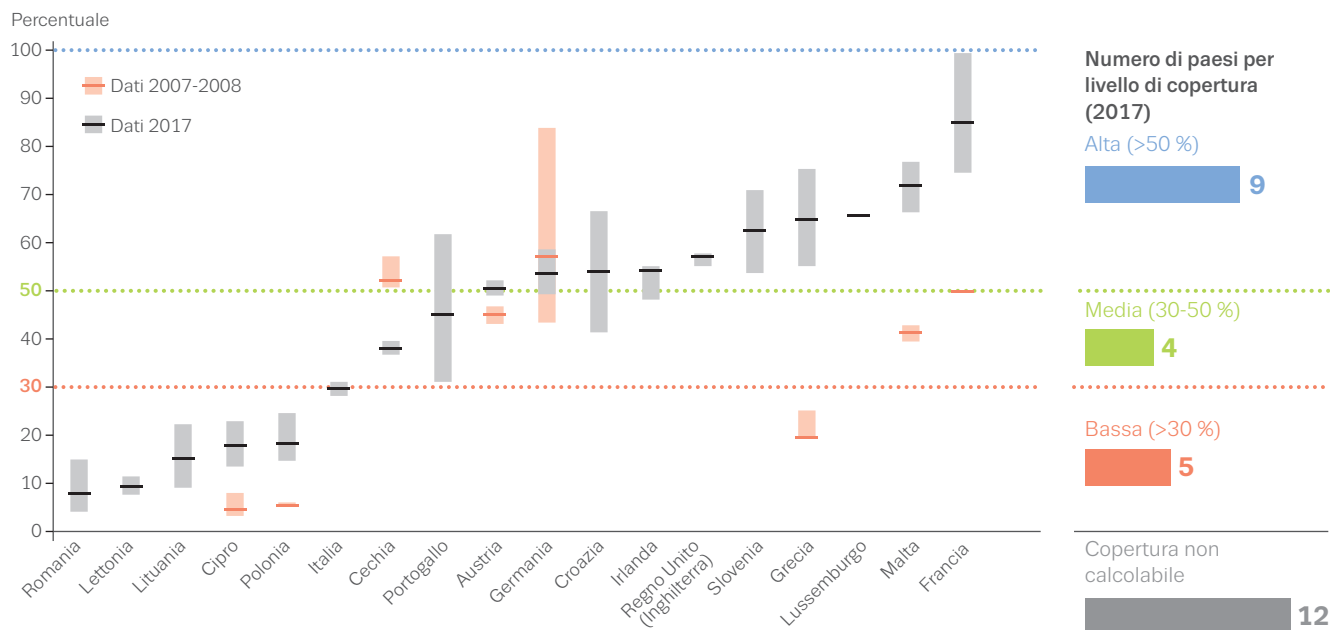


sistema di giustizia penale, mentre gli utilizzatori primari di oppiacei sono quelli che con meno probabilità vengono inviati a tali servizi.

Per gli utenti i percorsi di trattamento della tossicodipendenza sono spesso caratterizzati dal ricorso a servizi diversi, ripetute prese in carico e una durata variabile della permanenza in trattamento. I consumatori di oppiacei rappresentano il gruppo più consistente in carico ai servizi di trattamento specialistici e assorbono la maggior parte delle risorse disponibili, prevalentemente sotto forma di trattamento farmacologico sostitutivo. I consumatori di cannabis e cocaina costituiscono il secondo e il terzo gruppo più ampio che accede ai servizi di trattamento (figura 3.4). I servizi offerti a questi utenti sono spesso più diversificati, ma solitamente si basano su interventi psicosociali di vario tipo. Maggiori informazioni sui percorsi di trattamento sono fornite dai risultati di un'analisi condotta tra il 2014 e il 2017 sui dati relativi al trattamento specialistico provenienti da 10 paesi europei. Dei 300 000 utenti segnalati in trattamento in questi paesi, oltre la metà erano in trattamento continuativo da più di un anno, molti per problemi correlati all'uso di oppiacei, in particolare eroina; i rimanenti erano entrati in trattamento nel corso dell'ultimo anno. Di questi, il 16% era stato preso in carico per la prima volta nella vita, mentre il 28% era tornato in trattamento, dopo aver ricevuto un trattamento in un anno precedente. Questi dati riflettono la natura ricorrente e a lungo termine di molti problemi droga-correlati.

FIGURA 3.5

Copertura del trattamento sostitutivo per la dipendenza da oppiacei (percentuale dei consumatori ad alto rischio di oppiacei stimati in carico nel 2017 o nell'anno più recente e nel 2007-2008)



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

### Trattamento farmacologico sostitutivo degli oppiacei: livelli di copertura diversi

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

Si stima che 654 000 consumatori di oppiacei abbiano fatto ricorso al trattamento farmacologico sostitutivo nell'Unione europea nel 2017 (662 000 se si include la Norvegia). Dopo un calo continuo tra il 2010 e il 2015, nel 2017 il totale dell'UE è cresciuto del 4 % rispetto all'anno precedente. Tra il 2015 e il 2017 è stato registrato un aumento in 17 paesi, tra cui Svezia (21 %), Romania (21 %) e Italia (16 %), mentre un calo è stato segnalato di recente in nove paesi, tra cui Lituania (18 %) e Cipro (17 %).

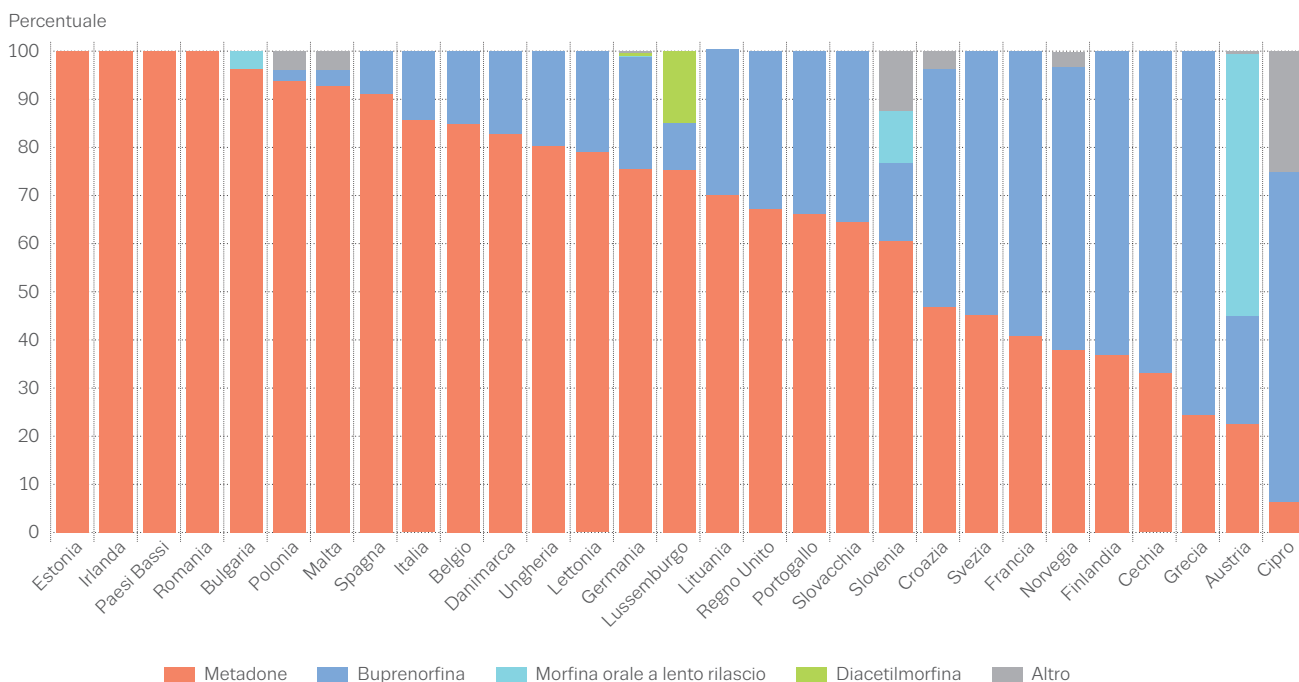
Un confronto con le stime attuali del numero di consumatori ad alto rischio di oppiacei in Europa fa ritenere che nel complesso circa la metà stia seguendo una terapia sostitutiva; non mancano tuttavia differenze nella copertura tra i vari paesi (figura 3.5) e alcuni paesi rimangono al di sotto dei livelli raccomandati. Nel complesso, nei paesi in cui sono disponibili per confronto

i dati del 2007 o del 2008, si è registrato in generale un aumento della copertura.

Il metadone è il farmaco sostitutivo più prescritto ed è assunto da quasi due terzi (63 %) degli utenti dei servizi di trattamento in terapia sostitutiva in Europa. Un ulteriore 34 % dei consumatori 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 la diacetilmorfina (eroina), sono prescritte più raramente e vengono assunte dal 3 % degli utenti in terapia sostitutiva in Europa. La coorte europea di utenti in terapia sostitutiva sta invecchiando: la maggior parte ha ormai più di 40 anni e solitamente riceve il trattamento da più di due anni. Trattamenti alternativi per consumatori di oppiacei sono disponibili in tutti i paesi europei ma sono meno utilizzati. Negli 11 paesi per i quali sono disponibili dati, una percentuale compresa tra il 2 % e il 17 % di tutti i consumatori di oppiacei in carico ai servizi specialistici riceve un trattamento che non prevede l'assunzione di farmaci sostitutivi.

FIGURA 3.6

Percentuale di utenti che ricevono diversi tipi di farmaci sostitutivi degli oppiacei dietro prescrizione nei paesi europei



NB: nei Paesi Bassi, a circa il 10 % degli utenti che ricevono metadone viene prescritta anche diacetilmorfina. In Finlandia la buprenorfina viene prescritta da sola o in combinazione con naloxone. I dati del Regno Unito si riferiscono esclusivamente al Galles.

UTENTI IN TERAPIA SOSTITUTIVA PER LA DIPENDENZA DA OPIACEI

Popolazione

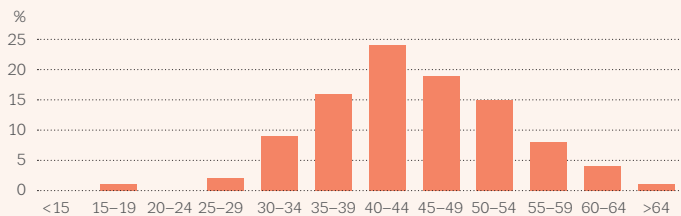
654 000 UE

662 000 UE + Norvegia

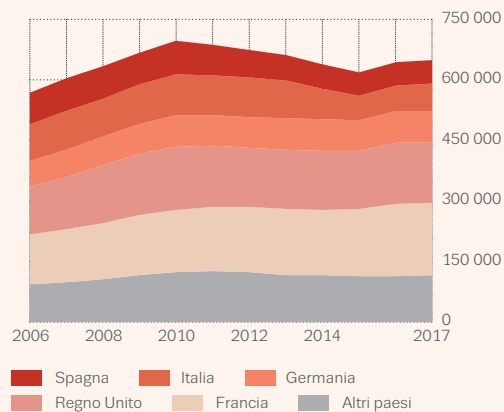
25% 75%



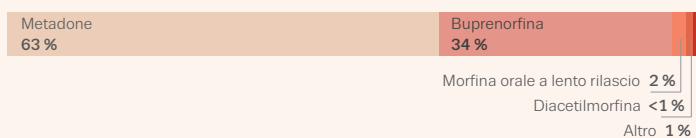
Distribuzione per età



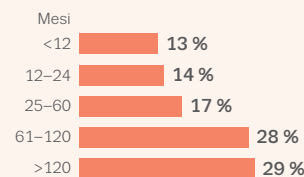
Tendenze nel numero di utenti in terapia sostitutiva



Tipo di farmaco



Durata del trattamento



NB: solo i paesi che dispongono di dati per almeno otto degli 11 anni considerati sono inclusi nel grafico delle tendenze. I valori mancanti sono interpolati da anni adiacenti.

FIGURA 3.7

**Affrontare i problemi correlati alle droghe: meccanismi di spesa e di attuazione**

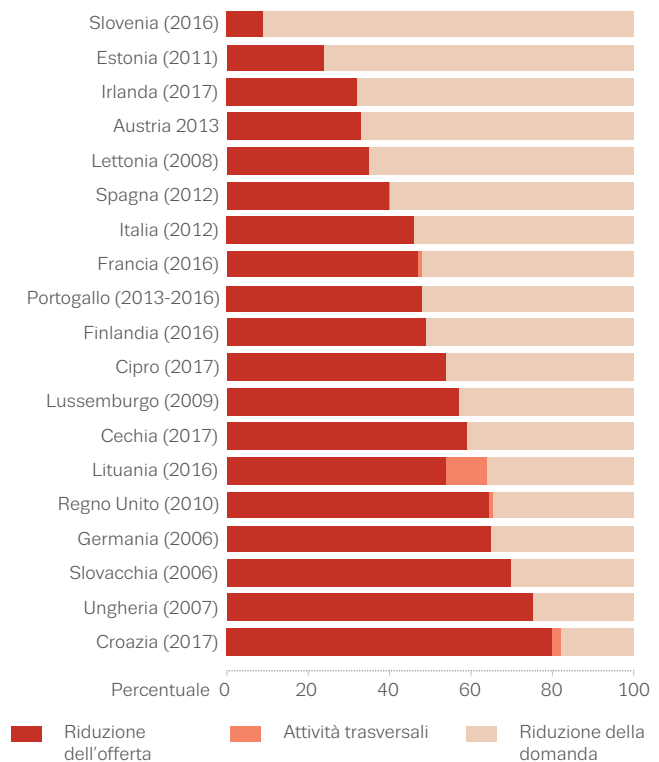
Comprendere i costi degli interventi effettuati nel settore degli stupefacenti è importante per l'elaborazione e la valutazione delle politiche. Le informazioni disponibili sulla spesa pubblica in materia di droga in Europa, a livello locale e nazionale, restano tuttavia limitate ed eterogenee. Nell'ultimo decennio 26 paesi hanno prodotto stime della spesa pubblica relativa alla droga. Tali stime variano dallo 0,01 % allo 0,5 % del prodotto interno lordo (PIL); circa la metà è compresa tra lo 0,05 % e lo 0,2 % del PIL.

Tra il 2006 e il 2017, 19 paesi hanno prodotto una stima della spesa per iniziative di riduzione della domanda espressa come percentuale della spesa complessiva droga-correlata. Tali stime variano notevolmente da un paese all'altro e sono comprese tra il 8 % e l'80 % (figura 3.7). Nei casi in cui è nota, la spesa per il trattamento della tossicodipendenza rappresenta una parte considerevole della spesa stimata per la riduzione della domanda.

Per attuare con successo i programmi è necessario focalizzarsi, tra l'altro, sui costi, sulle norme e sulla formazione. L'analisi del rapporto costo/efficacia dei trattamenti può contribuire a ottimizzare l'assegnazione delle risorse finanziarie. Nonostante i costi dei trattamenti ambulatoriali e i costi di prescrizione legati alla farmacoterapia per la dipendenza da oppiacei, tale trattamento comporta costi sanitari totali inferiori. Chi riceve questo trattamento ricorre infatti meno frequentemente a servizi di costo elevato come le cure di emergenza e le cure ospedaliere.

