



[emcdda.europa.eu](http://emcdda.europa.eu)

## Cannabis problems in context — understanding the increase in European treatment demands

EMCDDA 2004 selected issue

*In EMCDDA 2004 Annual report on the state of  
the drugs problem in the European Union and  
Norway*

## Questione specifica 2

### Problematiche legate alla cannabis nel loro contesto — Motivi dell'aumentata richiesta di interventi terapeutici in Europa

#### Introduzione

Il termine «cannabis» è utilizzato per indicare svariati prodotti ottenuti dalla pianta di cannabis o canapa (*Cannabis sativa* L.), una specie a ciclo annuale originaria dell'Asia centrale, che oggi cresce in molte zone temperate e tropicali del mondo. Le numerose varietà di *Cannabis sativa* sono contraddistinte da un'ampia gamma di caratteristiche biologiche e chimiche. Sul mercato europeo delle droghe si trovano tre forme illecite di cannabis: le «foglie di cannabis», che consistono in infiorescenze, steli e foglie essiccati; la «resina di cannabis», derivante dall'essiccazione delle secrezioni resinose delle infiorescenze, di colore marrone o nerastro, venduta solitamente in blocchi compressi, ma talvolta anche sotto forma di polvere; infine la forma assolutamente meno comune, «l'olio di cannabis», che è un liquido vischioso ed appiccicoso.

La cannabis è stata a lungo utilizzata dall'uomo: è stata usata da diverse società come fonte importante di fibre per tessuti e cordami, come sostegno in riti religiosi, in fitoterapia e come sostanza inebriante. Oggi la cannabis è la sostanza illecita più largamente prodotta, smerciata e consumata del mondo (UNODC, 2003a). Nonostante la lunga storia del suo utilizzo e la sua attuale popolarità, la nostra comprensione dell'impatto sulla sanità pubblica del consumo di cannabis resta limitata. Di recente, sono andate aumentando le prove di una potenziale associazione tra il consumo di cannabis, in particolare il consumo intensivo di cannabis, ed una serie di problemi sanitari e sociali. Si nutrono preoccupazioni crescenti anche in merito ad un apparente aumento del numero di consumatori di cannabis che cercano l'aiuto di servizi specializzati. Resta non chiara, tuttavia, l'estensione e la natura dei problemi riscontrati tra i consumatori europei di cannabis. Non è chiaro neppure il fatto se l'aumento delle richieste di intervento terapeutico, così come esso risulta dalle informazioni statistiche, rifletta variazioni nella prassi di segnalazione e di rinvio al trattamento, piuttosto che un aumento effettivo del numero degli individui che chiedono aiuto. Per dare una risposta a queste domande, dobbiamo collocare la domanda di intervento terapeutico finalizzato alla cannabis nella più ampia prospettiva di modelli di consumo in mutamento in Europa, tenendo conto dell'evoluzione e dello sviluppo dei sistemi di segnalazione

ed anche della natura variabile della sostanza in quanto tale. Tutti questi argomenti sono affrontati in questa sezione dedicata alle problematiche legate alla cannabis nel loro contesto, per favorire un dibattito più informato sul potenziale impatto sulla sanità pubblica della più comune fra tutte le forme di consumo di droghe illecite.

#### Il contesto legislativo: lo status legale della cannabis in Europa

Le sanzioni legali da applicare a chi fa uso di cannabis restano una questione controversa nell'UE <sup>(151)</sup> e gli Stati membri divergono considerevolmente nel loro approccio alla questione.

Gli estratti di cannabis sono classificati come sostanze narcotiche negli allegati I e IV della United Nations Single Convention on Narcotic Drugs del 1961 <sup>(152)</sup>. La convenzione richiede l'adozione di misure volte ad assicurare la punibilità di un'ampia gamma di attività, fra cui il possesso di sostanze narcotiche. Tuttavia, gli Stati membri devono interpretare ed applicare la convenzione alla luce delle proprie specifiche circostanze; l'articolo 36, paragrafo 1, lettera b) prevede la possibilità di opzioni comprendenti «trattamento, educazione, post-assistenza, riabilitazione e reinserimento sociale».

