COMMISSIONE DELLE COMUNITÀ EUROPEE

Bruxelles, 18.4.2007
COM(2007) 199 definitivo

RELAZIONE DELLA COMMISSIONE AL PARLAMENTO EUROPEO E AL CONSIGLIO

Sull'attuazione della raccomandazione del Consiglio del 18 giugno 2003 sulla prevenzione e la riduzione del danno per la salute causato da tossicodipendenza

INDICE

1. CONTESTO 3

2. METODO – RACCOLTA DEI DATI 3

3. ATTUAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE DEL CONSIGLIO – PRINCIPALI RISULTATI 4

4. CONCLUSIONI 9

5. SEGUITO DATO ALLA RACCOMANDAZIONE 2003 DEL CONSIGLIO 10

TECHNICAL ANNEXES 13

5.1. ANNEX I – Abbreviations and technical terms used 13

5.2. ANNEX II – Figures 14

1. CONTESTO

Il 18 giugno 2003, il Consiglio ha adottato una raccomandazione "sulla prevenzione e la riduzione del danno per la salute causato da tossicodipendenza"[1]. L'obiettivo è di ridurre il numero di decessi dovuti alla droga e i problemi di salute derivanti dal consumo di droga, incoraggiando gli Stati membri a elaborare e ad attuare misure e strategie per prevenire e ridurre i danni causati dalla droga. La necessità di agire rapidamente è anche evidenziata nella strategia antidroga dell'Unione europea (2005-2012) e nel piano d'azione Droga dell'Unione europea (2005-2008).

La raccomandazione invita gli Stati membri ad adottare misure in tre ambiti:

(1) fare della prevenzione della tossicodipendenza e della riduzione dei rischi che vi sono associati un obiettivo di sanità pubblica; elaborare ed attuare strategie globali a tal fine;

(2) ridurre in modo significativo l'incidenza delle affezioni associate alla tossicodipendenza (come l'HIV, l'epatite B e C, la tubercolosi) nonché il numero di decessi collegati alla droga, grazie a 13 misure relative ai servizi e ai dispositivi di riduzione dei danni provocati dalla droga (ad esempio, distribuzione di materiale per iniezioni, vaccinazione, trattamento, informazione e formazione);

(3) elaborare meccanismi di valutazione adeguati per rafforzare l'efficacia e il buon funzionamento della prevenzione della tossicodipendenza e ridurre i rischi sanitari associati al consumo di droga, grazie a 9 misure riguardanti la garanzia della qualità, il controllo e la valutazione dei programmi.

La raccomandazione prevede che gli Stati membri informino sull'applicazione dei punti sopra menzionati entro un termine di due anni dalla sua adozione e invita la Commissione a redigere una relazione.

Ogni anno, l'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (OEDT) pubblica una relazione sulla situazione della tossicodipendenza nell'Unione europea comprendente dati sui decessi causati dalla droga e sulle malattie infettive collegate, come l'HIV/AIDS e l'epatite (**vedi diagramma** 1).

2. METODO – RACCOLTA DEI DATI

La presente relazione si basa essenzialmente su due fonti.
In primo luogo, nel 2005, la Commissione ha invitato i 25 Stati membri a rendere conto della situazione concernente l'attuazione della raccomandazione del Consiglio.

Le informazioni trasmesse sono state in seguito trattate dall'istituto Trimbos, un centro di ricerca indipendente nel settore della salute mentale e delle dipendenze, che era stato incaricato di redigere un documento di supporto per l'elaborazione della presente relazione. Questo documento di supporto contiene informazioni particolareggiate sulle politiche e sulle misure applicate negli Stati membri per prevenire e ridurre i problemi di salute collegati alla

[1] GU L165 del 3/07/2003, pagg. 31 – 33

tossicodipendenza, nonché un bilancio della situazione per quanto riguarda l'efficacia delle iniziative volte a ridurre i problemi causati dalla droga[2].

3. ATTUAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE DEL CONSIGLIO – PRINCIPALI RISULTATI

3.1. Punto 1 della raccomandazione: La riduzione dei danni provocati dalla droga come obiettivo di salute pubblica

In tutti gli Stati membri, la prevenzione e la riduzione dei danni provocati dalla droga costituiscono un obiettivo chiaramente individuato di sanità pubblica a livello nazionale. La raccomandazione ha svolto un ruolo importante in questo senso, soprattutto nella maggior parte dei paesi che hanno aderito all'Unione europea nel 2004.

Gli Stati membri hanno inserito un riferimento alla raccomandazione del Consiglio anche nella strategia antidroga dell'Unione europea 2005-2012.

3.2. Punto 2 della raccomandazione: I servizi e i dispositivi di riduzione dei danni provocati dalla droga negli Stati membri

Tutti gli Stati membri hanno creato servizi e dispositivi per ridurre i danni provocati dalla droga, ma alcuni meno di altri.

I dati raccolti nel documento di supporto danno un panorama della disponibilità di questi servizi e dispositivi negli Stati membri.

Vedi diagramma 2, allegato II.

- ***Dispositivi e servizi di riduzione dei danni provocati dalla droga negli Stati membri***

Tutti gli Stati membri hanno come politica di informare e consigliare i tossicomani. Le misure di **informazione,** di **istruzione** e di **comunicazione** comprendono anche le linee di assistenza telefonica e un'ampia gamma di opuscoli educativi messi a disposizione dei tossicomani in tutti i paesi. Ventidue paesi hanno creato siti Internet e alcuni propongono anche dispositivi di consulenza su Internet. Ventuno paesi organizzano corsi di formazione incentrati sulla prevenzione dei rischi e dei danni. A Malta, ad esempio, questi corsi sono proposti in modo individuale ai tossicomani che frequentano un servizio ambulatoriale.

Gli Stati membri associano in particolare **le famiglie dei tossicomani e le comunità** alle attività di riduzione dei danni provocati dalla droga e la maggior parte dei paesi mette a loro disposizione fascicoli d'informazione specifici. Nel Regno Unito, ad esempio, le famiglie partecipano alle formazioni sulla prevenzione delle dosi eccessive, al fine di ridurre i decessi provocati dalla droga.