Una recente indagine dell'EMCDDA ha rilevato che almeno l'80 % dei paesi che hanno presentato informazioni ha pubblicato orientamenti per sostenere l'attuazione di pratiche di riduzione della domanda e il 60 % segnala l'uso di norme di qualità. Sistemi di accreditamento che subordinano l'autorizzazione all'erogazione di servizi nell'ambito di regimi finanziati con fondi pubblici all'applicazione di norme di qualità sono segnalati dal 70 % dei paesi. La maggior parte dei paesi segnala inoltre la disponibilità di misure di formazione per gli operatori (80 %). Meno comunemente vengono segnalati registri o inventari e programmi basati sulle evidenze o sulle buone pratiche, che comunque esistono in un quarto dei paesi. Uno sviluppo positivo rispetto agli anni passati è l'aumento significativo dei paesi che segnalano di aver pubblicato linee guida e norme di intervento e di aver istituito sistemi di accreditamento di qualche tipo per l'erogazione dei servizi. Nel complesso, le opportunità di formazione per gli operatori del settore della droga

**Spesa pubblica connessa alla droga: ripartizione stimata tra riduzione della domanda e riduzione dell'offerta**

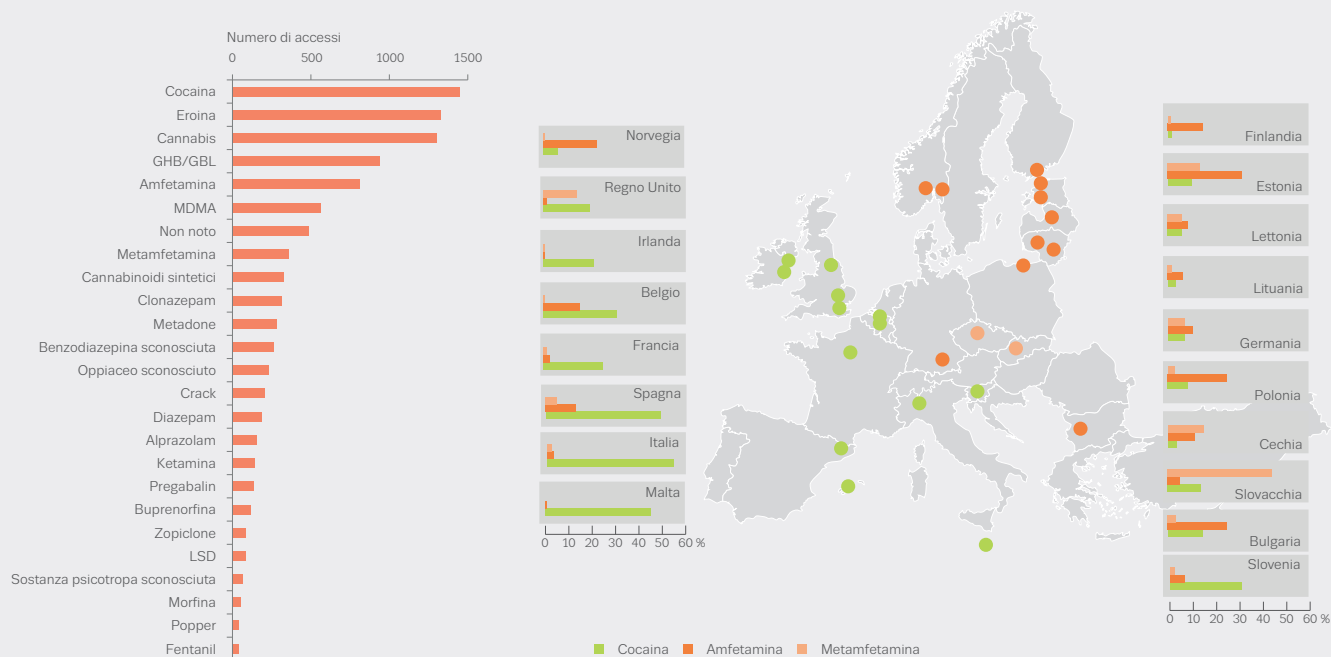


sembrano in aumento, anche se è ampiamente riconosciuto che in quest'area sarebbero utili ulteriori investimenti.



FIGURA 3.8

Primi 25 stupefacenti implicati negli accessi in emergenza agli ospedali sentinella nel 2017 (a sinistra) e frequenza degli accessi per cocaina e amfetamine (percentuale di accessi), aggregati per paese (a destra)



NB: risultati di 7 267 accessi a 26 ospedali EUR Den Plus (sentinella) in 18 paesi europei.  
 Fonte: European Drug Emergencies Network (Euro-DEN plus).

### Danni acuti correlati alle droghe: aumenta la cocaina e diminuisce l'eroina

I dati sulle emergenze ospedaliere possono fornire informazioni particolarmente utili per comprendere i danni acuti correlati al consumo di droghe e l'incidenza del consumo di stupefacenti sulla salute pubblica in Europa. Gli accessi per tossicità acuta correlata al consumo di droghe in 26 ospedali (sentinella) di 18 paesi europei sono monitorati dalla rete europea delle emergenze tossicologiche (Euro-DEN Plus). Nel 2017 gli ospedali hanno registrato 7 267 accessi, per la maggior parte di persone di genere maschile (76 %). Quasi i tre quarti degli accessi hanno riguardato persone trasportate all'ospedale in ambulanza. La maggioranza delle persone che si sono presentate in ospedale (78 %) è stata dimessa entro 12 ore; per una minoranza è stato invece necessario il ricovero in terapia intensiva o in un reparto psichiatrico (4 %). Nel campione esaminato i decessi in ospedale sono stati 30, 17 dei quali riconducibili a oppiacei.

La cocaina è stata la droga più implicata negli accessi a strutture ospedaliere nel 2017, seguita da eroina e cannabis (figura 3.8). In quasi un quarto degli accessi era implicato l'abuso di farmaci soggetti a prescrizione o medicinali da banco (per lo più benzodiazepine e oppiacei), in più del 10 % GHB/GBL e nel 4 % nuove sostanze psicoattive.

Le differenze tra i diversi ospedali per quanto riguarda gli stupefacenti implicati negli accessi in emergenza sembrano riconducibili a differenze riguardanti il bacino di utenza degli ospedali e dei modelli di consumo locali. Ad esempio, le emergenze in cui erano implicate amfetamine sono state registrate soprattutto nell'Europa settentrionale e orientale, mentre quelle in cui era implicata la cocaina sono risultate prevalenti nell'Europa meridionale e occidentale.



FIGURA 3.9

La tendenza generale nei 15 centri che hanno comunicato dati per il periodo 2014-2017 mostra una diminuzione del numero di accessi correlati a eroina e un aumento degli accessi correlati a cocaina in polvere e cocaina crack (figura 3.9). Nello stesso periodo si è registrata una diminuzione generale degli accessi correlati a catinoni sintetici e un aumento degli accessi correlati a cannabinoidi sintetici.

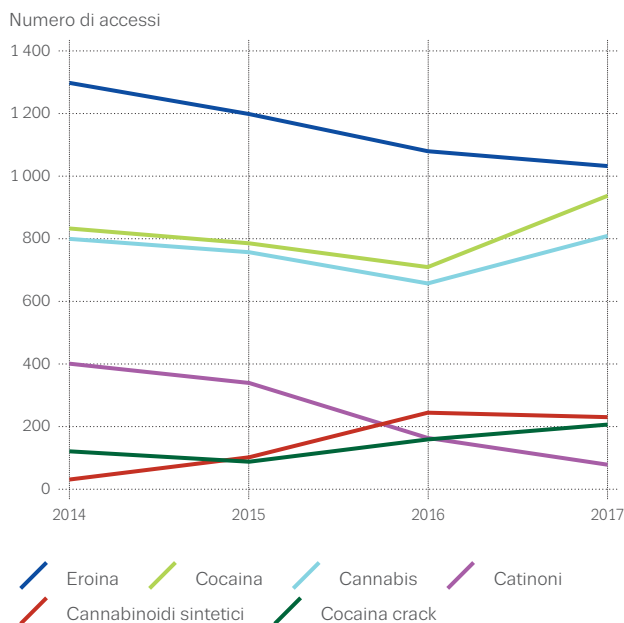
Solo pochi paesi monitorano le emergenze acute droga-correlate a livello nazionale; tra questi, la Cechia, la Danimarca, la Lituania e la Slovenia hanno segnalato una tendenza al calo delle emergenze correlate all'eroina. Tra il 2013 e il 2017 la Danimarca ha segnalato un aumento del numero di intossicazioni da oppiacei diversi da eroina e metadone e un raddoppio del numero di intossicazioni da cocaina. In Spagna la cocaina è risultata implicata in quasi la metà delle emergenze correlate alla droga nel 2016, mentre nei Paesi Bassi gli ospedali sentinella hanno segnalato un calo delle emergenze correlate all'MDMA e allo stimolante 4-fluoroamfetamina (4-FA) nei reparti di pronto soccorso tra il 2016 e il 2017. Quasi un terzo degli interventi delle ambulanze per consumo di droga nei Paesi Bassi era correlato all'uso di GHB.

### Cocaina e crack: risposte sanitarie

Sono disponibili interventi per il trattamento degli utilizzatori di cocaina e crack. In Europa queste misure tendono a concentrarsi sugli interventi psicosociali, tra cui la terapia cognitiva comportamentale, i colloqui motivazionali, gli interventi di breve durata, la gestione delle situazioni contingenti e le terapie farmacologiche sintomatiche. Tra le altre opzioni di trattamento attualmente in fase di studio vi è l'uso di farmaci stimolanti, come modafinil e lisdexamfetamina, per ridurre i sintomi di craving e astinenza, e un vaccino anti-cocaina per ridurre gli effetti euforizzanti e di ricompensa della cocaina.

Attualmente, le evidenze che indicano quali opzioni di trattamento sono efficaci per i problemi correlati all'uso di cocaina rimangono relativamente scarse e richiedono ricerche e uno sviluppo più approfonditi. La disponibilità di programmi specialistici rivolti espressamente agli utilizzatori di cocaina in Europa è limitata. Tuttavia, in risposta all'aumento delle richieste di trattamento per problemi correlati alla cocaina, alcuni paesi segnalano lo sviluppo di interventi mirati. Tra questi figurano programmi che combinano approcci di rafforzamento a livello di comunità con la gestione di situazioni contingenti (Belgio) e l'adeguamento dell'orario di apertura in funzione delle necessità dei consumatori della cocaina (Lussemburgo, Austria).

Tendenze nel numero di accessi agli ospedali sentinella correlati a determinati stupefacenti



NB: dati relativi agli ospedali sentinella EUR 15-Den Plus comunicati ogni anno dal 2014 al 2017.  
Fonte: Euro-DEN Plus.

In alcuni paesi per gli utilizzatori di cocaina e crack sono disponibili anche interventi per la riduzione del danno che mirano a ridurre i rischi per la salute derivanti dall'iniezione di cocaina o dal fumo di crack e i comportamenti sessuali rischiosi. Tra questi interventi si segnalano i locali di consumo controllato in Danimarca, Germania, Francia, Lussemburgo e Paesi Bassi e la fornitura di kit per cocaina crack (pipette e filtri in Francia e Portogallo). In alcuni paesi dell'UE esistono servizi di controllo degli stupefacenti, istituiti per ridurre i rischi associati alla cocaina ad alta purezza o adulterata.

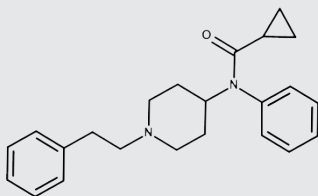
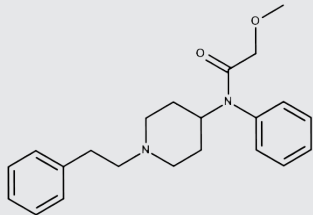


## Indagini congiunte e valutazione dei rischi

Nel 2017 il comitato scientifico dell'EMCDDA ha valutato formalmente i rischi che presentano nove nuove sostanze psicoattive, tra cui cinque derivati del fentanil (acrilofentanil, furanilfentanil, 4-fluoroisobutilfentanil, tetraidrofuranilfentanil e carfentanil). Da allora vengono controllati a livello internazionale ai sensi della convenzione delle Nazioni Unite del 1961.

In seguito alle indagini congiunte EMCDDA-Europol avviate nel 2017 sul ciclopropilfentanil e metossiacetilfentanil, questi due derivati del fentanil, associati a oltre 90 decessi, sono stati oggetto di una valutazione del rischio formale da parte dell'EMCDDA nel corso del 2018 (tabella 1). Sulla base dei risultati delle relazioni di valutazione del rischio e su iniziativa della Commissione europea, il Consiglio dell'UE e il Parlamento europeo hanno deciso di sottoporre queste due sostanze a misure di controllo in tutta Europa.

**Tabella 1. Principali risultati delle valutazioni del rischio di due derivati del fentanil effettuate nel 2018**

Denominazione comune	Ciclopropilfentanil	Metossiacetilfentanil
Denominazione chimica	<i>N</i> -fenil- <i>N</i> -[1-(2-fenilettil)piperidin-4-il]ciclopropanocarbossamide	2-metossi- <i>N</i> -fenil- <i>N</i> -[1-(2-fenilettil)piperidin-4-il]acetamide
Struttura chimica		
Notifica formale al sistema di allerta precoce dell'UE	4 agosto 2017	9 dicembre 2016
Decessi segnalati associati all'uso	78	13
Numero di paesi in cui si sono verificati decessi associati	3	4
Numero di sequestri effettuati dalle autorità di contrasto	144	48
Numero di paesi in cui è stato sequestrato (UE, Turchia e Norvegia)	6	10
Quantitativo totale sequestrato	1,76 kg di polvere; 772 ml di liquido; 329 compresse	180 g di polvere; 352 ml di liquido; 119 compresse

### Nuove droghe: oppiacei sintetici ad alta potenza

Le nuove sostanze psicoattive, tra cui gli oppiacei sintetici, i cannabinoidi sintetici e i catinoni sintetici, continuano ad essere associate a decessi e intossicazioni acute in Europa e malgrado l'introduzione di una serie di nuove misure continuano a rappresentare una sfida per gli attuali modelli di politica antidroga.

Pur rivestendo un ruolo minore nel mercato europeo della droga, i nuovi oppiacei rappresentano una seria minaccia per la salute pubblica e individuale. Particolare allarme destano i derivati del fentanil, che costituiscono la maggior parte dei nuovi oppiacei segnalati all'EMCDDA. Queste sostanze possono essere particolarmente potenti e in quantità minime sono in grado di causare avvelenamenti

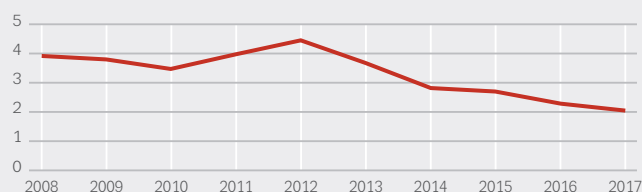
potenzialmente mortali con depressione respiratoria rapida e grave. Tra i casi di overdose segnalati figurano persone che pensavano di avere acquistato eroina, altre sostanze illecite o antidolorifici. Oltre a comportare rischi acuti da overdose (eventualità in cui può essere indicato l'uso di naloxone), i derivati del fentanil hanno una spiccata capacità di indurre abuso e dipendenza.