Ciò significa in pratica che nell'UE la gestione dei reati legati alla cannabis è eterogenea. Alcuni paesi hanno emesso linee guida specifiche o codici giuridici che stabiliscono come determinati tipi di reati legati alla cannabis debbano essere trattati; altri raccomandano percorsi giuridici diversi per quelli che sono considerati reati minori o più gravi. In alcuni paesi, inoltre, sta emergendo la tendenza al ricorso a misure terapeutiche da attuare in alternativa al procedimento penale, nei casi in cui l'uso o il possesso di piccole quantità di sostanze stupefacenti sia privo di circostanze aggravanti. Il codice penale può altresì prevedere che il consumo problematico sia affrontato permettendo (in via discrezionale o obbligatoriamente) la sospensione dell'iter giudiziario, purché l'autore del reato si sottoponga ad interventi consultivi o terapeutici. Anche se queste alternative si applicano di solito ai consumatori di tutti i tipi di sostanze stupefacenti, in Belgio e nel Regno Unito, a seguito dei

<sup>(151)</sup> Cfr. il sito web della banca dati giuridica europea sulle sostanze stupefacenti (ELDD): [http://eldd.emcdda.eu.int/trends/trends\\_cannabis.shtml](http://eldd.emcdda.eu.int/trends/trends_cannabis.shtml)

<sup>(152)</sup> Cfr.: <http://www.incb.org/e/conv/1961/index.htm>

cambiamenti intervenuti l'anno scorso, le leggi o le linee guida fanno adesso specifico riferimento ai consumatori problematici di cannabis, allo scopo di indirizzarli verso l'assistenza.

## I problemi fisici, psicologici ed evolutivi associati al consumo di cannabis <sup>(153)</sup>

Le relazioni nazionali degli Stati membri sottolineano che l'aumento del numero delle richieste di trattamento per uso di cannabis riflette probabilmente un livello più elevato di problemi associati in particolare ad un consumo intensivo di cannabis. Va rilevata comunque la sostanziale mancanza di dati sistematici e comparabili sui problemi avvertiti dai consumatori di cannabis. Le conoscenze scientifiche di base in questo settore, benché ancora in via di sviluppo, forniscono la prova sempre più convincente di un'associazione tra il consumo di cannabis e tutta una serie di problematiche, anche se il tipo del rapporto causa-effetto non è sempre chiaro. Una panoramica della letteratura riguardante i problemi associati al consumo di cannabis è disponibile on line (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=4811>).

È importante fare distinzione tra gli effetti acuti (a breve termine) della cannabis ed il suo impatto a lungo termine o cronico. Sono stati segnalati numerosi effetti acuti, positivi e negativi. Gli effetti negativi comprendono deficit di attenzione e difficoltà di concentrazione, effetti avversi sulle funzioni motorie (riflessi, coordinamento), problemi legati alla memoria recente, ansia, attacchi di panico e depressione. Gli effetti positivi comprendono uno stato di euforia, l'allentamento delle tensioni ed una maggiore socievolezza. Gli effetti acuti di questa sostanza che suscitano le maggiori preoccupazioni sono dati da psicosi di breve periodo, indotte dalla droga, oppure attacchi gravi di panico, l'accresciuto rischio di incorrere in incidenti, particolarmente alla guida o in ambienti di lavoro pericolosi e, fra i giovani, un impatto negativo sul rendimento scolastico (Hall e al., 2001).

Per una serie di ragioni, la comprensione degli effetti cronici della cannabis è più complessa, non ultimo perché è difficile separare gli effetti della cannabis dagli effetti del consumo cronico di altre sostanze illecite, tabacco ed alcool. Tuttavia, le preoccupazioni principali in quest'area consistono in un maggior rischio di cancro ai polmoni, altre malattie respiratorie, l'associazione con lo sviluppo di problemi psichiatrici a lungo termine, fra cui forme depressive, psicosi e schizofrenia. Un'ulteriore preoccupazione, rispetto al consumo cronico, è data dal possibile sviluppo di forme di dipendenza. Nel documento disponibile on line si esamina fino a che punto sia

giustificato affermare che il consumo di cannabis è un fattore di rischio, un fattore causale o è semplicemente associato a questi problemi, per effetto di un rapporto più complesso.