Il **lavoro di prossimità** costituisce una risposta strategica comune per prevenire le malattie infettive. Sia nella strada che nel corso di eventi ricreativi, come le serate "tecno" o i "raves", gli Stati membri ricorrono in modo efficace a questo metodo, anche se si distinguono varie azioni geografiche all'interno dei paesi. Esistono ad esempio in tutta Italia progetti di

[2] Vedi allegato 2

prossimità e servizi a bassa soglia di accessibilità; cosa più importante, la gamma dei dispositivi attuati si è ampliata col tempo. Il trattamento ambulatoriale con metadone è d'altro canto stato recentemente introdotto in alcune regioni del paese.

I pari e i volontari sono sistematicamente associati al **lavoro di prossimità** nella maggior parte degli Stati membri (19). Sono disponibili informazioni sulla formazione dei pari e dei volontari, ma le indicazioni relative alla loro partecipazione concreta al lavoro di prossimità sono limitate. In Belgio, ad esempio, ex tossicomani sono formati per diffondere messaggi di prevenzione contro l'AIDS e le dosi eccessive.

Nella stragrande maggioranza degli Stati membri (20), esiste una **messa in rete e una cooperazione dei servizi di** prossimità, anche se il numero di questi servizi è spesso molto limitato. Elemento particolarmente incoraggiante, la Lituania e la Lettonia intendono adottare presto questa politica.

Tutti gli Stati membri possiedono **dispositivi di disintossicazione** e applicano trattamenti di sostituzione agli oppiacei (a Cipro sono attualmente in corso di elaborazione programmi di trattamento di questo tipo). Regimi di mantenimento e di disintossicazione sono utilizzati rispettivamente per stabilizzare e ridurre/arrestare il consumo di droga. I **trattamenti di sostituzione** agli oppiacei costituiscono una risposta strategica comune per ridurre i decessi provocati dalla droga, e quasi tutti i paesi (24) propongono trattamenti di sostituzione al metadone e/o alla buprenorfina, appoggiati da un sostegno psicologico. La Svezia, ad esempio, è stata il primo paese a proporre un trattamento di mantenimento al metadone; questo paese attua inoltre un programma rigido ad elevato livello di accessibilità utilizzando il metadone.
Numerosi studi mostrano che esiste una relazione tra i trattamenti di mantenimento destinati ai consumatori di oppiacei e la riduzione dei decessi provocati dalla droga. L'efficacia dei programmi terapeutici può aumentare con l'aumento delle dosi e con un sostegno psicosociale in parallelo.

Per quanto riguarda **la prevenzione dell'utilizzazione impropria dei prodotti di sostituzione**, la quasi totalità degli Stati membri (22) informa sull'esistenza di misure quali la registrazione rigorosa, il consumo sotto sorveglianza, le analisi delle urine e la consegna quotidiana delle dosi, per evitare fughe verso il mercato nero. L'Estonia e la Slovenia, ad esempio, hanno segnalato esplicitamente che l'attuazione della loro strategia di prevenzione dell'utilizzazione impropria derivava dalla raccomandazione.

I test di individuazione delle malattie infettive sono aperti ai tossicomani dei 19 Stati membri su scala nazionale e in alcune zone geografiche di tre paesi. Misure preventive ed educative nonché programmi di trattamento specifico per la prevenzione delle malattie infettive nei tossicomani sono proposte a livello nazionale in 15 paesi e in alcune zone geografiche di cinque paesi. **Campagne di vaccinazione** contro l'epatite B destinate espressamente ai tossicomani sono organizzate su scala nazionale in 15 paesi e in alcune regioni di altri cinque paesi. In Lussemburgo, ad esempio, un programma di azione e di ricerca è stato varato nel 2005 dai centri d'informazione nazionali[3] per organizzare sul terreno test di individuazione (epatite A, B, C e HIV) e vaccinazioni (contro l'epatite A e B) con l'intervento di organizzazioni non governative (NG). **Programmi di vaccinazione** esistono in tutta l'Unione europea, ma non sono sempre destinati specificamente ai tossicomani.

[3] http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=403

Programmi di scambio di aghi e di siringhe sono proposti a tossicomani di 24 Stati membri, quasi sempre a livello nazionale (in 15 di questi paesi). In tutti i paesi dell'Unione europea, tranne due, i servizi per tossicomani **distribuiscono preservativi**. I programmi di scambi di aghi e di siringhe, integrati da strategie d'informazione e di educazione rivolte ai tossicomani nel loro ambiente quotidiano, sono risultati al tempo stesso poco costosi ed efficaci per ridurre i comportamenti a rischio dei consumatori di droga per via endovenosa e sono pertanto suscettibili di prevenire la trasmissione delle malattie infettive.

Tutti i paesi adottano la politica di formare e attrezzare i **servizi** d'emergenza per far fronte ai casi di dosi eccessive, e nella maggior parte degli Stati membri (20) le ambulanze trasportano sistematicamente naloxone, antagonista degli oppiacei. Tuttavia, solo dieci paesi garantiscono effettivamente una formazione specifica del personale medico dei servizi d'emergenza per fronteggiare i casi di dosi eccessive.

L'ultimo elemento di questo punto della raccomandazione invita a sostenere le **attività di formazione sanzionate da un titolo riconosciuto per i professionisti** incaricato della prevenzione e della riduzione dei rischi sanitari collegati alla tossicodipendenza. Questa politica esiste nella quasi totalità degli Stati membri (22). La formazione dei lavoratori di prossimità e dei professionisti del trattamento di mantenimento esiste rispettivamente in 21 e in 20 paesi. La formazione dei professionisti che lavorano nei servizi a bassa soglia di accessibilità è garantita in 19 paesi.

- ***Servizi per la riduzione dei danni provocati dalla droga nelle prigioni***

L'OEDT riferisce che in Europa la prevalenza del consumo di droghe per via endovenosa tra i reclusi oscilla tra il 7% e il 38%. 20 Stati membri offrono ai tossicomani reclusi servizi analoghi a quelli di cui beneficiano i tossicomani che non sono in prigione. Quattro paesi si preparano ad adottare questa politica.

Il documento di supporto indica che i programmi di scambi di aghi e di siringhe nelle prigioni consentono probabilmente di ridurre la condivisione di aghi tra gli utilizzatori di droghe per via endovenosa nonché la trasmissione delle malattie infettive collegate al consumo di droga. Tali programmi aiutano anche certamente a ridurre i rischi di ascesso.