**I nuovi oppiacei rappresentano una seria minaccia per la salute pubblica e individuale**

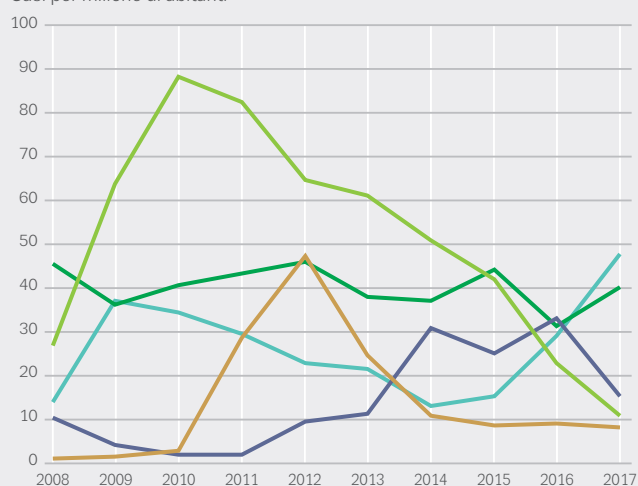
FIGURA 3.10

## Nuove diagnosi di HIV correlate al consumo di stupefacenti per via parenterale: situazione generale, tendenze e ultimi dati

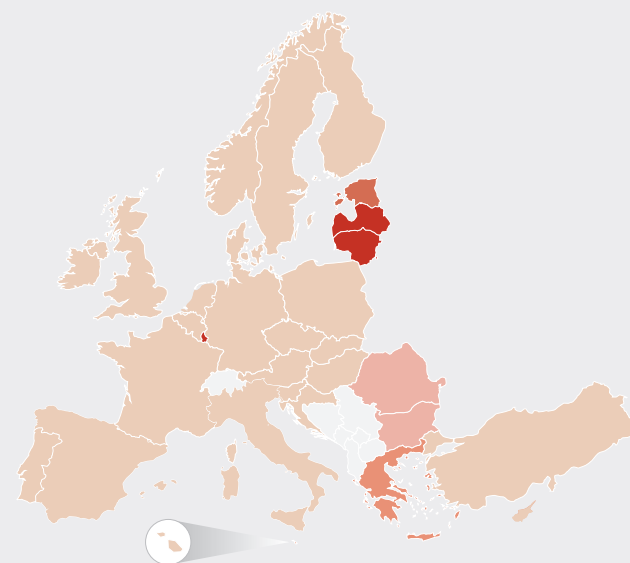
Casi per milione di abitanti (Unione europea)



Casi per milione di abitanti



— Lituania — Lettonia — Lussemburgo — Estonia  
— Grecia



Casi per milione di abitanti

— <3 — 3,1–6 — 6,1–9 — 9,1–12 — > 12

Fonte: ECDC. Dati per il 2017.

### Danni cronici correlati alla droga: epidemie locali di HIV, diagnosi tardiva

Oltre ai rischi derivanti dal sesso non protetto, le persone che fanno uso di droghe, in particolare per via parenterale, corrono il rischio di contrarre infezioni quali il virus dell'epatite C (HCV) e il virus dell'immunodeficienza umana (HIV) a causa dello scambio di materiale infetto utilizzato per l'assunzione di droga. Di conseguenza, la prevalenza dell'HIV tra le persone che assumono droga per via parenterale è superiore a quella della popolazione in generale.

Nel 2017, nell'Unione europea sono state segnalate 1 046 nuove diagnosi di HIV attribuibili all'assunzione di droghe per via parenterale, per l'83 % tra maschi e per la maggior parte in persone di età superiore a 35 anni; tale numero corrisponde al 5 % delle diagnosi di HIV di cui si conosce la via di trasmissione. Tale percentuale è rimasta bassa e stabile nell'ultimo decennio. Tra il 2008 e il 2017 le segnalazioni di nuove diagnosi di HIV tra le persone che si iniettano droghe sono diminuite nella maggior parte dei paesi europei (figura 3.10). Il consumo di droghe per via parenterale rimane tuttavia un'importante modalità di trasmissione in alcuni paesi: secondo i dati trasmessi al

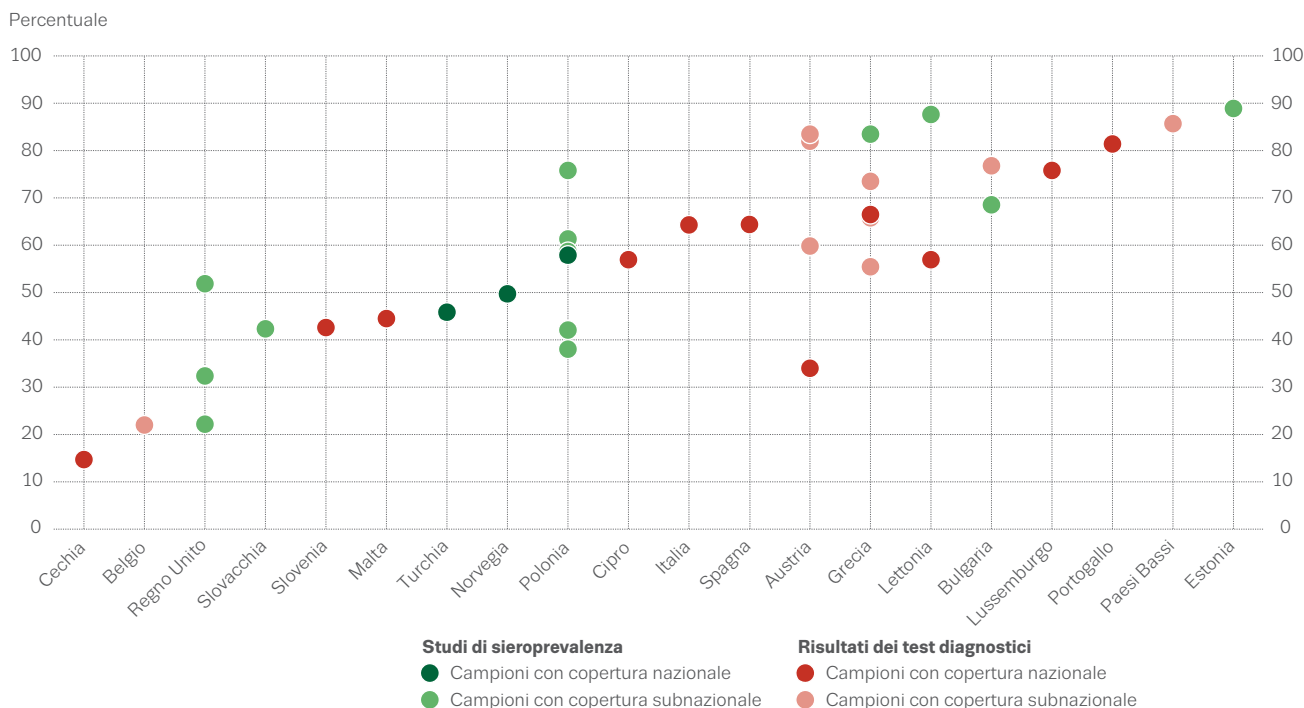
Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie, nel 2017 il consumo di droghe per via parenterale è stato correlato al 62 % dei nuovi casi di HIV diagnosticati in Lituania e al 33 % in Lettonia. Studi di sieroprevalenza basati su campioni di sangue di consumatori di stupefacenti per via parenterale, effettuati in Estonia, Lettonia e Polonia nel 2016-2017, hanno riscontrato che oltre il 10 % delle persone sottoposte a test è risultato positivo all'HIV.

Epidemie localizzate di HIV sono state documentate tra popolazioni emarginate di consumatori di droghe per via parenterale a Dublino (2014-2015), Lussemburgo (2014-2016), Monaco di Baviera (2015-2016) e Glasgow (2015-2018). Tutte e quattro le epidemie sono state messe in relazione con l'assunzione di stimolanti per via parenterale.

Nei casi in cui l'informazione era disponibile, è risultato che metà dei nuovi casi di HIV attribuiti all'assunzione di stupefacenti per via parenterale nell'Unione europea nel 2017 è stata diagnosticata in ritardo, ossia quando il virus aveva già iniziato a danneggiare il sistema immunitario. La diagnosi tardiva dell'HIV è associata a ritardi nell'inizio della terapia antiretrovirale e a una maggiore morbilità

FIGURA 3.11

Prevalenza di anticorpi anti HCV nei consumatori di droga per via parenterale: studi di sieroprevalenza e risultati dei test diagnostici con copertura nazionale e subnazionale, 2016-2017



e mortalità. L'approccio «test-and-treat» applicato all'HIV, che consiste nell'iniziare la terapia antiretrovirale subito dopo la diagnosi di HIV, può rendere possibile una riduzione della trasmissione ed è particolarmente importante nei gruppi con comportamenti più a rischio, quali i consumatori di droghe per via parenterale. La diagnosi precoce e l'avvio tempestivo della terapia antiretrovirale offrono alle persone infettate una normale aspettativa di vita.

Nel 2017 il 14 % dei nuovi casi di AIDS segnalati nell'Unione europea di cui si conosceva la via di trasmissione è stato attribuito al consumo di stupefacenti per via parenterale. Le 379 segnalazioni correlate a questa modalità di assunzione sono meno di un quarto del numero riferito un decennio fa.

### Prevalenza dell'HCV: differenze nelle tendenze nazionali

L'epatite virale, in particolare l'infezione causata dal virus dell'epatite C (HCV), mostra una prevalenza elevata tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale in tutta Europa. Su 100 persone che hanno contratto l'HCV, 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

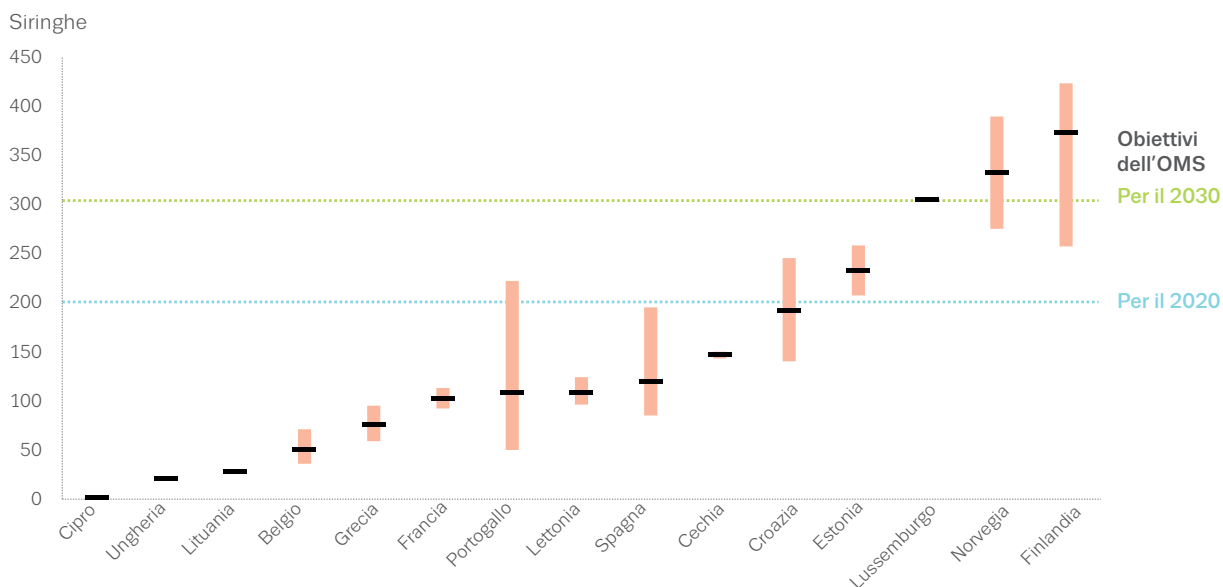
un numero crescente di decessi e di gravi epatopatie, tra cui cirrosi e cancro, tra i consumatori di stupefacenti ad alto rischio che invecchiano.

Tra i consumatori di droga per via parenterale la prevalenza di anticorpi anti-HCV, che segnalano la presenza di un'infezione in corso o pregressa, viene stimata sulla base di studi di sieroprevalenza o di test diagnostici di routine offerti nei servizi per le tossicodipendenze. Nel 2016-2017 la prevalenza di anticorpi anti-HCV fra i campioni nazionali di persone che assumono droghe per via parenterale variava dal 15 % all'82 %; otto dei 14 paesi che dispongono di dati nazionali hanno segnalato un tasso di prevalenza superiore al 50 % (figura 3.11). Tra i paesi che dispongono di dati sulle tendenze nazionali per il periodo 2011-2017, un calo della prevalenza dell'HCV nei consumatori di droga per via parenterale è stato segnalato in sei paesi, mentre in tre si è osservato un incremento.

Tra le persone che fanno uso di droga per via parenterale, l'infezione da virus dell'epatite B (HBV) è meno diffusa dell'infezione da HCV ma è comunque più elevata che nella popolazione in generale, nonostante sia disponibile un vaccino efficace. La presenza dell'antigene di superficie dell'HBV indica un'infezione in corso, che può essere acuta o cronica. Nei sette paesi che dispongono di dati nazionali per il periodo 2016-2017, si stima che una percentuale compresa tra l'1 % e il 9 % dei consumatori di droghe per via parenterale presenti positività all'HBV.

FIGURA 3.12

Copertura dei programmi specifici di distribuzione di siringhe: numero di siringhe fornite per persona stimata che fa uso di droghe per via parenterale



NB: i dati sono indicati come stime puntuali e intervalli di incertezza. Obiettivi definiti nella strategia globale OMS del settore sanitario in materia di epatite virale 2016-2021.

L'assunzione di droga per via parenterale è un fattore di rischio anche per altre malattie infettive; focolai di casi di epatite A sono stati segnalati in Cechia e in Germania nel 2016. Nel Regno Unito, il numero dei casi segnalati di streptococco del gruppo A associati all'uso di stupefacenti per via parenterale è aumentato dal 2013 e casi di botulismo da ferita continuano a essere segnalati in Europa.

### Prevenzione delle malattie infettive: differenze nella disponibilità di misure efficaci

Per ridurre le malattie infettive legate al consumo di stupefacenti tra le persone che si iniettano droghe si raccomanda l'adozione di una serie di misure tra cui l'erogazione di trattamenti farmacologici sostitutivi per gli oppiacei, la distribuzione di siringhe e aghi sterili e di altro materiale pulito per l'iniezione, la vaccinazione, i test e la somministrazione di terapie per l'epatite virale e l'HIV, interventi di promozione della salute focalizzati sulla riduzione dell'assunzione per via parenterale e dei comportamenti sessuali a rischio.