Nella maggioranza degli Stati membri, la cannabis è la sostanza illecita coinvolta con maggiore frequenza nei reati segnalati connessi con la legislazione sugli stupefacenti: ciò non deve sorprendere, in quanto si tratta anche della droga consumata più comunemente <sup>(154)</sup>. Tuttavia, rispetto ad altre sostanze stupefacenti, come l'eroina, non sembra esserci un forte legame tra il consumo di cannabis ed altri tipi di reato.

## Il consumo di cannabis e la misurazione dei problemi

Anche se i criteri diagnostici internazionali convenzionali forniscono un'utile guida rispetto alle definizioni di consumo dannoso, abuso e dipendenza, i problemi insorgono quando la cannabis viene considerata alla luce delle prove disponibili in Europa <sup>(155)</sup>. In particolare, si registrano considerevoli variazioni per quanto riguarda i principali aspetti della misurazione. Per esempio, è scarso il consenso in merito alla definizione di termini quali «consumo intensivo», «consumo regolare» e «consumo problematico» e ciò rende difficile la comparazione dei risultati dei vari studi. Inoltre, è soprattutto a livello di indagine che si è tentato di misurare la «dipendenza» o «l'abuso» secondo le definizioni ICD o DSM a livello di popolazione specifica; anche in questo caso, mancano attualmente strumenti standardizzati che consentano un confronto convincente di dati provenienti da studi diversi o trasversali rispetto alle varie popolazioni.

Tuttavia, si sta lavorando in quest'area. Ad esempio, uno studio francese attualmente in corso mira ad individuare una migliore definizione di consumo problematico e a sviluppare strumenti specifici per misurare la frequenza del consumo, il rischio percepito e gli effetti psicologici e fisici (Beck, 2003).

Al momento, l'unità di misura più comunemente utilizzata per determinare l'intensità del consumo è il numero dei giorni, in un determinato periodo di tempo, nei quali la sostanza è stata consumata. Il consumo quotidiano o pressoché quotidiano di cannabis viene solitamente considerato un indicatore di «consumo intensivo». Per quanto il consumo quotidiano di cannabis non comporti necessariamente una situazione di dipendenza, è probabile che buona parte di chi ne fa uso quotidiano sarebbe considerata positiva, in termini di dipendenza o abuso,

<sup>(153)</sup> Una monografia sul consumo di cannabis e sui relativi problemi sarà pubblicata nella prima metà del 2005. Informazioni specifiche sugli effetti del consumo di cannabis sulla salute e sul piano fisico si possono trovare sul sito web dell'OEDT.

<sup>(154)</sup> Cfr. Reati connessi con la droga\_tab. 5, bollettino statistico 2004.

<sup>(155)</sup> Per la definizione di «dipendenza» e «consumo dannoso», cfr. International Classification of Diseases, X edizione (ICD-10, Organizzazione mondiale della sanità), codici da F10 a F19: disturbi mentali e comportamentali dovuti al consumo di sostanze psicoattive. Frequentemente utilizzato è anche il manuale *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (IV edizione) (DSM-IV, American Psychiatric Association — Associazione americana di psichiatria), il quale utilizza i concetti di «dipendenza» e «abuso».

secondo i criteri diagnostici standard (ICD-10, DSM-IV). Poiché la frequenza del consumo è un dato la cui misurazione è relativamente semplice, nonché armonizzabile nei questionari, questa misurazione figura nelle linee guida elaborate dall'OEDT per il questionario europeo. Nove paesi segnalano attualmente i dati relativi alla frequenza del consumo di cannabis in questa forma <sup>(156)</sup>.