La distribuzione di materiale ad hoc[4] non è una pratica corrente nelle prigioni (ciò avviene solo in 11 paesi). Tre paesi attuano un programma di scambio di aghi e di siringhe nelle prigioni. In Spagna, ad esempio, 38 prigioni hanno adottato questa politica.

Trattamenti di sostituzione o di disintossicazione sono proposti nelle prigioni di 17 e 19 paesi rispettivamente, anche se la copertura varia notevolmente. Distribuzioni di preservativi sono organizzate nelle prigioni di 16 paesi.

Vedi diagramma 3, allegato II.

- ***Integrazione delle strategie di riduzione dei danni provocati dalla droga e dei servizi psicosociali***

Gli Stati membri informano che la riduzione dei danni provocati dalla droga è considerata, a livello teorico, come parte integrante del lavoro psicosociale, ma secondo il documento di

[4] Strumenti e materiali necessari per preparare e somministrarsi la droga

supporto questa integrazione non è sempre stata efficace. “Gli Stati membri continuano a dover affrontare il problema dei tossicomani che soffrono al tempo stesso della dipendenza e di turbe psicologiche (comorbilità o doppia diagnosi), per cui la reintegrazione di ex tossicodipendenti nella normale vita lavorativa e negli alloggi è spesso ancora problematica”.

Ventitré paesi hanno definito una politica per promuovere l'integrazione adeguata dei servizi sanitari (compresa la salute mentale) e dei servizi sociali, da una parte, e delle strategie specifiche per la riduzione dei rischi, dall'altra. Quattro quinti dei paesi affermano di attuare tale politica. In Francia, ad esempio, il programma RMS (Réseau Micro-Structures) garantisce l'intervento di medici, di lavoratori sociali e di psicologi per curare tutti i tipi di pazienti che soffrono di tossicodipendenza.

Sembra tuttavia che l'attuazione di questa politica richieda ancora alcuni miglioramenti, poiché l'instaurazione di un sistema totalmente integrato di cure ai tossicodipendenti resta difficile.

3.3. Punto 3 della raccomandazione: Controllo della qualità, seguito e valutazione

Non tutti gli Stati membri considerano il controllo della qualità, il seguito e la valutazione come una missione del governo nazionale. Concordano tuttavia in generale sulla necessità di una maggiore evidenziazione e utilizzazione delle prove scientifiche nel quadro della riduzione dei danni provocati dalla droga. Nei paesi con struttura federale o decentrata, i compiti sono divisi tra i vari livelli di competenza. Negli altri paesi, il controllo di qualità, il seguito e la valutazione rientrano nell'ambito di competenza di organismi scientifici indipendenti.

Vedi diagramma 4, allegato II.

Stima, seguito e valutazione dei servizi e dei dispositivi di riduzione dei danni provocati dalla droga negli Stati membri

La maggior parte degli Stati membri (19) affermano di basare le loro decisioni politiche su **prove scientifiche di efficacia**. Numerosi paesi attuano progetti di ricerca e di valutazione al fine di analizzare le iniziative volte a ridurre i danni provocati dalla droga (ad esempio, i programmi di sostituzione, il lavoro di prossimità, lo scambio di aghi). A titolo d'esempio, la Germania informa su un programma di valutazione dei trattamenti di sostituzione (metadone ed eroina). La Lituania rende conto del suo progetto di scambio di aghi “Blue Bus”, che è oggetto di una valutazione mensile e di inchieste presso i beneficiari. In Ungheria, l'Istituto nazionale per la prevenzione della tossicodipendenza ha elaborato una base di dati denominata “SZIP” al fine di rendere accessibile per un vasto pubblico l'insieme delle prove scientifiche di efficacia, combinando informazioni sui programmi e studi scientifici. La Slovacchia indica di utilizzare sistematicamente i risultati degli studi internazionali per definire le sue misure e le sue politiche.

In generale, gli Stati membri concordano sulla **necessità delle valutazioni** nella fase iniziale dei programmi, ma non ne fanno una condizione indispensabile per la selezione dei programmi e delle iniziative. In Irlanda, tuttavia, una valutazione della situazione ha consentito di determinare il tasso di vaccino contro l'epatite B tra i tossicomani, al fine di elaborare un progetto pilota per migliorare le cure preventive contro le malattie infettive tra gli utilizzatori di droga per via endovenosa.

La **definizione di protocolli di valutazione** per gli interventi è spesso considerata come un compito spettante alle istituzioni scientifiche che si occupano di valutazione delle qualità. Alcuni Stati membri, come la Repubblica ceca e la Danimarca, hanno tuttavia definito protocolli ed orientamenti nel quadro delle loro politiche di lotta contro la droga. A Cipro, ad esempio, il comitato scientifico del Consiglio antidroga ha redatto direttive specifiche destinate a centri di trattamento dei tossicomani al fine di garantire norme di qualità minime. La Grecia ha adottato la politica di inserire una valutazione in ogni programma. Dodici paesi affermano di applicare questo punto della raccomandazione.

Quattordici Stati membri hanno definito politiche al fine di **promuovere l'elaborazione di criteri di qualità per la valutazione**. Queste politiche sono spesso ad uno stadio iniziale di sviluppo. In Finlandia, ad esempio, il *Drug Policy Action Programme 2004-2007* (programma d'azione antidroga 2004-2007) comprende l'elaborazione di un quadro di riferimento di qualità destinato ai prestatari di servizi nel settore della tossicodipendenza. L'OEDT ha pubblicato numerosi manuali e monografie sulla qualità e sulla valutazione[5], ma i paesi non vi fanno particolare riferimento.

Ventitré Stati membri indicano **che essi seguono i cinque indicatori fondamentali dell'OEDT**[6]. Tuttavia, non tutti utilizzano l'insieme dei cinque indicatori. Ogni anno, l'OEDT fornisce informazioni di ritorno ai vari paesi per quanto riguarda la qualità dei loro dati e le eventuali lacune delle loro informazioni. Le relazioni degli Stati membri sono di solito pubblicate sui siti Internet nazionali.