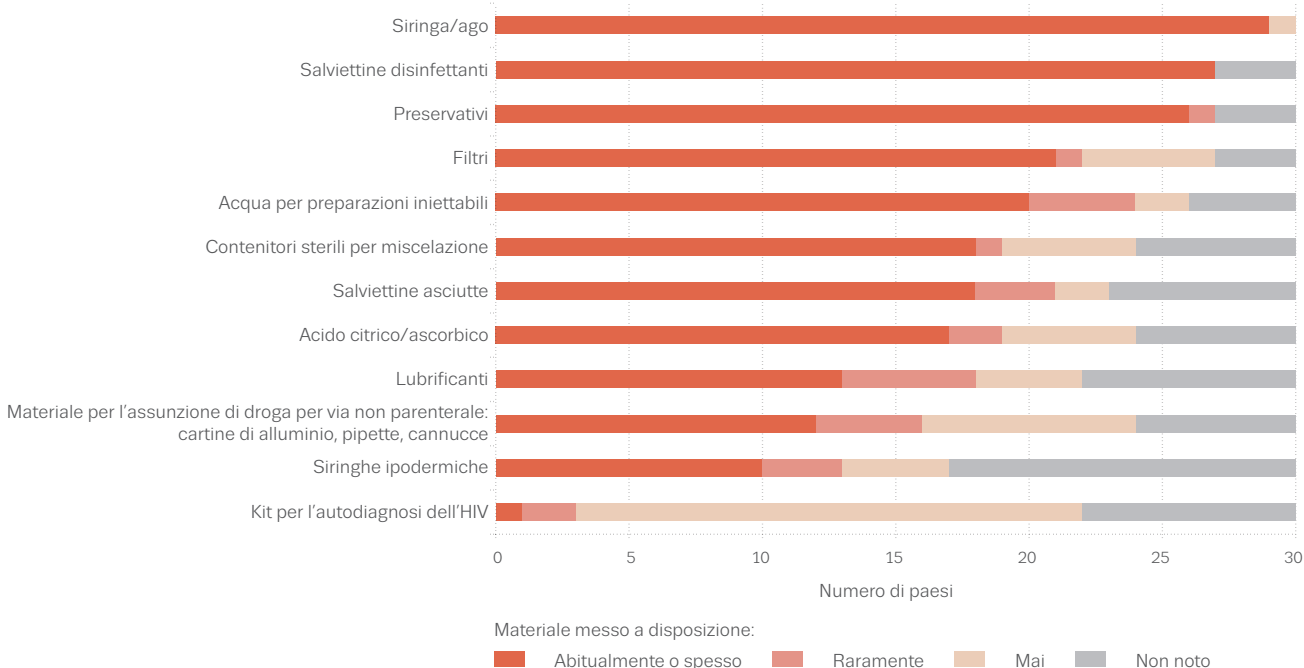
Nei consumatori di oppiacei per via parenterale il trattamento sostitutivo riduce in maniera significativa il rischio di infezioni; alcune analisi indicano un aumento degli effetti protettivi quando a un'elevata copertura del trattamento è associata un'ampia distribuzione di siringhe. I dati disponibili dimostrano l'efficacia dei programmi di distribuzione di aghi e siringhe ai fini della riduzione della

trasmissione dell'HIV tra i soggetti che assumono droghe per via parenterale. Tutti i 30 paesi monitorati dall'EMCDDA tranne la Turchia forniscono gratuitamente materiale pulito per l'iniezione presso appositi centri. Informazioni sulla fornitura di siringhe nell'ambito di programmi specifici sono disponibili per 25 paesi, che nel loro insieme hanno segnalato di avere distribuito 53 milioni di siringhe nell'anno più recente per il quale sono disponibili dati (2015-2017). Questo numero è fortemente sottostimato perché alcuni grandi paesi come Germania, Italia e Regno Unito non trasmettono dati nazionali completi sulla distribuzione di siringhe; inoltre, in alcuni paesi le siringhe si possono acquistare in farmacia. Sembrano esistere tuttavia ampie differenze nella copertura dei programmi di distribuzione di siringhe nei 15 paesi in cui sono disponibili dati che consentono un confronto con stime recenti del numero di persone che si iniettano droghe (figura 3.12).

Oltre alle siringhe e agli aghi sterili, i servizi di riduzione del danno di molti paesi offrono abitualmente o spesso salviette disinfettanti, acqua per preparazioni iniettabili e contenitori sterili per la miscelazione (figura 3.13); meno diffusa è la distribuzione di materiale per l'assunzione di droga per via non parenterale, ad esempio cartine di alluminio e pipette. I kit per l'autodiagnosi dell'HIV possono essere utili per la diagnosi precoce nei consumatori di stupefacenti per via parenterale. I kit sono acquistabili in farmacia in un numero crescente di paesi europei; in alcuni paesi, sono erogati anche dai servizi per la riduzione del danno.

FIGURA 3.13

Disponibilità di materiale per un uso più sicuro/ sesso più sicuro in 30 paesi europei



NB: sulla base di indicazioni di esperti.

**Eliminazione dell’HCV: migliorare l’accesso ai test e alle cure**

Coerentemente con l’agenda globale 2030 per lo sviluppo sostenibile, l’Europa mira a eliminare l’epatite virale quale minaccia per la salute pubblica. Per conseguire questo obiettivo, è fondamentale offrire ai consumatori di droga per via parenterale un maggiore accesso alla prevenzione, ai test e alle cure per l’HBV e l’HCV. Nel 2018, 17 paesi dell’UE e la Norvegia avevano adottato una strategia o un piano d’azione nazionale per l’epatite.

Lo screening del virus HCV è il punto di accesso alle cure per l’epatite e a terapie efficaci per coloro che vi si sottopongono e ha un ruolo cruciale nella prevenzione della trasmissione. A livello di sistema, di erogatori di servizi e di consumatori sono presenti ostacoli che frenano l’effettuazione dei test, ad esempio vincoli finanziari, la scarsa conoscenza sulle cure per l’HCV, la stigmatizzazione e l’emarginazione dei consumatori di droga. Per superare questi ostacoli occorrono metodi innovativi e i centri antidroga a livello di comunità sono un elemento essenziale per agganciare i consumatori di droga per via parenterale, fare in modo che si sottopongano ai test e inviarli alle cure appropriate.

Le linee guida europee redatte da esperti raccomandano di offrire subito il trattamento dell’HCV ai soggetti ad alto rischio di trasmissione del virus, tra cui i detenuti e i

consumatori attivi di stupefacenti per via parenterale. I nuovi regimi terapeutici orali con agenti antivirali ad azione diretta consentono la guarigione in 8-12 settimane nel 95 % dei casi. Dopo la riduzione del prezzo di questi medicinali, il numero di paesi europei che assicurano senza limitazioni l’accesso agli antivirali ad azione diretta per tutti i gruppi di pazienti e tutti i genotipi del virus, indipendentemente dalla fase dell’infezione, è in aumento.

### Interventi nelle carceri: differenze nella disponibilità nazionale

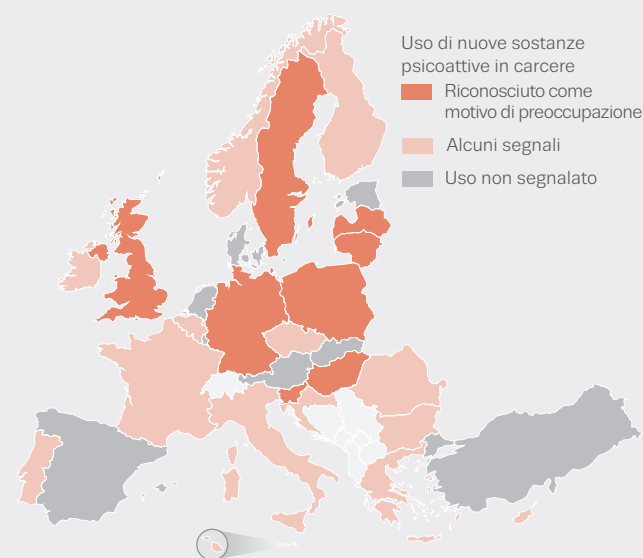
Tra i detenuti si segnalano tassi di consumo di stupefacenti nella vita più alti di quelli riscontrati tra la popolazione generale e modelli di consumo più dannosi, inclusa l'assunzione per via parenterale; le carceri sono quindi un luogo importante in cui attuare interventi contro le droghe. Un recente riesame dell'EMCDDA ha individuato l'uso di nuove sostanze psicoattive nelle carceri in 22 paesi (figura 3.14); il problema principale individuato è l'uso dei cannabinoidi sintetici. Le nuove sostanze psicoattive sono state correlate a una vasta gamma di danni fisici e psichici, sia per intossicazione acuta che per consumo cronico. In Lettonia l'uso di nuovi oppiacei sintetici in carcere è stato messo in relazione con un aumento dei casi di overdose, assunzione di droghe per via parenterale e scambio di aghi.

Nelle carceri della maggior parte dei paesi sono disponibili test sulle malattie infettive (HIV, HBV, HCV e tubercolosi), benché in qualche caso limitatamente al momento dell'ingresso nella struttura penitenziaria o per i soli detenuti sintomatici. L'erogazione di cure per il trattamento dell'epatite C è segnalata in 24 paesi, ma solo in cinque le cure vengono somministrate a più del 60 % dei detenuti che ne necessitano. In 16 paesi è segnalata l'esistenza di programmi di vaccinazione contro l'epatite B. La fornitura di materiale sterile per l'assunzione di stupefacenti per via parenterale è meno comune: soltanto tre paesi hanno segnalato programmi di distribuzione di siringhe in questo contesto. Un'analisi della prevalenza dell'HIV e dell'HCV tra i consumatori di droga per via parenterale di 17 paesi europei, relativa al periodo 2006-2017, ha evidenziato tassi di HIV e HCV notevolmente più alti tra i detenuti o gli ex detenuti.

L'estensione degli interventi di trattamento offerti ai detenuti varia notevolmente da un paese all'altro; gli interventi possono comprendere la disintossicazione, il counselling individuale e di gruppo, il trattamento in comunità terapeutiche e in reparti di degenza specifici. Alcuni paesi europei hanno istituito partenariati tra i servizi sanitari carcerari e gli erogatori dei medesimi servizi a livello territoriale, al fine di favorire l'educazione sanitaria e il trattamento in carcere e garantire la continuità dell'assistenza dall'inizio della detenzione alla scarcerazione. In tutti i paesi viene segnalata una preparazione alla scarcerazione, che prevede anche il reinserimento sociale. Programmi per la prevenzione del rischio di overdose, che è particolarmente elevato tra i consumatori di oppiacei per via parenterale nel periodo successivo alla scarcerazione, sono segnalati da cinque paesi; ai detenuti viene insegnato come riconoscere

FIGURA 3.14

#### Uso di nuove sostanze psicoattive tra i detenuti



NB: sulla base di relazioni di esperti nazionali.

e reagire a overdose e viene distribuito naloxone al momento della scarcerazione.

Nel 2017, 28 paesi hanno indicato di consentire il trattamento sostitutivo di oppiacei in carcere; tuttavia, la copertura è spesso bassa. Il trattamento sostitutivo per gli oppiacei può essere avviato in carcere in 24 paesi e in cinque paesi può essere proseguito solo se è già in corso.

**I detenuti riferiscono tassi di consumo di stupefacenti nella vita più elevati e modelli di consumo più dannosi**

### Overdose: una delle principali cause di morte per i consumatori di droga ad alto rischio

Il consumo di stupefacenti è una causa riconosciuta di mortalità evitabile tra gli adulti europei. Nel complesso, i consumatori di oppiacei in Europa hanno una probabilità di morire da cinque a 10 volte maggiore rispetto ai propri coetanei dello stesso sesso. L'importanza di ridurre la mortalità per overdose tra i consumatori di oppiacei è ampiamente riconosciuta, ma altre cause di decesso collegate indirettamente al consumo di droga, come le infezioni, gli incidenti, la violenza (compresi l'omicidio e il suicidio) sono anch'esse cause importanti di mortalità in questo gruppo. Le malattie polmonari ed epatiche croniche, come anche i problemi cardiovascolari, sono frequenti e attualmente rappresentano una quota elevata dei decessi tra i consumatori di stupefacenti cronici e meno giovani.

Occorre cautela nell'interpretare i dati relativi alle overdose, in particolare il totale cumulativo dell'UE, per motivi tra cui la sistematica omissione delle segnalazioni in alcuni paesi, differenze nel modo in cui vengono effettuati gli esami tossicologici e i ritardi causati dalle procedure di registrazione. Le stime annue pertanto rappresentano un valore provvisorio minimo.

Si calcola che nel 2017 ci siano stati nell'Unione europea almeno 8 238 decessi per overdose in cui erano implicate una o più sostanze illecite. Includendo Norvegia e Turchia, tale cifra sale a 9 461 decessi stimati, stabili rispetto ai 9 397 stimati del 2016. La situazione complessiva dell'UE è stabile rispetto al 2016. Come negli anni precedenti, Regno Unito (34 %) e Germania (13 %) rappresentano insieme quasi la metà del numero totale di decessi per overdose segnalato nell'UE, in Norvegia e in Turchia. Tale numero va interpretato nel contesto delle dimensioni della popolazione ad alto rischio in tali paesi, ma anche dell'omissione di segnalazioni in altri Stati.

Più di tre quarti delle persone che muoiono per overdose sono maschi (78 %). L'età media alla morte ha continuato a crescere raggiungendo i 39,4 anni nel 2017; nei maschi, è di due anni più bassa che nelle femmine. Ciò riflette l'invecchiamento della popolazione europea dei consumatori di oppiacei, che sono i più esposti al rischio di decesso per overdose. In alcuni paesi, una parte dei casi riferiti agli oppiacei può riguardare decessi avvenuti nell'ambito della terapia del dolore a lungo termine.

## DECESSI DROGA-INDOTTI

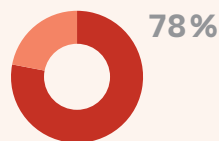
### Caratteristiche



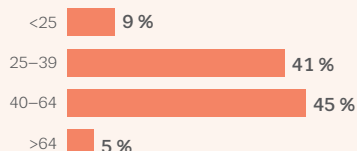
### Età media al decesso

**39**  
anni

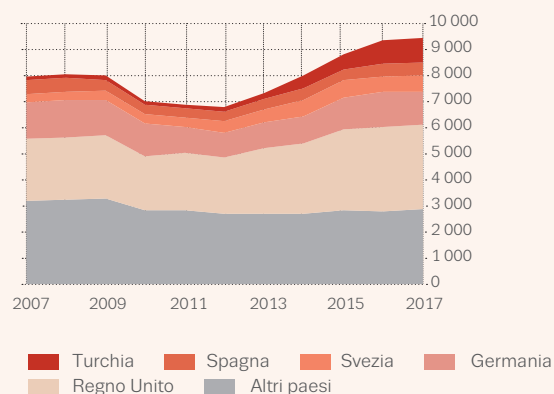
### Decessi con presenza di oppiacei



### Età al decesso



### Tendenze nei decessi per overdose



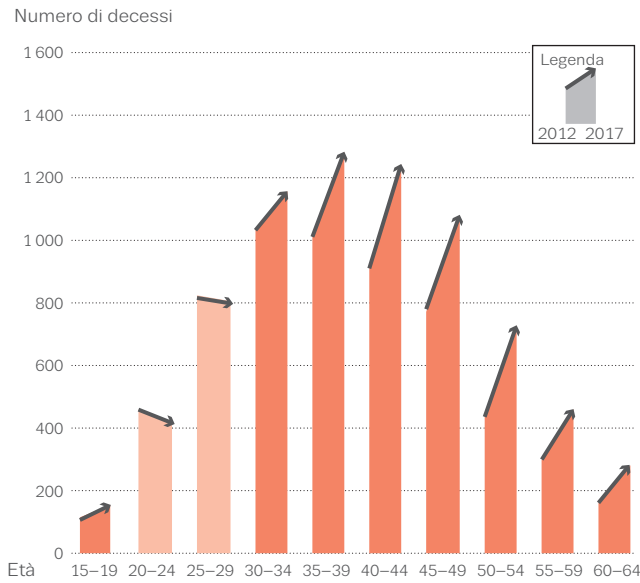
### Numero di decessi



NB: dati relativi agli Stati membri dell'UE più Turchia e Norvegia (UE + 2).