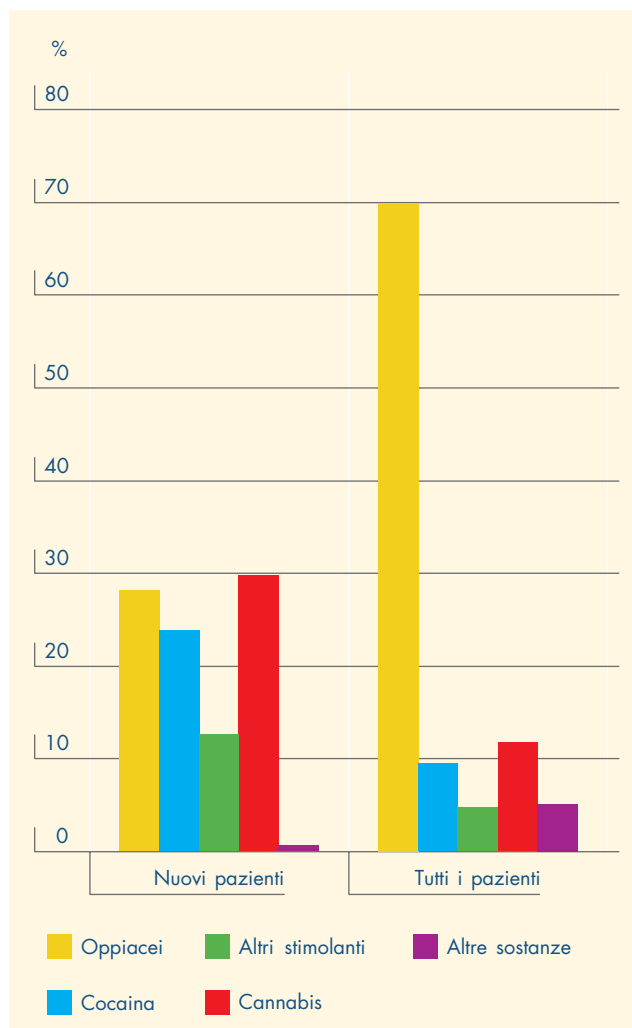
## Evoluzione delle richieste di trattamento per problemi legati alla cannabis

Si è detto che la cannabis è la sostanza illecita maggiormente consumata in Europa: però soltanto una piccola parte delle persone che ne hanno fatto uso chiede di entrare in terapia. Nonostante questo, in molti paesi la cannabis è oggi la seconda droga primaria segnalata con maggior frequenza dai soggetti che ricevono trattamenti specialistici. Secondo i dati TDI (indicatore della domanda di trattamento) (cfr. pag. 65), raccolti in tutti i tipi di servizi terapeutici specializzati, circa il 12 % di tutti i pazienti ed il 30 % dei neo-pazienti sembrano avere problemi dovuti alla cannabis in quanto droga primaria (grafico 26).

La percentuale dei nuovi pazienti (vale a dire, quelli che non hanno una precedente storia di intervento terapeutico) che chiedono di entrare in terapia perché fanno uso di cannabis varia considerevolmente da un paese all'altro, da quasi zero in Lituania a circa la metà in Germania (48 %), ma in generale è superiore ad un quinto (20 %) (grafico 27). Tuttavia, non tutti i paesi sono in grado di fornire dati sulle nuove domande di trattamento e nel gruppo maggiore di dati su tutte le domande di trattamento i problemi di cannabis sono meno evidenti.

Tra il 1996 ed il 2002, secondo i dati TDI forniti dai paesi per i quali si dispone di dati sull'evoluzione, il numero dei nuovi pazienti che chiedono di entrare in terapia citando la cannabis come droga primaria è salito da 3 713 a 12 493. Nel 2002, rispetto agli 11 paesi per i quali si dispone di dati, tali pazienti rappresentavano in media il 29 % di tutti i nuovi pazienti, contro il 9 % nel 1996 (cfr. grafico 20 per le fonti dei dati). Malgrado tutti questi passi, fatta eccezione per la Grecia ed il Regno Unito <sup>(157)</sup>, segnalino un aumento dei nuovi pazienti consumatori di cannabis rispetto a tutti i nuovi pazienti, l'ordine di grandezza dell'incremento varia dal 6 % nei Paesi Bassi al 31 % in Germania. Le informazioni fornite dalle relazioni nazionali Reitox suggeriscono che il numero dei soggetti che ricevono il trattamento per consumo primario di cannabis è in aumento anche in alcuni dei nuovi Stati membri (grafico 28). Uno studio recente delle richieste di trattamento per cannabis, svolto dal sistema informativo nazionale olandese su alcool e droghe (LADIS) ha rivelato

**Grafico 26:** Droga primaria segnalata tra nuovi pazienti e tutti i pazienti beneficiari di servizi di trattamento per droga nel 2002



N.B.:  $n = 42\ 568$  (nuovi pazienti),  $351\ 372$  (tutti i pazienti).  
Paesi che hanno fornito dati (nuovi pazienti): CZ, DK, DE, EL, ES, LT, NL, SI, SK, FI, SE.  
Paesi che hanno fornito dati (tutti i pazienti): CZ, DK, DE, EL, ES, IT, LT, LU, HU, NL, SK, SI, FI, SE, UK.  
Dati ponderati in rapporto al numero dei pazienti di ciascun paese.  
Fonte: Relazioni nazionali Reitox 2003.