Diciannove Stati membri mettono l'accento sul fatto che i **risultati delle valutazioni aiutano a raffinare e a perfezionare le politiche di prevenzione in materia di droga**. Gli Stati indicano che la valutazione delle strategie e dei piani d'azione nazionali in materia di droga acquistano sempre maggiore importanza, ma solo un numero limitato di paesi sembra fare ricorso ad una valutazione sistematica per determinare l'efficacia delle misure. Molti sistemi di valutazione non riguardano specificamente le iniziative di riduzione dei danni provocati dalla droga, ma più in generale la riduzione della domanda di droga. In Polonia, la valutazione dei programma terapeutici destinati a prevenire le ricadute tra le recluse ha portato alla definizione di nuovi obiettivi per il programma nazionale di prevenzione delle tossicomanie. In Portogallo, la strategia nazionale in materia di droga, "Horizonte 2004", è stata oggetto di una valutazione interna ed esterna, che ha portato alla definizione di nuove raccomandazioni, come lo sviluppo delle iniziative esistenti per migliorare la riduzione dei rischi e i sistemi volti a limitare i danni (ad esempio, i programmi di sostituzione, lo scambio di siringhe, le campagne per l'utilizzazione di preservativi).

Quattordici Stati membri hanno avviato **programmi di formazione in materia di valutazione** a vari livelli e per vari pubblici. I centri di formazione nazionali sono spesso citati come (co-)organizzatori, ma questi programmi di formazione non fanno parte manifestamente del corso di formazione ordinario dei professionisti specializzati nelle cure ai tossicodipendenti. Nella Repubblica ceca, tuttavia, una serie di norme di qualità per i servizi di trattamento delle tossicodipendenze sono state definite e applicate nel quadro di un programma di formazione destinato ai professionisti e, in Austria, il controllo della qualità e la valutazione fanno parte del programma del corso di formazione complementare in materia di droga.

---

5 Disponibili su http://publications.eu.int/others/sales_agents_en.html

6 http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1365

Quattordici Stati membri affermano di attuare una politica di **associazione di tutti i soggetti attivi e di tutte le parti interessate al processo di valutazione**, ma molto pochi di loro forniscono esempi concreti di partecipazione e di coinvolgimento. Nei Paesi Bassi, ad esempio, un sistema di "consulenza ai beneficiari" è stato creato per le persone in cura, anche per problemi di dipendenza. In Spagna, la partecipazione delle parti interessate alla valutazione costituisce una priorità del Piano d'azione nazionale in materia di droga.

Sono stati avviati programmi bi- e multilaterali che raggruppano più Stati membri e 21 paesi affermano di attuare una politica volta a **incoraggiare gli scambi e la collaborazione con altri paesi**. Sembra che la cooperazione sia aumentata tra gli Stati membri e anche con i paesi terzi. Gli Stati collaborano anche con la Commissione, ad esempio attraverso il programma di azione comunitaria nel settore della sanità pubblica, al fine di condividere le rispettive competenze ed esperienze con gli altri paesi dell'Unione europea. Il programma europeo di gemellaggio Phare[7] ha ampiamente contribuito a rafforzare la cooperazione tra i vecchi Stati membri e i nuovi paesi che hanno aderito all'Unione europea nel 2004. Sette paesi hanno indicato che la raccomandazione aveva costituito uno strumento importante nell'organizzazione di questo tipo d'attività.

Vedi diagramma 5, allegato II.

4. CONCLUSIONI

(1) Tutti gli Stati membri hanno instaurato politiche e adottato iniziative che riflettono in larga misura i provvedimenti consigliati nella raccomandazione e la maggior parte dei nuovi paesi considerano questo documento come un aiuto sostanziale nell'elaborazione delle loro politiche. La raccomandazione è inoltre servita come riferimento per l'attuazione di misure di riduzione dei danni provocati dalla droga. Dal momento che il livello d'applicazione varia da un paese all'altro e nell'ambito di uno stesso paese, occorre continuare a sviluppare le misure di riduzione dei danni provocati dalla droga e a porre in essere servizi/meccanismi di riduzione di tali danni nel quadro di un sistema integrato di prevenzione e di cure.

(2) Quasi tutti gli Stati membri dispongono di una politica volta a promuovere un'integrazione adeguata dei servizi sanitari (compresi i servizi di salute mentale e i servizi sociali) e servizi specializzati nella riduzione dei danni provocati dalla droga. È opportuno intensificare e proseguire tali sforzi per integrare i programmi nel sistema generale delle cure sanitarie.

(3) Tutti gli Stati membri promuovono trattamenti di sostituzione al metadone e alla bufrenorfina associati ad un'assistenza psicologica e questa possibilità è notevolmente aumentata nel corso dell'ultimo decennio. Tuttavia, i servizi offerti nei vari paesi rispondono in modo estremamente variabile alle esigenze stimate. È opportuno garantire l'accessibilità, l'adeguamento e la sostenibilità di tali servizi.

(4) I dati raccolti dall'OEDT sulla disponibilità dei servizi/dispositivi di riduzione dei danni provocati dalla droga sono esaustivi e di ottima qualità. Sarebbe tuttavia opportuno migliorare ulteriormente le informazioni sull'accessibilità e l'utilizzazione

[7] http://ec.europa.eu/enlargement/key_documents/phare_legislation_and_publications_en.htm.

di questi dispositivi, in particolare per quanto riguarda le popolazioni a rischio, al fine di elaborare una tabella generale della situazione nei vari paesi – indicazioni chiare sulla portata di tali dispositivi che costituiscono l'elemento fondamentale per la valutazione delle politiche. È inoltre opportuno colmare le lacune relative ai cinque indicatori principali dell'OEDT.

(5) Quasi tutti gli Stati membri applicano misure volte a prevenire le malattie infettive tra i tossicomani reclusi. Tuttavia, gli interventi volti a ridurre i danni provocati dalla droga nelle prigioni dell'Unione europea non sono ancora conformi al principio di equivalenza difeso dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite[8], dall'UNAIDS/ OMS[9] e dall'UNODC[10], in base al quale i servizi e le cure sanitarie (comprese quelle relative alla riduzione dei danni provocati dalla droga) nelle prigioni devono equivalere a quelli disponibili al di fuori dell'ambiente carcerario. I paesi devono quindi assolutamente adeguare le loro attività di riduzione dei danni provocati dalla droga nelle prigioni per rispondere alle esigenze dei tossicodipendenti e del personale penitenziario, facilitando l'accesso a tali servizi. Occorre inoltre garantire la continuità di questi servizi, in particolare la loro qualità e la loro accessibilità, dopo l'uscita dalla prigione.