FIGURA 3.15

Numero di decessi droga-indotti segnalati nell'Unione europea nel 2012 e 2017, o nell'anno più recente, per fascia d'età



Tra il 2012 e il 2017 i decessi per overdose nell'Unione europea sono aumentati in tutte le classi di età sopra i 30 anni (figura 3.15). Tra gli ultra 50enni sono aumentati complessivamente del 62 %, mentre tra le classi di età più giovani sono generalmente rimasti stabili. L'analisi delle overdose mortali segnalate dalla Turchia nel 2017 mostra

un profilo più giovane della media dell'Unione europea, con un'età media di 32 anni (figura 3.16).

**Mortalità indotta dalla droga: tassi superiori alla media nell'Europa settentrionale**

Il tasso di mortalità per overdose in Europa nel 2017 è stimato in 22,6 decessi per milione di abitanti di età compresa fra 15 e 64 anni. Il tasso maschile (35,8 casi per milione di maschi) è quasi quadruplo rispetto a quello femminile (9,3 casi per milione di femmine). Le tendenze e i tassi di mortalità nazionali presentano notevoli differenze (figura 3.17) e sono influenzati da fattori quali la prevalenza e i modelli di consumo, in particolare l'assunzione di oppiacei per via parenterale; fattori di rischio e protettivi, come ad esempio la disponibilità di trattamento; nonché le prassi nazionali di segnalazione, registrazione delle informazioni e codifica dei casi di overdose, con livelli variabili di omissione delle segnalazioni, nelle banche dati nazionali della mortalità. Secondo gli ultimi dati disponibili, in otto paesi dell'Europa settentrionale sono stati segnalati tassi superiori a 40 decessi per milione di abitanti; i tassi più alti sono stati riferiti in Estonia (103 per milione) e Svezia (92 per milione) (figura 3.17).

FIGURA 3.16

Distribuzione dei decessi droga-indotti segnalati nel 2017, o nell'anno più recente, per fascia d'età di 10 anni

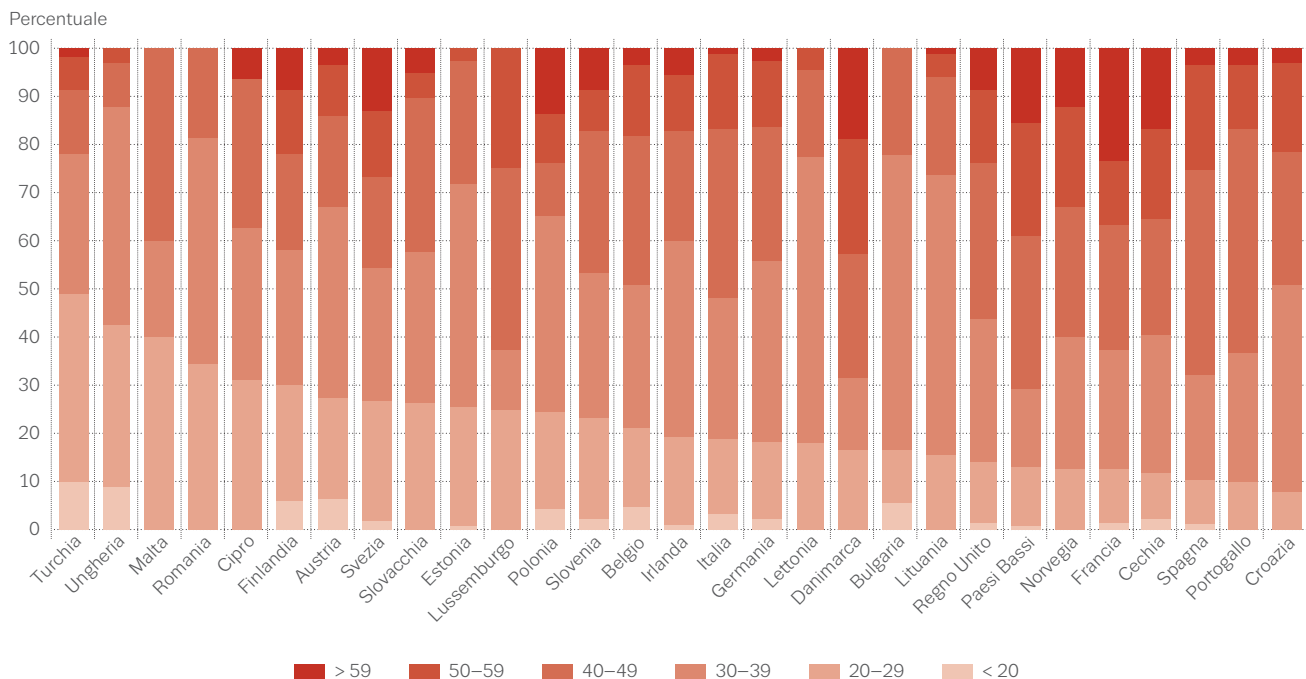
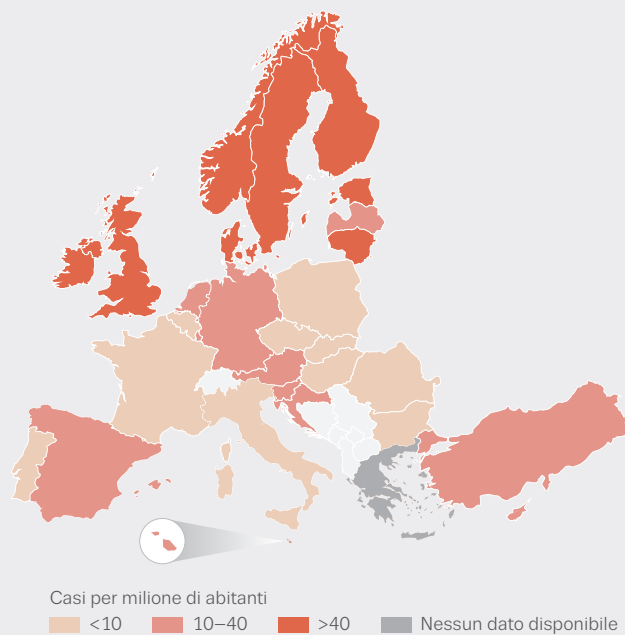
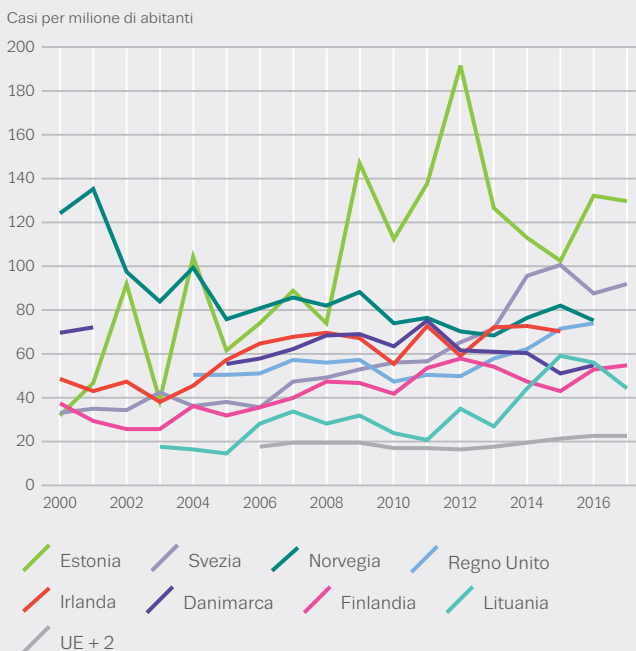




FIGURA 3.17

Tassi di mortalità droga-indotta tra gli adulti (15-64): specifiche e ultimi dati



NB: tendenze negli otto paesi che hanno segnalato i tassi più elevati nel 2017 o 2016 e tendenza europea generale. UE + 2: Stati membri dell'UE più Turchia e Norvegia.

**Overdose mortali: nella maggior parte dei decessi sono implicati gli oppiacei**

Gli oppiacei, soprattutto l'eroina o i suoi metaboliti, spesso in combinazione con altre sostanze, sono presenti in gran parte dei casi di overdose mortali segnalati in Europa. I dati più recenti mostrano un aumento del numero di decessi correlati agli oppiacei in alcuni paesi europei, ad esempio nel Regno Unito, dove in nove decessi su 10 erano implicati oppiacei.

In Francia, l'eroina è risultata implicata nel 26 % dei decessi per overdose nel 2016, rispetto al 15 % nel 2012, mentre il metadone era presente in più di un terzo (36 %) dei decessi. Nelle relazioni tossicologiche di solito sono rinvenuti anche altri oppiacei, tra cui principalmente metadone, ma anche buprenorfina (Finlandia), fentanil e suoi derivati (in particolare in Estonia) e tramadolo sono associati a una quota consistente di decessi per overdose in alcuni paesi. L'aumento dei decessi per overdose segnalati in Cechia nel 2017 è dovuto principalmente a un aumento dei casi riguardanti sostanze della famiglia del fentanil, morfina e codeina; l'incremento registrato in Slovacchia è attribuibile principalmente al tramadolo.

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. In Francia, un quinto dei decessi è risultato associato alla cocaina e nella metà di tali decessi erano implicati anche oppiacei. In Slovenia, dove la maggior parte dei decessi è stata associata all'eroina, in circa un terzo dei casi è stata rinvenuta anche cocaina. Nel 2017 la Turchia ha registrato 185 decessi correlati a MDMA, in calo rispetto al 2016.

La Turchia ha segnalato anche un forte aumento del numero di decessi legati ai cannabinoidi sintetici: da 137 nel 2015 a 563 nel 2017. I cannabinoidi sintetici erano presenti nel 60 % dei decessi droga-correlati totali segnalati nel paese; nella maggior parte dei casi, tali decessi riguardavano maschi di età compresa tra i 20 e i 30 anni. In più di un quarto di questi casi è stata rinvenuta anche cannabis. Nel Regno Unito, in particolare in Scozia, è stato segnalato un aumento del numero di decessi associati a nuove sostanze psicoattive della classe delle benzodiazepine.

FIGURA 3.18

## Approcci principali per ridurre i decessi correlati agli oppiacei

## Riduzione dell'esito mortale in caso di overdose

## Riduzione del rischio di overdose

## Riduzione della vulnerabilità



## Prevenzione dei casi di overdose e dei decessi droga-correlati: approcci principali

La necessità di ridurre la morbilità e la mortalità dei casi di overdose costituisce una sfida importante per la salute pubblica in Europa. Una più ampia risposta in materia di salute pubblica in questo ambito mira a ridurre la vulnerabilità tra i consumatori di droghe, in particolare rimuovendo barriere, rendendo accessibili i servizi, e facendo in modo che i consumatori di droghe possano correre meno rischi (figura 3.18). La valutazione del rischio di overdose tra i consumatori di droghe e il rafforzamento delle loro conoscenze in materia, unitamente alla distribuzione di un antidoto efficace, contribuisce a ridurre i casi di overdose. I periodi di rischio elevato noto, come la scarcerazione e la dimissione dal trattamento o il suo abbandono, richiedono un'attenzione particolare. Interventi come le strutture per il consumo controllato di stupefacenti nonché i programmi di distribuzione di naloxone «a casa» costituiscono risposte mirate che intendono migliorare la probabilità di sopravvivenza a un'overdose. L'importanza del trattamento sostitutivo degli oppiacei nella riduzione della mortalità risulta evidente da una meta-analisi degli studi in questo settore effettuata nel 2018.

Le strutture per il consumo protetto di stupefacenti sono spazi in cui i consumatori possono assumere droghe in condizioni igieniche e più sicure. Questo intervento intende prevenire i casi di overdose e garantire un'assistenza professionale nel caso in cui si verificano. Esse offrono inoltre l'opportunità di «agganciare» popolazioni di consumatori spesso emarginate e difficili da

raggiungere e di fornire consulenza e sostegno in materia di droga e in generale. Solitamente le stanze per il consumo protetto sono anche un punto di accesso e invio ad altri servizi medici e sociali, compresi i servizi di trattamento della tossicodipendenza. È stato inoltre sostenuto che, riducendo l'uso di droghe in pubblico, esse contribuiscono a migliorare l'ambiente sociale nelle zone di consumo, ad esempio nei mercati della droga delle città.

In una singola struttura può concentrarsi un numero elevato di assunzioni – alcune delle strutture più grandi segnalano 80 000 assunzioni all'anno – che altrimenti avverrebbero in strada o in altri contesti rischiosi. La prima generazione di strutture per il consumo protetto, negli Ottanta e Novanta, era dedicata principalmente al consumo di eroina per via parenterale; oggi, invece, esistono strutture dedicate anche a modalità di consumo come l'assunzione endonasale, il fumo o l'inalazione. Nell'Unione europea e in Norvegia operano in totale 72 strutture in 51 città.

### Trattamento dell'overdose da oppiacei: naloxone «a casa»

Il naloxone è un farmaco antagonista degli oppiacei usato nei reparti ospedalieri di emergenza e dal personale delle ambulanze come antidoto in caso di overdose di oppiacei. Negli ultimi anni si è assistito ad un'espansione dei programmi di distribuzione del naloxone «a casa», che insegnano a usarlo in caso di overdose e lo mettono a disposizione di chi potrebbe assistere a un'overdose da oppiacei.

Un'analisi sistematica recente dell'efficacia dei programmi di distribuzione del naloxone «a casa» ha riscontrato che la distribuzione di questo farmaco, unita agli interventi di formazione e addestramento, riduce la mortalità correlata a overdose.

Nel 2018 programmi di distribuzione del naloxone «a casa» erano operativi in 10 paesi europei. Questi programmi sono normalmente gestiti da servizi per le tossicodipendenze e servizi sanitari, e in Italia il naloxone è anche un farmaco da banco. I detenuti sono inclusi nei programmi di distribuzione di naloxone «a casa» in Estonia, Francia, Regno Unito e Norvegia.

**La necessità di ridurre  
la morbilità e la mortalità  
dei casi di overdose costituisce  
una sfida importante  
per la salute pubblica in Europa**

## MAGGIORI INFORMAZIONI

### Pubblicazioni dell'EMCDDA

#### 2019

Country Drug Reports 2019.

Drug prevention: exploring a systems perspective, Technical reports.

An analysis of practices of post-mortem toxicology practices in drug-related deaths cases in Europe, Technical reports.

#### 2018

Recent changes in Europe's cocaine market: results from an EMCDDA trendspotter study, Rapid communications.

m-Health applications for responding to drug use and associated harms, EMCDDA Papers.