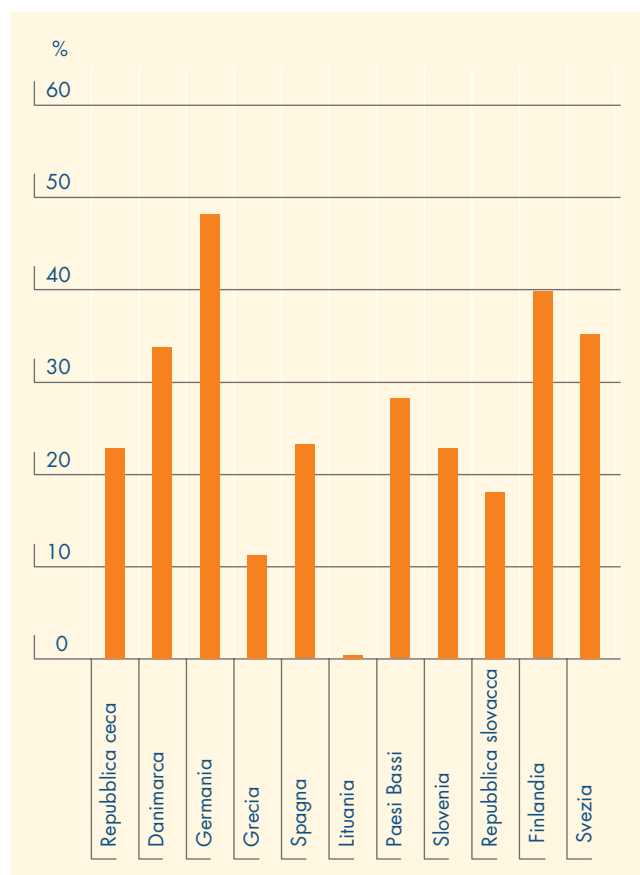
che il 29 % dei nuovi pazienti entrati in terapia nel 2002 aveva segnalato problemi dovuti alla cannabis e che i pazienti consumatori di cannabis rappresentavano un numero di soggetti piccolo, ma in crescita di anno in anno. La relazione ha rivelato inoltre che, date le dimensioni del consumo di cannabis nei Paesi Bassi, la percentuale di chi chiede il trattamento, per quanto in aumento, resta relativamente modesta.

Per quanto riguarda le possibili generalizzazioni da un insieme consolidato di dati europei, occorre procedere con cautela. Dati longitudinali sulle nuove richieste di

<sup>(156)</sup> Grecia, Spagna, Francia, Irlanda, Italia, Lettonia, Paesi Bassi e Portogallo. I dati relativi alla Finlandia non sono presentati, visto che dall'indagine è emerso un numero veramente ridotto di soggetti che avevano consumato cannabis nel mese precedente (35). Il numero dei casi e delle percentuali, per ogni paese, è presentato in Indagine GP\_tab. 7, bollettino statistico.

<sup>(157)</sup> I dati relativi ai nuovi pazienti non sono disponibili per il Regno Unito; le informazioni sono riportate nelle relazioni nazionali.

**Grafico 27:** Cannabis come droga primaria segnalata tra nuovi pazienti sottoposti a trattamento nel 2002



N.B.: Numero totale di casi: 42 421.  
Fonte: Relazioni nazionali Reitox 2003.

trattamento sono disponibili soltanto per 11 paesi. È importante rilevare anche il fatto che l'aumento delle richieste di trattamento per cannabis, così come esso si riflette nei dati TDI, è fortemente influenzato dai dati di Spagna e Germania, due paesi che hanno registrato incrementi particolarmente elevati nella segnalazione di problemi legati al consumo primario di cannabis; in termini di numeri complessivi, soltanto la Spagna rappresenta circa il 50 % di tutte le richieste di trattamento segnalate.