(6) Gli Stati membri sono sempre più consapevoli della necessità di basare le loro politiche su studi e fatti concreti e di realizzare le loro attività sulla base di dati fattuali, comprese le attività volte a prevenire e a ridurre i danni alla salute. Al fine di valutare oggettivamente le misure attuate, è opportuno integrare i controlli più rigorosi e la realizzazione di studi approfonditi nella politica generale di prevenzione e di riduzione dei danni provocati dalla droga, come risulta dalla raccomandazione, dalla strategia antidroga dell'Unione europea 2005-2012 e dal Piano d'azione droga dell'Unione europea 2005-2008.

(7) Gli Stati membri ricorrono attualmente ad un'ampia gamma di mezzi per stimare, controllare e valutare i servizi e i dispositivi di riduzione dei danni provocati dalla droga. Spetta loro quindi discutere e scambiare informazioni sulle buone prassi associate a tali metodi al fine di definire principi e strumenti armonizzati per la raccolta di dati obiettivi, affidabili e comparabili.

(8) È infine assolutamente essenziale garantire sinergie tra le politiche e le iniziative in rapporto con la salute ed eventualmente con il consumo di droga (ad esempio la salute mentale, l'alcol, la prevenzione dell'HIV/AIDS, la tossicodipendenza nel lavoro, il consumo di droghe/medicine associate alla condotta di un veicolo).

5. SEGUITO DATO ALLA RACCOMANDAZIONE 2003 DEL CONSIGLIO

La relazione sull'attuazione della raccomandazione comprende al massimo un periodo da un anno a un anno e mezzo. Questo periodo è ancora troppo limitato per offrire un'immagine affidabile dell'influenza della raccomandazione sulle politiche, sui servizi e sui dispositivi nazionali di riduzione dei danni provocati dalla droga. Inoltre, nuovi paesi hanno aderito all'Unione europea nel corso del periodo di riferimento (2004).

---

8 http://www.pogar.org/publications/garesolutions/a45-111-90e.pdf

9 http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub01/JC277-WHO-Guidel-Prisons_en.pdf

10 http://data.unaids.org/pub/Report/2006/20060701_hiv-aids_prisons_en.pdf.

Di conseguenza, la presente relazione potrebbe essenzialmente essere percepita come una valutazione iniziale dell'attuazione della raccomandazione del Consiglio. Può anche servire da tabella sinottica delle misure attuate nell'Unione europea per ridurre i danni provocati dalla droga, ai fini di una valutazione del Piano d'azione droga dell'Unione europea 2005-2008.

La Commissione intende ripetere l'esercizio in occasione del prossimo Piano d'azione droga dell'Unione europea 2009-2012, al fine di verificare i progressi nell'attuazione delle politiche, dei servizi e dei dispositivi di riduzione dei danni provocati dalla droga. La Commissione sarà quindi in grado di decidere, in collaborazione con gli Stati membri, se è opportuno formulare nuove raccomandazioni.

La Commissione continuerà inoltre ad elaborare iniziative in settori strettamente collegati alla raccomandazione del Consiglio, ispirandosi a politiche e prassi che possono contribuire in modo significativo al successo delle sue principali attività. Due azioni nel settore della salute specificamente collegate alla prevenzione della tossicodipendenza figurano nel Piano d'azione droga dell'Unione europea 2005-2008 (azioni 12 e 13.2):

- una proposta di raccomandazione del Consiglio relativa alle droghe nell'ambiente carcerario. La popolazione dei reclusi comprende un'elevata percentuale di tossicodipendenti e i consumatori di droga mediante iniezione pongono un problema urgente per gli istituti penitenziari;
- una relazione sulla situazione relativa al trattamento della tossicodipendenza e allo scambio di buone prassi nell'Unione europea. Più di mezzo milione di persone riceve un trattamento sostitutivo in Europa.

Programma di sanità pubblica

Il programma d'azione comunitario nel settore della sanità pubblica prevede azioni di prevenzione della tossicodipendenza incentrate sui fattori che determinano la salute – fattori pluridimensionali associati a numerosi gravi problemi sanitari.

Programma 2007-2013 "Prevenire il consumo di droga e informare il pubblico"

Questo programma sosterrà l'attuazione della strategia antidroga dell'Unione europea finanziando progetti e iniziative volti a ridurre la domanda di droga, compresi i danni provocati dalla droga.

I lavori collegati alla riduzione della domanda di droga dovrebbero vertere sui seguenti settori:

- Prevenzione dell'HIV/AIDS

L'iniezione di droga costituisce un importante vettore di trasmissione dell'HIV/AIDS. La comunicazione della Commissione al Consiglio e al Parlamento europeo sulla lotta contro l'HIV/AIDS nell'Unione europea e nei paesi vicini 2006-2009[11] presenta un piano d'azione per la prevenzione dell'HIV e riconosce la necessità di sinergie tra le principali misure di prevenzione. Un punto essenziale è l'elaborazione di programmi di formazione su misura destinati ai professionisti dei servizi (di prevenzione, di trattamento e di cura) che si occupano delle persone colpite da HIV/AIDS e delle popolazioni particolarmente vulnerabili

[11] http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/com/2005/com2005_0654en01.pdf

all'HIV/AIDS (compresi coloro che utilizzano droga per via endovenosa e i lavoratori migranti). Inoltre, il gruppo di riflessione sull'HIV/AIDS è divenuto un foro estremamente utile per lo scambio di esperienze e di informazioni tra i suoi partecipanti.

- Prevenzione dell'alcolismo

Nel contesto del consumo plurimo, occorre affrontare congiuntamente i danni provocati dall'alcol e quelli causati dalla droga. La comunicazione della Commissione sulla strategia dell'Unione europea per aiutare gli Stati membri a ridurre i danni provocati dall'alcol[12] ricorda l'incentivo a cambi di comportamenti effettivi tra i bambini e gli adolescenti nelle scuole, nelle famiglie e in altri ambienti appropriati, nonché la riduzione degli incidenti stradali collegati all'alcol e al consumo plurimo.