New psychoactive substances in prison, Rapid communications.

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

Environmental substance use prevention interventions in Europe, Technical reports.

Preventing overdose deaths in Europe, Perspectives on Drugs.

Report on the risk assessment of CUMYL-4CN-BINACA, Risk assessments.

Report on the risk assessment of ADB-CHMINACA, Risk assessments.

Report on the risk assessment of THF-F, Risk assessments.

Report on the risk assessment of 4F-iBF, Risk assessments.

Report on the risk assessment of AB-CHMINACA, Risk assessments.

Report on the risk assessment of 5F-MDMB-PINACA, Risk assessments.

Report on the risk assessment of carfentanil, Risk assessments.

Report on the risk assessment of cyclopropylfentanyl, Risk assessments.

Report on the risk assessment of methoxyacetylfentanyl, Risk assessments.

#### 2017

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

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

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

New developments in national drug strategies in Europe, EMCDDA Papers.

#### 2016

Health responses to new psychoactive substances, Rapid communications.

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

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

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

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

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

#### 2015

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

Drugs policy and the city in Europe, EMCDDA Papers.

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

Prevention of addictive behaviours, Insights.

Treatment of cannabis-related disorders in Europe, Insights.

### Pubblicazioni congiunte EMCDDA ed ECDC

#### 2018

Public health guidance on active case finding of communicable diseases in prison settings.

Public health guidance on prevention and control of blood-borne viruses in prison settings.

Systematic review on the prevention and control of blood-borne viruses in prison settings.

Guidance in brief: prevention and control of blood-borne viruses in prison settings.

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 (ossia in carico ai servizi per le tossicodipendenze), dell'entrata in trattamento, dell'assunzione 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 sono tratti dal bollettino statistico 2019 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		In trattamento nel corso dell'anno						In terapia sostitutiva
			Consumatori di oppiacei in % degli utenti in carico			% di consumatori di oppiacei per via parenterale (principale via di assunzione)			
			Tutti gli utenti	Utenti trattati per la prima volta	Utenti già in carico	Tutti gli utenti	Utenti trattati per la prima volta	Utenti già in carico	
Anno della stima	casi per 1 000	% (valore numerico)	% (valore numerico)	% (valore numerico)	% (valore numerico)	% (valore numerico)	% (valore numerico)	valore numerico	
Belgio	–	–	22,5 (2 493)	8,2 (345)	32 (2 048)	14,1 (309)	9 (28)	15,2 (272)	16 546
Bulgaria	–	–	67,8 (1 136)	55,9 (100)	89,7 (600)	64,4 (437)	53,8 (50)	66,7 (377)	3 247
Cechia	2017	1,8-2,0	19,1 (799)	10,9 (192)	25,6 (565)	63,9 (470)	57,4 (101)	66,1 (347)	5 000
Danimarca	–	–	12 (587)	7,5 (170)	16,5 (399)	17,5 (94)	5,6 (9)	22 (80)	7 050
Germania (¹)	2016-17	0,9-3,0	29,9 (–)	9,6 (–)	–	20,1 (–)	17,9 (–)	–	78 800
Estonia	–	–	93,4 (271)	87,4 (76)	95,5 (150)	69,3 (187)	72 (54)	80,7 (121)	1 186
Irlanda	2014	6,1-7,0	44,9 (3 837)	24,8 (807)	58,8 (2 860)	31,7 (1 180)	23 (184)	33,6 (930)	10 316
Grecia	2017	1,8-2,5	60,9 (2 593)	38,9 (652)	74,8 (1 892)	28,7 (733)	22,2 (143)	31 (581)	9 388
Spagna	2016	1,5-2,9	26,8 (12 235)	13,3 (3 043)	42,6 (8 573)	14,9 (1 796)	7 (212)	17,2 (1 454)	58 749
Francia	2017	4,5-5,9	27,3 (12 899)	13,7 (1 813)	44 (8 039)	16,4 (1 842)	10,4 (174)	19,3 (1 360)	178 665
Croazia	2015	2,5-4,0	–	21,2 (203)	–	–	30,9 (56)	–	4 792
Italia	2017	5,7-6,4	43,1 (20 095)	28,3 (5 921)	55,3 (14 174)	40,9 (7 137)	28,4 (1 395)	45,8 (5 742)	69 642
Cipro	2017	1,6-2,6	25,2 (212)	13,8 (58)	41,8 (137)	50,5 (104)	40,4 (23)	56 (75)	209
Lettonia	2017	4,7-7,0	49,4 (399)	28,7 (123)	72,8 (276)	82,8 (323)	73,8 (90)	86,9 (233)	669
Lituania	2016	2,7-6,5	85,3 (1 448)	57 (138)	91,1 (1 298)	85,5 (1 236)	86,9 (119)	85,4 (1 108)	1 136
Lussemburgo	2015	4,5	60,9 (109)	60,4 (29)	59,5 (47)	41,7 (43)	50 (14)	41,9 (18)	1 142
Ungheria	2010-11	0,4-0,5	4 (192)	1,8 (61)	9,4 (104)	40,5 (66)	36,2 (21)	43,9 (43)	669
Malta	2017	4,2-4,9	69,7 (1 274)	32,8 (76)	75,1 (1 198)	55,2 (690)	21,1 (16)	57,5 (674)	1 025
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)	5 241
Austria	2017	6,1-6,5	48,7 (1 793)	27,8 (432)	63,8 (1 361)	37,7 (529)	21,8 (70)	42,5 (459)	18 632
Polonia	2014	0,4-0,7	15,8 (1 122)	5,9 (211)	26,2 (898)	57,4 (636)	37,4 (79)	62,2 (550)	2 685
Portogallo	2015	3,8-7,6	41,4 (1 247)	23 (376)	63,3 (871)	13,1 (155)	9,3 (33)	14,7 (122)	16 888
Romania	2017	0,8-2,9	25,7 (918)	14,1 (359)	56,9 (551)	84,7 (729)	83,3 (295)	85,8 (429)	1 530
Slovenia	2017	3,2-4,2	86,5 (211)	67,7 (42)	93,4 (169)	44,1 (93)	21,4 (9)	49,7 (84)	3 042
Slovacchia	–	–	26,3 (760)	12 (154)	39,5 (601)	70,7 (525)	53,6 (81)	75,2 (442)	620
Finlandia	2012	3,8-4,5	51,1 (363)	36,5 (92)	59,2 (271)	76 (275)	66,3 (61)	79,3 (214)	3 329
Svezia (²)	–	–	24,2 (9 387)	15,5 (2 140)	29 (7 247)	–	–	–	4 468
Regno Unito (³)	2014-15	8,3-8,7	49,8 (57 430)	21,8 (8 051)	63,1 (49 252)	31,8 (12 407)	16,5 (746)	33,9 (11 633)	149 420
Turchia	2011	0,2-0,5	58,6 (6 817)	43,4 (2 451)	72,9 (4 366)	27,3 (1 858)	17,8 (437)	32,5 (1 421)	–
Norvegia (⁴)	2013	2,0-4,2	17 (973)	11,2 (302)	22,1 (672)	–	–	–	7 622
Unione europea	–	–	<b>35,1 (163 557)</b>	<b>16,6 (28 845)</b>	<b>47,9 (129 944)</b>	<b>29,1 (38 450)</b>	<b>20,8 (4 988)</b>	<b>31,3 (32 839)</b>	<b>654 086</b>
UE, Turchia e Norvegia	–	–	<b>35,4 (171 347)</b>	<b>17,4 (31 598)</b>	<b>48,2 (134 982)</b>	<b>29,0 (40 308)</b>	<b>20,5 (5 425)</b>	<b>31,4 (34 260)</b>	<b>661 708</b>

I dati sugli utenti in trattamento si riferiscono al 2017 o all'anno più recente disponibile: Estonia e Spagna, 2016; Paesi Bassi, 2015.

I dati sugli utenti in terapia sostitutiva si riferiscono al 2017 o all'anno più recente disponibile: Spagna e Slovenia, 2016; Danimarca, Ungheria, Paesi Bassi e Finlandia, 2015. Il numero per la Svezia non rappresenta tutti gli utenti.

(¹) A causa di cambiamenti nel sistema di segnalazione della presa in carico, sono presentate solo le proporzioni.

(²) I dati per gli utenti in carico si riferiscono ai servizi ospedalieri e ai servizi ambulatoriali specialistici. I dati presentati non sono pienamente rappresentativi del quadro nazionale.

(³) La stima del consumo ad alto rischio di oppiacei non comprende l'Irlanda del Nord. Gli utenti in terapia sostitutiva si riferiscono a Inghilterra e Galles.

(⁴) La percentuale di utenti in carico per problemi correlati al consumo di oppiacei è un valore minimo, che non tiene conto degli utenti con dipendenza da oppiacei registrati come poliassuntori.

## TABELLA A2

## COCAINA

Paese	Stime di prevalenza				In trattamento nel corso dell'anno						
	Popolazione complessiva			Popolazione scolastica	Consumatori di cocaina in % degli utenti in carico			% di consumatori di cocaina per via parenterale (principale via di assunzione)			
	Anno dell'indagine	Nella vita, adulti (15-64)	Negli ultimi 12 mesi, giovani adulti (15-34)	Nella vita, studenti (15-16)	Tutti gli utenti	Utenti trattati per la prima volta	Utenti già in carico	Tutti gli utenti	Utenti trattati per la prima volta	Utenti già in carico	
		%	%	%	% (valore numerico)	% (valore numerico)	% (valore numerico)	% (valore numerico)	% (valore numerico)	% (valore numerico)	
Belgio	2013	–	0,9	1	24,3 (2 690)	23,9 (1 007)	24,2 (1 552)	6,2 (124)	1,4 (11)	8,6 (97)	
Bulgaria	2016	0,9	0,5	2	2,7 (46)	3,9 (7)	1,6 (11)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Cechia	2017	2,4	0,2	1	0,7 (28)	0,7 (12)	0,7 (15)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Danimarca	2017	6,4	3,9	2	15,9 (776)	17,9 (407)	14 (338)	2,1 (15)	0,3 (1)	4,1 (13)	
Germania (*)	2015	3,8	1,2	3	4,8 (–)	6,4 (–)	–	1,5 (–)	0,8 (–)	–	
Estonia	2008	–	1,3	1	0,3 (1)	1,1 (1)	–	–	–	–	
Irlanda	2015	7,8	2,9	3	16,8 (1 431)	23 (748)	12,8 (623)	1,3 (18)	0 (0)	2,6 (16)	
Grecia	2015	1,3	0,6	1	8,1 (345)	10,3 (172)	6,8 (172)	9,9 (34)	4,7 (8)	15,2 (26)	
Spagna	2017	10,3	2,8	3	39,2 (17 889)	39,7 (9 052)	38,2 (7 678)	0,8 (134)	0,4 (33)	1,3 (98)	
Francia	2017	5,6	3,2	4	8,4 (3 988)	7,8 (1 035)	9,8 (1 801)	8,8 (324)	3,8 (37)	13,6 (229)	
Croazia	2015	2,7	1,6	2	–	3,2 (31)	–	–	3,2 (1)	–	
Italia	2017	6,9	1,7	2	33 (15 394)	38,1 (7 993)	28,9 (7 401)	2 (299)	1,1 (86)	3 (213)	
Cipro	2016	1,4	0,4	3	14,7 (124)	12,1 (51)	19,8 (65)	5 (6)	2 (1)	7,9 (5)	
Lettonia	2015	1,5	1,2	2	0,5 (4)	0,7 (3)	0,3 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Lituania	2016	0,7	0,3	2	0,8 (13)	2,1 (5)	0,5 (7)	11,1 (1)	33,3 (1)	0 (0)	
Lussemburgo	2014	2,5	0,6	2	21,8 (39)	14,6 (7)	25,3 (20)	40,5 (15)	57,1 (4)	42,1 (8)	
Ungheria	2015	1,2	0,9	2	3,5 (167)	3,9 (132)	2,4 (26)	2,5 (4)	2,3 (3)	4 (1)	
Malta	2013	0,5	–	3	18,6 (340)	41,8 (97)	15,2 (243)	13,4 (43)	4,1 (4)	17,5 (39)	
Paesi Bassi	2017	6,2	4,5	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	0,4	2	9,2 (339)	10,1 (156)	8,6 (183)	9,3 (30)	5,4 (8)	12,6 (22)	
Polonia	2014	1,3	0,4	4	2,3 (163)	2,5 (88)	2,1 (72)	2,5 (4)	1,2 (1)	2,9 (2)	
Portogallo	2016	1,2	0,3	2	17,3 (522)	20,8 (341)	13,2 (181)	2,6 (13)	0,6 (2)	6,3 (11)	
Romania	2016	0,7	0,2	3	1,2 (44)	1,4 (36)	0,6 (6)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Slovenia	2012	2,1	1,2	2	4,5 (11)	6,5 (4)	3,9 (7)	45,5 (5)	25 (1)	57,1 (4)	
Slovacchia	2015	0,7	0,3	2	1,1 (31)	1,9 (24)	0,3 (5)	3,3 (1)	–	25 (1)	
Finlandia	2014	1,9	1,0	1	0,1 (1)	0 (0)	0,2 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Svezia (?)	2017	–	2,5	1	1,4 (552)	2,7 (371)	0,7 (181)	–	–	–	
Regno Unito	2017	10,7	4,7	3	17,6 (20 290)	22,1 (8 185)	15,4 (12 054)	1,9 (259)	0,5 (31)	2,9 (226)	
Turchia	2017	0,2	0,1	–	3,9 (456)	4,4 (247)	3,5 (209)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Norvegia	2017	5,1	2,1	1	1,8 (102)	2,7 (72)	1 (30)	–	–	–	
Unione europea	–	5,4	2,1	–	15,5 (72 424)	19,1 (33 178)	16,5 (36 594)	2,1 (1 550)	0,8 (259)	3,1 (1 241)	
UE, Turchia e Norvegia	–	–	–	–	15,1 (72 982)	18,4 (33 497)	15,9 (36 833)	2,1 (1 550)	0,8 (259)	3,1 (1 241)	

Le stime di prevalenza rispetto alla popolazione scolastica sono tratte dall'indagine ESPAD 2015, ad eccezione di Belgio (2017, solo Fiandre), Bulgaria (2017), Germania (2011), Italia (2017), Lussemburgo (2014, età 15 anni), Spagna (2016), Svezia (2017) e Regno Unito (2016, solo Inghilterra, età 15 anni). A causa dell'incertezza delle procedure di raccolta dei dati, i dati relativi alla Lettonia potrebbero non essere comparabili.

Le stime di prevalenza rispetto alla popolazione complessiva del Regno Unito si riferiscono esclusivamente ad Inghilterra e Galles. Fascia di età per i tassi di prevalenza rispetto alla popolazione complessiva: Francia, Germania, Grecia e Ungheria, 18-64, 18-34; Danimarca e Norvegia, 16-64, 16-34; Malta, 18-65; Svezia, 17-34; Regno Unito, 16-59, 16-34.

I dati sugli utenti in trattamento si riferiscono al 2017 o all'anno più recente disponibile: Estonia e Spagna, 2016; Paesi Bassi, 2015.

(\*) A causa di cambiamenti nel sistema di segnalazione della presa in carico, sono presentate solo le proporzioni.