- Promozione della salute mentale

Il consumo di droga è spesso associato a turbe psichiche. Facilitare l'accesso dei tossicodipendenti alle cure mediche e psichiatriche rimane una sfida importante per la politica di sanità pubblica. Il Libro verde sulla salute mentale[13] pubblicato dalla Commissione nell'ottobre 2005, proponeva l'elaborazione di una strategia sulla salute mentale a livello dell'Unione europea. Questa strategia è attualmente in corso d'elaborazione e dovrebbe essere coordinata con altre iniziative che rientrano in varie politiche comunitarie, come la strategia antidroga dell'Unione europea 2005-2012.

- Partecipazione della società civile

Occorre compiere sforzi per ridurre i danni indiretti che i consumatori di droga possono provocare ai terzi. I tossicodipendenti devono essere strettamente associati a tali programmi. Il Libro verde sulla società civile e la politica in materia di droga nell'Unione europea, adottato dalla Commissione nel giugno 2006[14] esamina le possibilità di aumentare la partecipazione della società civile.

- Consumo di droghe/medicine e guida di un veicolo[15]

Il problema del consumo plurimo associato alla guida di un veicolo è affrontato nel contesto della politica dei trasporti. La Commissione cofinanzia un progetto intitolato DRUID (Driving Under the Influence of Drugs, alcohol and medicines – Guidare un veicolo sotto l'influenza della droga, dell'alcol o di medicine) nell'ambito del Sesto programma quadro per la ricerca e lo sviluppo tecnologico (sesto PC).

- Tossicodipendenza nel lavoro

La Commissione elabora attualmente la sua strategia sulla salute e la sicurezza nel lavoro per il periodo 2007-2012. Sarebbe opportuno adottare iniziative concrete per sostenere le azioni in materia di sanità pubblica che trattano della tossicodipendenza sul luogo di lavoro.

---

12 http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/com/2006/com2006_0625en01.pdf.

13 http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_en.pdf

14 http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/com/2006/com2006_0316en01.pdf

15 Risoluzione del Consiglio del 27 novembre 2003 sulla lotta all'impatto dell'uso di sostanze psicoattive sugli incidenti stradali: *Gazzetta ufficiale n° C 097 du 22/04/2004 p. 0001 - 0003*

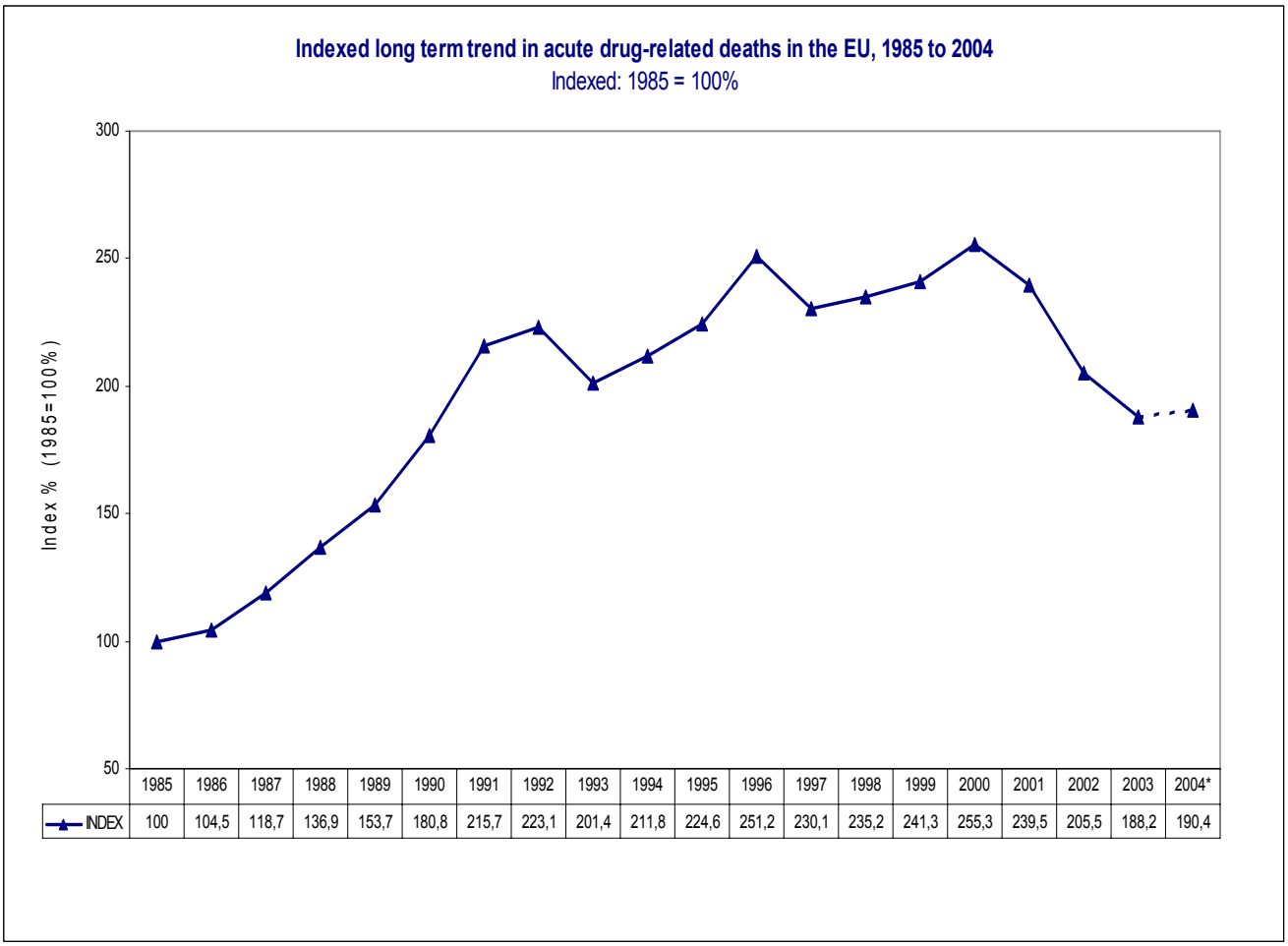
TECHNICAL ANNEXES

5.1. ANNEX I – Abbreviations and technical terms used

DRD	**Drug-Related Death**
EMCDDA	**European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction**
IDU	**Injecting Drug User**
IEC	**Information, Education, Communication**
NFPs	**National Focal Points**
UNAIDS	**Joint United Nations Programme on HIV/AIDS**
WHO	**World Health Organization**
UNODC	**United Nations Office on Drugs and Crime**

5.2. ANNEX II – Figures

Figure 1



EMCDDA annual report 2006

Notes:

The new Member States and Candidate Countries are not included in this graphic due to the lack of retrospective data in most of them.