(?) I dati per gli utenti in carico si riferiscono ai servizi ospedalieri e ai servizi ambulatoriali specialistici. I dati presentati non sono pienamente rappresentativi del quadro nazionale.



TABELLA A3

## AMFETAMINE

Paese	Stime di prevalenza				In trattamento nel corso dell'anno					
	Popolazione complessiva			Popolazione scolastica	Consumatori di amfetamine in % degli utenti in carico			% di consumatori di amfetamine per via parenterale (principale via di assunzione)		
	Anno dell'indagine	Nella vita, adulti (15-64)	Negli ultimi 12 mesi, giovani adulti (15-34)	Nella vita, studenti (15-16)	Tutti gli utenti	Utenti trattati per la prima volta	Utenti già in carico	Tutti gli utenti	Utenti trattati per la prima volta	Utenti già in carico
	%	%	%	% (valore numerico)	% (valore numerico)	% (valore numerico)	% (valore numerico)	% (valore numerico)	% (valore numerico)	% (valore numerico)
Belgio	2013	–	0,5	1	9,1 (1 011)	7,5 (315)	10,6 (681)	11,8 (96)	6,2 (16)	14,6 (80)
Bulgaria	2016	1,5	1,8	3	12,6 (211)	12,8 (23)	2,7 (18)	4,9 (2)	0 (0)	11,8 (2)
Cechia	2017	3,3	0,7	1	49,6 (2 078)	52,8 (933)	47,2 (1 041)	62,8 (1 256)	57,6 (520)	67,2 (683)
Danimarca	2017	7,0	1,4	1	6,2 (303)	5,4 (122)	7 (170)	1,8 (5)	0,9 (1)	2,5 (4)
Germania (¹)	2015	3,6	1,9	4	14,5 (–)	15,3 (–)	–	2,1 (–)	1,9 (–)	–
Estonia	2008	–	2,5	2	3,8 (11)	6,9 (6)	2,5 (4)	50 (5)	66,7 (4)	33,3 (1)
Irlanda	2015	4,1	0,6	3	0,4 (38)	0,6 (19)	0,3 (17)	–	–	–
Grecia	–	–	–	2	0,8 (33)	1,3 (22)	0,4 (11)	18,2 (6)	22,7 (5)	9,1 (1)
Spagna	2017	4	0,9	2	1,7 (754)	1,9 (431)	1,4 (291)	0,9 (7)	0,9 (4)	1 (3)
Francia	2017	2,2	0,6	2	0,4 (212)	0,5 (63)	0,5 (91)	9,7 (18)	8,5 (5)	10,8 (9)
Croazia	2015	3,5	2,3	3	–	3,4 (33)	–	–	0 (0)	–
Italia	2017	2,4	0,3	2	0,2 (93)	0,3 (55)	0,1 (38)	1,2 (1)	2 (1)	0 (0)
Cipro	2016	0,5	0,1	3	6,8 (57)	6,2 (26)	9,5 (31)	9,1 (5)	4 (1)	13,3 (4)
Lettonia	2015	1,9	0,7	3	17,5 (141)	22,9 (98)	11,3 (43)	64,1 (84)	54,9 (50)	85 (34)
Lituania	2016	1,2	0,5	1	3,5 (59)	9,9 (24)	2 (29)	29,6 (16)	13,6 (3)	48,1 (13)
Lussemburgo	2014	1,6	0,1	1	–	–	–	–	–	–
Ungheria	2015	1,7	1,4	3	11,1 (534)	11,2 (378)	11,3 (124)	9,7 (51)	4,8 (18)	27 (33)
Malta	2013	0,3	–	2	0,2 (3)	0,4 (1)	0,1 (2)	66,7 (2)	100 (1)	50 (1)
Paesi Bassi	2017	5,4	3,9	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	5,5 (203)	7,2 (111)	4,3 (92)	2,2 (4)	1 (1)	3,6 (3)
Polonia	2014	1,7	0,4	4	29,4 (2 085)	31,6 (1 126)	26,9 (924)	2,7 (55)	1,3 (15)	4,3 (39)
Portogallo	2016	0,4	0,0	1	0,1 (3)	0,1 (2)	0,1 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Romania	2016	0,3	0,1	1	0,8 (30)	1 (26)	0,4 (4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Slovenia	2012	0,9	0,8	1	0,8 (2)	3,2 (2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Slovacchia	2015	1,4	0,8	1	40,8 (1 182)	44 (566)	38,1 (580)	30,9 (350)	26,8 (148)	34,9 (192)
Finlandia	2014	3,4	2,4	1	18,9 (134)	20,2 (51)	18,1 (83)	71,2 (94)	52 (26)	82,9 (68)
Svezia (²)	2017	–	1,2	1	5,3 (2 076)	7,3 (1 007)	4,3 (1 069)	–	–	–
Regno Unito	2017	9,9	1,0	1	2,1 (2 476)	2,7 (1 015)	1,9 (1 450)	18,9 (295)	11,7 (70)	23,6 (225)
Turchia	2017	0,0	–	–	6,5 (751)	9,7 (549)	3,4 (202)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Norvegia	2017	3,9	0,8	1	13 (744)	10,3 (277)	15,4 (467)	–	–	–
Unione europea	–	<b>3,7</b>	<b>1,0</b>	–	<b>6,1 (28 291)</b>	<b>6,6 (11 393)</b>	<b>5,9 (16 465)</b>	<b>9,4 (2 871)</b>	<b>8,8 (1 015)</b>	<b>9,3 (1 714)</b>
UE, Turchia e Norvegia	–	–	–	–	<b>6,2 (29 786)</b>	<b>6,7 (12 219)</b>	<b>6,0 (17 134)</b>	<b>9,2 (2 871)</b>	<b>8,4 (1 015)</b>	<b>9,2 (1 714)</b>

Le stime di prevalenza rispetto alla popolazione scolastica sono tratte dall'indagine ESPAD 2015, ad eccezione di Belgio (2017, solo Fiandre), Bulgaria (2017), Germania (2011), Italia (2017), Lussemburgo (2014, età 15 anni), Spagna (2016), Svezia (2017) e Regno Unito (2016, solo Inghilterra, età 15 anni). A causa dell'incertezza delle procedure di raccolta dei dati, i dati relativi alla Lettonia potrebbero non essere comparabili.

Le stime di prevalenza rispetto alla popolazione complessiva del Regno Unito si riferiscono esclusivamente ad Inghilterra e Galles. Fascia di età per i tassi di prevalenza rispetto alla popolazione complessiva: Francia, Germania e Ungheria, 18-64, 18-34; Danimarca e Norvegia, 16-64, 16-34; Malta, 18-65; Svezia, 17-34; Regno Unito, 16-59, 16-34.

I dati sugli utenti in trattamento si riferiscono al 2017 o all'anno più recente disponibile: Estonia e Spagna, 2016; Paesi Bassi, 2015. I dati relativi a Germania, Svezia e Norvegia si riferiscono a consumatori di «stimolanti diversi dalla cocaina».

(¹) A causa di cambiamenti nel sistema di segnalazione della presa in carico, sono presentate solo le proporzioni.

(²) I dati per gli utenti in carico si riferiscono ai servizi ospedalieri e ai servizi ambulatoriali specialistici. I dati presentati non sono pienamente rappresentativi del quadro nazionale.

TABELLA A4

## MDMA

Paese	Stime di prevalenza				In trattamento nel corso dell'anno		
	Popolazione complessiva			Popolazione scolastica	Consumatori di MDMA in % degli utenti in carico		
	Anno dell'indagine	Nella vita, adulti (15-64)	Negli ultimi 12 mesi, giovani adulti (15-34)	Nella vita, studenti (15-16)	Tutti gli utenti	Utenti trattati per la prima volta	Utenti già in carico
	%	%	%	% (valore numerico)	% (valore numerico)	% (valore numerico)	
Belgio	2013	–	0,8	2	0,5 (53)	0,8 (32)	0,3 (19)
Bulgaria	2016	2,1	3,1	2	1,7 (29)	1,1 (2)	0 (0)
Cechia	2017	5,8	2,1	3	0,6 (27)	1 (17)	0,4 (9)
Danimarca	2017	3,2	1,5	1	0,3 (16)	0,6 (14)	0,1 (2)
Germania	2015	3,3	1,3	2	–	–	–
Estonia	2008	–	2,3	3	0,3 (1)	–	0,6 (1)
Irlanda	2015	9,2	4,4	4	0,5 (42)	0,9 (29)	0,3 (13)
Grecia	2015	0,6	0,4	1	0,2 (10)	0,4 (7)	0,1 (3)
Spagna	2017	3,6	1,2	2	0,2 (89)	0,3 (66)	0,1 (16)
Francia	2017	3,9	1,3	2	0,4 (168)	0,4 (54)	0,3 (56)
Croazia	2015	3,0	1,4	2	–	0,8 (8)	–
Italia	2017	2,7	0,8	1	0,1 (59)	0,2 (34)	0,1 (25)
Cipro	2016	1,1	0,3	3	0,1 (1)	–	–
Lettonia	2015	2,4	0,8	3	0,4 (3)	0,2 (1)	0,5 (2)
Lituania	2016	1,7	1,0	2	0,1 (2)	0 (0)	0,1 (2)
Lussemburgo	2014	1,9	0,4	1	0,6 (1)	2,1 (1)	–
Ungheria	2015	4,0	2,1	2	2,3 (111)	1,7 (57)	3,7 (41)
Malta	2013	0,7	–	2	0,7 (12)	0,9 (2)	0,6 (10)
Paesi Bassi	2017	9,4	7,1	3	0,7 (80)	1 (67)	0,3 (13)
Austria	2015	2,9	1,1	2	0,9 (32)	1,2 (19)	0,6 (13)
Polonia	2014	1,6	0,9	3	0,3 (23)	0,3 (12)	0,3 (9)
Portogallo	2016	0,7	0,2	2	0,2 (7)	0,2 (3)	0,3 (4)
Romania	2016	0,5	0,2	2	0,9 (33)	1,2 (30)	0,2 (2)
Slovenia	2012	2,1	0,8	2	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Slovacchia	2015	3,1	1,2	3	0,1 (4)	0,1 (1)	0,1 (2)
Finlandia	2014	3,0	2,5	1	0,1 (1)	0,4 (1)	0 (0)
Svezia	2017	–	2,0	1	–	–	–
Regno Unito	2017	10,0	3,3	4	0,5 (616)	1,1 (415)	0,3 (200)
Turchia	2017	0,4	0,2	–	2 (230)	2,9 (161)	1,2 (69)
Norvegia	2017	4,1	2,2	1	–	–	–
<b>Unione europea</b>	–	<b>4,1</b>	<b>1,7</b>	–	<b>0,3 (1 428)</b>	<b>0,5 (872)</b>	<b>0,2 (442)</b>
<b>UE, Turchia e Norvegia</b>	–	–	–	–	<b>0,3 (1 658)</b>	<b>0,6 (1 033)</b>	<b>0,2 (511)</b>

Le stime di prevalenza rispetto alla popolazione scolastica sono tratte dall'indagine ESPAD 2015, ad eccezione di Belgio (2017, solo Fiandre), Bulgaria (2017), Germania (2011), Italia (2017), Lussemburgo (2014, età 15 anni), Spagna (2016), Svezia (2017) e Regno Unito (2016, solo Inghilterra, età 15 anni). A causa dell'incertezza delle procedure di raccolta dei dati, i dati relativi alla Lettonia potrebbero non essere comparabili.

Le stime di prevalenza rispetto alla popolazione complessiva del Regno Unito si riferiscono esclusivamente ad Inghilterra e Galles. Fascia di età per i tassi di prevalenza rispetto alla popolazione complessiva: Francia, Germania, Grecia e Ungheria, 18-64, 18-34; Danimarca e Norvegia, 16-64, 16-34; Malta, 18-65; Svezia, 17-34; Regno Unito, 16-59, 16-34.

I dati sugli utenti in trattamento si riferiscono al 2017 o all'anno più recente disponibile: Estonia e Spagna, 2016; Paesi Bassi, 2015.

## TABELLA A5

## CANNABIS

Paese	Stime di prevalenza				In trattamento nel corso dell'anno		
	Anno dell'indagine	Popolazione complessiva		Popolazione scolastica	Consumatori di cannabis in % degli utenti in carico		
		Nella vita, adulti (15-64)	Negli ultimi 12 mesi, giovani adulti (15-34)	Nella vita, studenti (15-16)	Tutti gli utenti	Utenti trattati per la prima volta	Utenti già in carico
	%	%	%	% (valore numerico)	% (valore numerico)	% (valore numerico)	
Belgio	2013	15,0	10,1	18	34,2 (3 786)	50,7 (2 132)	23,2 (1 487)
Bulgaria	2016	8,3	10,3	20	9,9 (166)	5 (9)	2,5 (17)
Cechia	2017	28,6	19,3	37	23,6 (988)	28,4 (501)	19,6 (433)
Danimarca	2017	38,4	15,4	12	62,7 (3 069)	65,9 (1 501)	59,5 (1 435)
Germania (¹)	2015	27,2	13,3	19	43,1 (-)	64,1 (-)	-
Estonia	2008	-	13,6	25	1 (3)	2,3 (2)	0,6 (1)
Irlanda	2015	27,9	13,8	19	24,6 (2 102)	39 (1 270)	14,6 (712)
Grecia	2015	11,0	4,5	9	26,9 (1 148)	46,1 (773)	14,7 (373)
Spagna	2017	35,2	18,3	31	29,2 (13 304)	40,7 (9 278)	15,9 (3 208)
Francia	2017	44,8	21,8	31	59,6 (28 205)	74,4 (9 828)	41,1 (7 517)
Croazia	2015	19,4	16,0	21	-	62,9 (602)	-
Italia	2017	32,7	20,9	19	21,8 (10 155)	30,9 (6 483)	14,3 (3 672)
Cipro	2016	12,1	4,3	7	52,7 (444)	67,5 (284)	28,4 (93)
Lettonia	2015	9,8	10,0	17	24 (194)	36 (154)	10,6 (40)
Lituania	2016	10,8	6,0	18	6,5 (110)	22,7 (55)	3,5 (50)
Lussemburgo	2014	23,3	9,8	20	16,2 (29)	22,9 (11)	13,9 (11)
Ungheria	2015	7,4	3,5	13	63 (3 031)	68,2 (2 310)	49,2 (542)
Malta	2013	4,3	-	13	9,1 (167)	19 (44)	7,7 (123)
Paesi Bassi	2017	26,6	17,5	22	47,3 (5 202)	55,5 (3 625)	35,4 (1 577)
Austria	2015	23,6	14,1	20	33,2 (1 222)	51,7 (802)	19,7 (420)
Polonia	2014	16,2	9,8	24	31,2 (2 209)	39 (1 390)	23,2 (796)
Portogallo	2016	11,0	8,0	15	37,2 (1 120)	51,8 (848)	19,8 (272)
Romania	2016	5,8	5,8	8	49,3 (1 764)	62,4 (1 585)	15,8 (153)
Slovenia	2012	15,8	10,3	25	6,1 (15)	19,4 (12)	1,7 (3)
Slovacchia	2015	15,8	9,3	26	25,7 (743)	38,5 (495)	14,3 (218)
Finlandia	2014	21,7	13,5	8	18 (128)	31,3 (79)	10,7 (49)
Svezia (²)	2017	-	9,6	6	10 (3 878)	15,4 (2 125)	7 (1 753)
Regno Unito	2017	30	12,3	19	24,2 (27 920)	45,3 (16 733)	14,2 (11 114)
Turchia	2017	2,7	1,9	-	6,4 (745)	9,2 (520)	3,8 (225)
Norvegia	2017	24,5	10,1	7	28,8 (1 651)	36,8 (989)	21,8 (662)
Unione europea	-	<b>27,4</b>	<b>14,4</b>	-	<b>32,7 (152 373)</b>	<b>47,0 (81 566)</b>	<b>17,5 (58 103)</b>
UE, Turchia e Norvegia	-	-	-	-	<b>32,0 (154 769)</b>	<b>45,7 (83 075)</b>	<b>17,2 (58 990)</b>

Le stime di prevalenza rispetto alla popolazione scolastica sono tratte dall'indagine ESPAD 2015, ad eccezione di Belgio (2017, solo Fiandre), Bulgaria (2017), Germania (2011), Italia (2017), Lussemburgo (2014, età 15 anni), Spagna (2016), Svezia (2017) e Regno Unito (2016, solo Inghilterra, età 15 anni). A causa dell'incertezza delle procedure di raccolta dei dati, i dati relativi alla Lettonia potrebbero non essere comparabili.

Le stime di prevalenza rispetto alla popolazione complessiva del Regno Unito si riferiscono esclusivamente ad Inghilterra e Galles. Fascia di età per i tassi di prevalenza rispetto alla popolazione complessiva: Francia, Germania, Grecia e Ungheria, 18-64, 18-34; Danimarca e Norvegia, 16-64, 16-34; Malta, 18-65; Svezia, 17-34; Regno Unito, 16-59, 16-34.

I dati sugli utenti in trattamento si riferiscono al 2017 o all'anno più recente disponibile: Estonia e Spagna, 2016; Paesi Bassi, 2015.

(¹) A causa di cambiamenti nel sistema di segnalazione della presa in carico, sono presentate solo le proporzioni.

(²) I dati per gli utenti in carico si riferiscono ai servizi ospedalieri e ai servizi ambulatoriali specialistici. I dati presentati non sono pienamente rappresentativi del quadro nazionale.

TABELLA A6

## ALTRI INDICATORI

Paese	Decessi droga-indotti			Diagnosi di HIV correlate al consumo di stupefacenti per via parenterale (ECDC)	Stima del consumo di stupefacenti per via parenterale		Siringhe distribuite attraverso programmi specifici
	Anno	Tutte le età	15-64 anni		anno della stima	casi per 1 000 abitanti	
		valore numerico	casi per milione di abitanti (valore numerico)	casi per milione di abitanti (valore numerico)			valore numerico
Belgio	2014	61	8 (60)	0,6 (7)	2015	2,32-4,61	1 203 077
Bulgaria	2017	18	4 (18)	4,4 (31)	–	–	52 927
Cechia	2017	42	5 (35)	0,5 (5)	2017	6,18-6,47	6 409 862
Danimarca <sup>(1)</sup>	2016	237	55 (202)	1 (6)	–	–	–
Germania <sup>(1)</sup> <sup>(2)</sup>	2017	1 272	21 (1 120)	1,5 (127)	–	–	–
Estonia	2017	110	130 (110)	10,6 (14)	2015	9,01-11,25	1 997 158
Irlanda	2015	224	69 (215)	2,9 (14)	–	–	519 578
Grecia	2017	62	– (–)	8 (86)	2017	0,43-0,68	278 415
Spagna <sup>(3)</sup>	2016	483	16 (482)	2,3 (105)	2016	0,25-0,57	1 503 111
Francia <sup>(4)</sup>	2015	373	7 (299)	0,6 (43)	2017	2,58-3,29	11 907 416
Croazia	2017	65	23 (64)	0 (0)	2015	1,79-2,87	244 299
Italia	2017	294	8 (293)	1,6 (94)	–	–	–
Cipro	2017	16	26 (15)	0 (0)	2017	0,38-0,59	245
Lettonia	2017	22	17 (22)	40 (78)	2016	5,31-6,83	833 817
Lituania	2017	83	44 (83)	47,8 (136)	2016	4,37-4,89	251 370
Lussemburgo	2017	8	19 (8)	15,2 (9)	2015	3,77	447 681
Ungheria	2017	33	5 (33)	0,1 (1)	2015	0,98	137 580
Malta	2017	5	16 (5)	0 (0)	–	–	315 541
Paesi Bassi	2017	262	22 (243)	0,1 (2)	2015	0,07-0,09	–
Austria	2017	154	26 (151)	1,4 (12)	–	–	6 293 593
Polonia <sup>(1)</sup>	2016	204	7 (181)	0,7 (27)	–	–	59 958
Portogallo	2016	30	4 (30)	1,7 (18)	2015	1,00-4,46	1 421 666
Romania <sup>(5)</sup>	2017	32	2 (32)	4,4 (86)	–	–	1 095 284
Slovenia	2017	47	32 (44)	0 (0)	–	–	578 926
Slovacchia	2017	19	5 (18)	0 (0)	–	–	395 877
Finlandia	2017	200	55 (189)	1,8 (10)	2012	4,1-6,7	5 824 467
Svezia	2017	626	92 (574)	2 (20)	–	–	517 381
Regno Unito <sup>(6)</sup>	2016	3 256	74 (3 108)	1,7 (115)	2004-11	2,87-3,22	–
Turchia <sup>(1)</sup>	2017	941	17 (907)	0,2 (14)	–	–	–
Norvegia	2016	282	75 (258)	1,3 (7)	2016	2,15-3,04	2 884 230
Unione europea	–	<b>8 238</b>	<b>23 (7 634)</b>	<b>2,0 (1 046)</b>	–	–	–
UE, Turchia e Norvegia	–	<b>9 461</b>	<b>22,6 (8 799)</b>	<b>1,8 (1 067)</b>	–	–	–

<sup>(1)</sup> In alcuni casi la fascia di età non è specificata e tali casi non sono stati inclusi nei calcoli del tasso di mortalità: Germania (147), Danimarca (5), Polonia (1), Turchia (22).

<sup>(2)</sup> I dati relativi all'HIV per la Germania si riferiscono al 2016.

<sup>(3)</sup> I dati sulle siringhe distribuite mediante programmi specifici si riferiscono al 2016.

<sup>(4)</sup> I dati sulle siringhe distribuite mediante programmi specifici si riferiscono al 2015.

<sup>(5)</sup> Decessi droga-indotti in Romania: copertura subnazionale

<sup>(6)</sup> Dati sulle siringhe nel Regno Unito: Inghilterra nessun dato; Scozia 4 401 387 Galles 2 630 382 (entrambi nel 2017); Irlanda del Nord 310 005 (2016).

TABELLA A7

## SEQUESTRI

	Eroina		Cocaina		Amfetamine		MDMA, MDA, MDEA	
	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	53	1 790	44 752	4 695	163	2 855	491 183 (-)	1 692
Bulgaria	698	32	42	30	406	80	2 335 (322)	41
Cechia	19	90	27	227	95	1 703	15 279 (5)	387
Danimarca	16	561	151	4 786	322	2 244	2 731 476 (34)	933
Germania	298	-	8 166	-	1 784	-	693 668 (-)	-
Estonia	<0,1	3	17	154	33	454	- (6)	310
Irlanda	-	765	-	792	-	91	- (-)	344
Grecia	359	1 952	234	596	164	16	589 (6)	83
Spagna	524	7 283	40 960	42 206	272	4 505	363 138 (-)	3 569
Francia	658	4 544	17 500	12 214	405	773	1 130 839 (-)	1 073
Croazia	27	140	466	418	38	775	- (9)	743
Italia	610	2 296	4 084	7 812	72	271	10 844 (8)	267
Cipro	0,4	4	8	118	1	73	159 (3)	13
Lettonia	0,2	66	2	61	21	502	3 660 (28)	169
Lituania	4	173	623	98	28	278	- (22)	140
Lussemburgo	1	69	3	222	0,2	26	956 (<0,1)	25
Ungheria	21	34	6	276	25	973	51 836 (1)	650
Malta	13	25	0,3	232	<0,1	1	405 (<0,1)	99
Paesi Bassi (*)	1 110	-	14 629	-	146	-	- (1 250)	-
Austria	70	967	71	1 571	55	1 488	446 465 (4)	1 183
Polonia	2	2	69	9	608	33	- (-)	-
Portogallo	29	492	2 734	816	1	51	1 598 (2)	282
Romania	4	222	8	169	2	115	18 810 (0,9)	477
Slovenia	11	286	12	277	6	242	1 537 (1)	63
Slovacchia	0,6	41	3	42	4	661	2 448 (<0,1)	74
Finlandia	0,4	138	7	383	259	2 263	66 420 (-)	695
Svezia	45	675	162	3 640	770	5 524	34 919 (24)	1 993
Regno Unito	844	11 075	5 697	18 912	1 356	4 043	513 259 (2)	3 483
Turchia	17 385	12 932	1 476	3 829	7 268	9 405	8 606 765 (-)	6 663
Norvegia	99	628	80	1 185	503	5 734	33 657 (12)	1 122
<b>Unione europea</b>	<b>5 418</b>	<b>36 786</b>	<b>140 435</b>	<b>104 348</b>	<b>7 037</b>	<b>43 720</b>	<b>6 581 823 (1 727)</b>	<b>22 803</b>
<b>UE, Turchia e Norvegia</b>	<b>22 902</b>	<b>50 346</b>	<b>141 990</b>	<b>109 362</b>	<b>14 808</b>	<b>58 859</b>	<b>15 222 245 (1 739)</b>	<b>30 588</b>

Le amfetamine includono amfetamina e metamfetamina.

Tutti i dati si riferiscono al 2017 o all'anno più recente.

(\*) I dati sul numero e sulla quantità dei sequestri non comprendono tutte le unità delle autorità di contrasto competenti e dovrebbero essere considerati parziali e minimi. I sequestri di cocaina rappresentano la maggior parte dei sequestri di grandi quantità.

TABELLA A7

## SEQUESTRI (seguito)

Paese	Resina di cannabis		Cannabis in foglie e infiorescenze		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	947	6 133	946	28 519	416 576 (-)	1 234
Bulgaria	0,2	9	1 580	57	16 087 (33 822)	102
Cechia	9	173	1 095	5 369	54 392 (-)	502
Danimarca	6 637	16 678	293	1 803	38 859 (236)	380
Germania	1 295	-	7 731	-	101 598 (-)	-
Estonia	80	54	54	823	- (24)	35
Irlanda	-	257	-	1 546	- (-)	280
Grecia	6 251	257	24 940	8 866	46 907 (-)	742
Spagna	334 919	157 346	34 517	151 968	1 124 674 (-)	3 038
Francia	67 300	82 797	20 200	44 301	137 074 (-)	395
Croazia	8	351	2 410	7 057	7 405 (-)	213
Italia	18 755	8 922	90 097	11 253	265 635 (-)	1 545
Cipro	1	8	151	826	161 (-)	23
Lettonia	202	36	43	848	- (102)	55
Lituania	2 089	53	124	924	- (-)	-
Lussemburgo	19	348	113	935	74 (-)	13
Ungheria	114	153	3 674	3 751	5 287 (-)	156
Malta	591	109	0,2	175	11 (-)	5
Paesi Bassi (*)	942	-	3 104	-	722 618 (-)	-
Austria	100	1 841	1 557	16 969	31 102 (-)	533
Polonia	1 237	18	1 043	93	448 (-)	8
Portogallo	14 790	3 647	410	437	22 910 (-)	158
Romania	6	185	276	2 861	6 780 (1 540)	179
Slovenia	20	126	838	3 768	13 594 (-)	218
Slovacchia	1	26	144	1 115	2 299 (-)	31
Finlandia	693	252	322	1 158	15 200 (-)	1 150
Svezia	2 809	13 140	1 125	8 825	- (-)	-
Regno Unito	6 281	12 093	12 615	103 695	340 531 (-)	9 583
Turchia	81 429	8 718	94 379	41 929	- (-)	3 143
Norvegia	2 035	9 533	385	3 473	- (43)	167
<b>Unione europea</b>	<b>466 097</b>	<b>311 071</b>	<b>209 401</b>	<b>440 295</b>	<b>3 370 222 (35 725)</b>	<b>22 745</b>
<b>UE, Turchia e Norvegia</b>	<b>549 561</b>	<b>329 322</b>	<b>304 165</b>	<b>485 697</b>	<b>3 370 222 (35 768)</b>	<b>26 055</b>

Nota: tutti i dati si riferiscono al 2017 o all'anno più recente.

(\*) I dati sul numero e sulla quantità dei sequestri non comprendono tutte le unità delle autorità di contrasto competenti e dovrebbero essere considerati parziali e minimi.

## Per contattare l'UE

### Di persona

I centri di informazione Europe Direct sono centinaia, disseminati in tutta l'Unione europea. Potete trovare l'indirizzo del centro più vicino sul sito [https://europa.eu/european-union/contact\\_it](https://europa.eu/european-union/contact_it)

### Telefonicamente o per email

Europe Direct è un servizio che risponde alle vostre domande sull'Unione europea. Il servizio è contattabile:

- al numero verde: 00 800 6 7 8 9 10 11 (presso alcuni operatori queste chiamate possono essere a pagamento),
- al numero +32 22999696, oppure
- per e-mail dal sito [https://europa.eu/european-union/contact\\_it](https://europa.eu/european-union/contact_it)

## Per informarsi sull'UE

### Online

Il portale Europa contiene informazioni sull'Unione europea in tutte le lingue ufficiali: [https://europa.eu/european-union/index\\_it](https://europa.eu/european-union/index_it)

### Pubblicazioni dell'UE

È possibile scaricare o ordinare pubblicazioni dell'UE gratuite e a pagamento dal sito <http://publications.europa.eu/it/publications>. Le pubblicazioni gratuite possono essere richieste in più esemplari contattando Europe Direct o un centro di informazione locale (cfr. [https://europa.eu/european-union/contact\\_it](https://europa.eu/european-union/contact_it)).

### Legislazione dell'UE e documenti correlati

La banca dati Eur-Lex contiene la totalità della legislazione UE dal 1952 in poi in tutte le versioni linguistiche ufficiali: <http://eur-lex.europa.eu>

### Open Data dell'UE

Il portale Open Data dell'Unione europea (<http://data.europa.eu/euodp/it>) dà accesso a un'ampia serie di dati prodotti dall'Unione europea. I dati possono essere liberamente utilizzati e riutilizzati per fini commerciali e non commerciali.



## Informazioni sulla presente relazione

La relazione Tendenze e sviluppi offre una panoramica approfondita sul fenomeno della droga in Europa, esaminando temi quali offerta e consumo di droghe, problemi di salute pubblica nonché politiche e risposte in materia di droghe. 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 2019.

## Informazioni sull'EMCDDA

L'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (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 con solide basi scientifiche sulle droghe, sulle tossicodipendenze e sulle relative conseguenze, fornendo 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, gli operatori e i ricercatori attivi nel campo delle droghe, ma anche i media e il pubblico in generale. L'EMCDDA ha sede a Lisbona ed è una delle agenzie decentrate dell'Unione europea.