Index: 1985=100%.

A few countries did not provide data for some years (see Statistical Bulletin 2006 [Table DRD-2]). To correct this situation, it has been used the computation method defined in the report "European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2001). Co-ordination of the implementation of the EMCDDA standard guidelines on the drug-related deaths in the EU Member States, and the collection and analysis of information on drug-related deaths. Project CT.99.RTX.04, Co-ordinated by the Trimbos Institute. Lisbon: EMCDDA.

Ten countries provided information for 2004 and six did not. Therefore, the figure for 2004 is provisional, based in comparing 2003 and 2004 only for those countries with data for both years. The trends for those countries that provided information can be seen in the figures with

trends by country. Number of cases per country per year are presented in Statistical Bulletin 2006 [Table DRD-2].

The EMCDDA estimates the yearly number of acute DRDs (overdoses) in the EU since 1990 to be from 6500 to over 9000.

Recently published estimates show that a substantial proportion of mortality among young adults in some EU urban areas can be attributed to opioid use. In addition, HIV transmission is continuing to be a concern in specific injecting groups across Europe, although most countries report low rates of newly diagnosed HIV infection attributable to drug injecting and estimate the HIV infection rates among injectors to be below 5%. A far more negative picture presents itself for rates of infection with the hepatitis C virus (HCV), which remain almost universally high among drug injectors.

Since 2000, many EU countries have reported decreases in DRD numbers. In 2004, however, there was an increase. While the number of DRDs is still far too high from a longer-term public health perspective, a better availability of drug treatments and increased coverage of harm reduction services in recent years seem to have had an impact.

Figures from the background document on "prevention and reduction of health-related harm associated with drug dependence - an inventory of policies, evidence and practices in the EU relevant to the implementation of the Council Recommendation of 18 June 2003".

The document is available in print (EN) and can be downloaded (EN, FR, DE) at the following web address: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug_en.htm

The Trimbos Institute extracted and analysed relevant data, in particular from the EMCDDA sources (the NFPs coordinated by the EMCDDA confirmed and updated the information provided for the Recommendation point 2), the projects funded under the 'Programme of Community action on the prevention of drug dependence' and the ongoing Public Health Programme, the projects funded under the 4th, 5th and 6th Framework Programmes for Research and Technological Development as well as from some field organisations, the World Health Organization (WHO), the Pompidou Group (PG), and the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Finally, a literature review was conducted to identify, assess and summarise scientific evidence on harm reduction interventions and approaches.

Figure 2

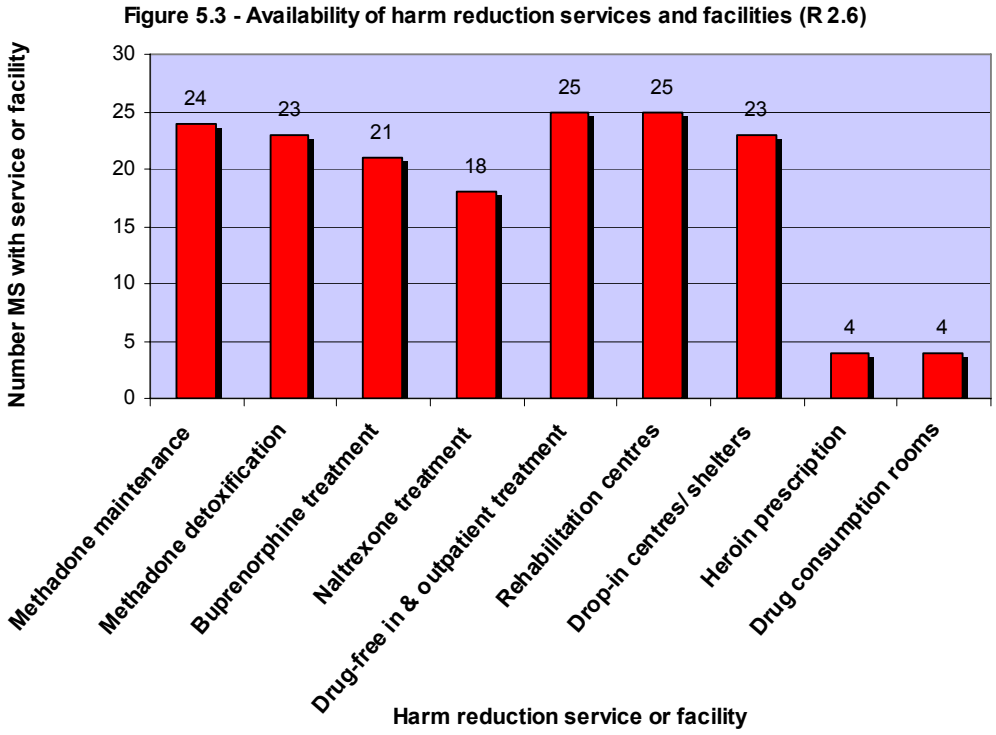


Figure 3

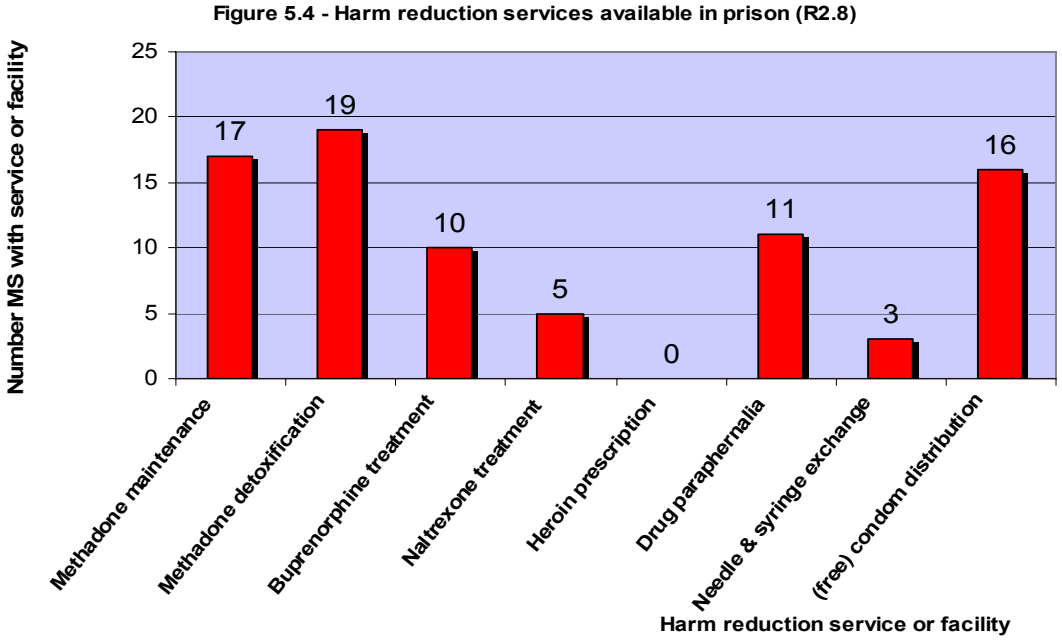


Figure 4

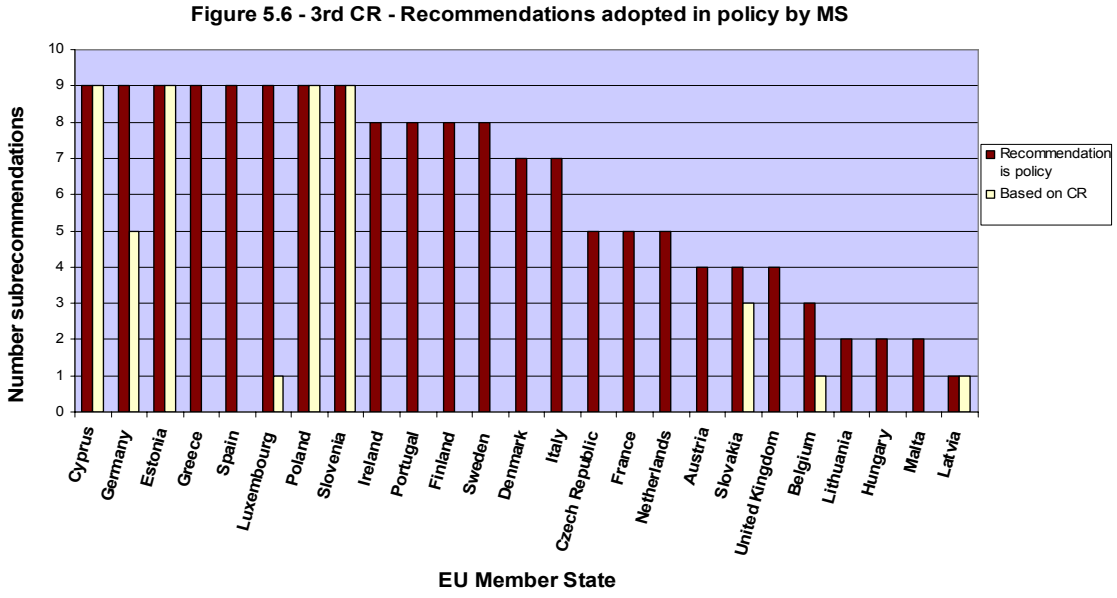
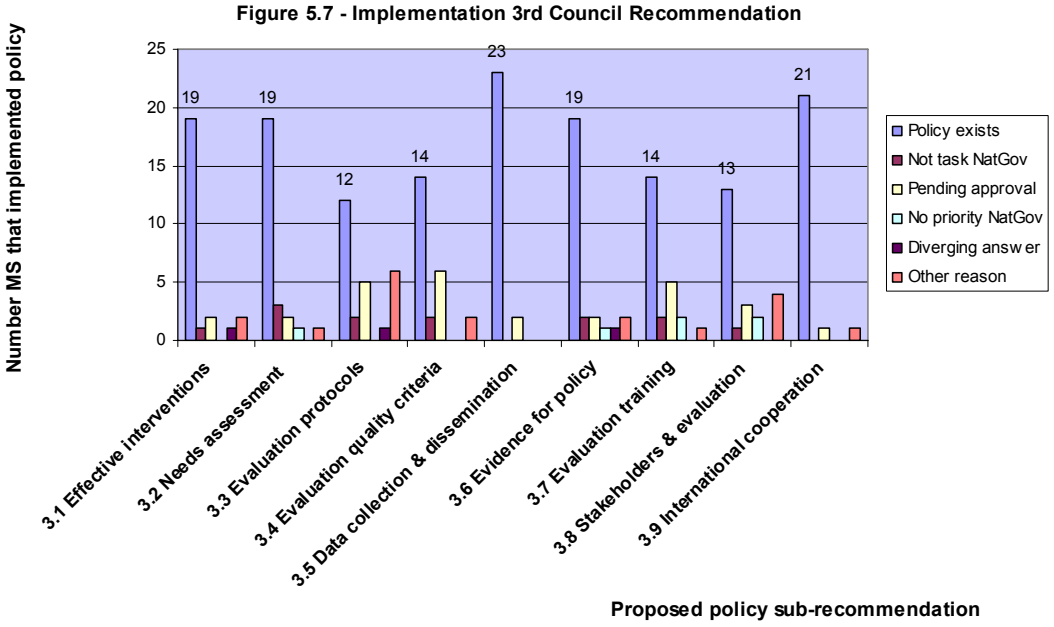


Figure 5


Figure 5.7 - Implementation 3rd Council Recommendation
Number MS that implemented policy
25
20
15
10
5
0
19
19
12
14
23
19
14
13
21
Policy exists
Not task NatGov
Pending approval
No priority NatGov
Diverging answer
Other reason
3.1 Effective interventions
3.2 Needs assessment
3.3 Evaluation protocols
3.4 Evaluation quality criteria
3.5 Data collection & dissemination
3.6 Evidence for policy
3.7 Evaluation training
3.8 Stakeholders & evaluation
3.9 International cooperation
Proposed policy sub-recommendation