L'aumento delle richieste di trattamento per cannabis non è limitato all'Europa. Negli Stati Uniti, dove si fa uso di un sistema diverso di registrazione dei trattamenti (<sup>158</sup>), il numero di accettazioni per marijuana è salito da circa 20 000 nel 1992 a circa 90 000 nel 2000 (SAMHSA, 2001; OEDT, 2003d).

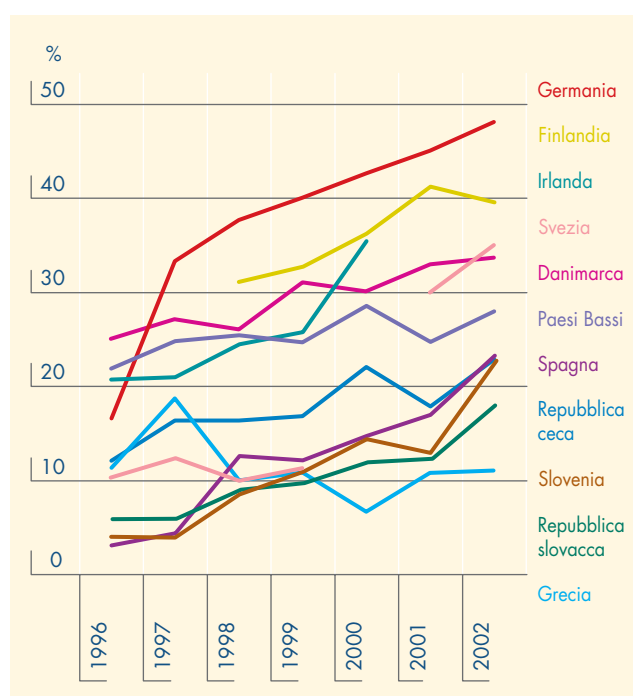
Considerando le implicazioni dell'aumentata domanda di trattamento per cannabis, si pongono i seguenti interrogativi:

- Questo risultato rappresenta effettivamente un aumento del numero delle persone che hanno problemi fisici e

psicologici a causa del consumo di cannabis? In caso affermativo:

- Deriva questo da un aumento del consumo regolare intensivo di cannabis?
- Riflette questo altri fattori, come un possibile aumento della potenza della cannabis?
- L'aumento può essere spiegato da fattori indipendenti da un maggior bisogno di aiuto, per esempio da:
  - miglioramenti nella copertura del sistema di segnalazione dei trattamenti;
  - allargamento dei tipi di strutture terapeutiche disponibili, con particolare riferimento a servizi terapeutici specifici, mirati ad adolescenti e giovani (relazioni nazionali Reitox, 2003);
  - cambiamenti nel modo in cui il consumo di cannabis è trattato dal sistema giudiziario penale, all'interno delle scuole o dagli enti che operano con i giovani, con un aumento del rinvio al trattamento di soggetti che non si sarebbero presentati spontaneamente.

**Grafico 28:** Tendenze relative alla cannabis come droga primaria segnalata tra nuovi pazienti sottoposti a trattamento: 1996-2002



N.B.: Trattamento, dati complessivi (% di tutti i pazienti).  
Media delle tendenze (%) nei singoli paesi.  
In Svezia i dati dal 1996 al 1999 riguardano il trattamento ospedaliero; il numero di casi di cannabis è pertanto basso in confronto ad altri anni.  
Fonte: Relazioni nazionali Reitox 2003.

(<sup>158</sup>) Negli USA, si provvede a registrare l'ingresso al trattamento, piuttosto che l'individuo. Inoltre, diversamente dall'Europa, l'alcool figura fra le sostanze d'abuso. Cfr. il sito web SAMHSA (<http://oas.samhsa.gov>); va rilevato che negli USA, in Canada ed Australia si usa il termine «marijuana» perché il termine «hashish» (resina di cannabis) è inusuale.

È importante comprendere fino a che punto ciascuno di questi fattori incida sulla partecipazione agli interventi terapeutici. Il primo passo consiste nel prendere in considerazione le caratteristiche di chi entra in terapia e viene registrato come affetto da problemi legati al consumo primario di cannabis. Quest'analisi si basa su chi frequenta le strutture terapeutiche ambulatoriali.

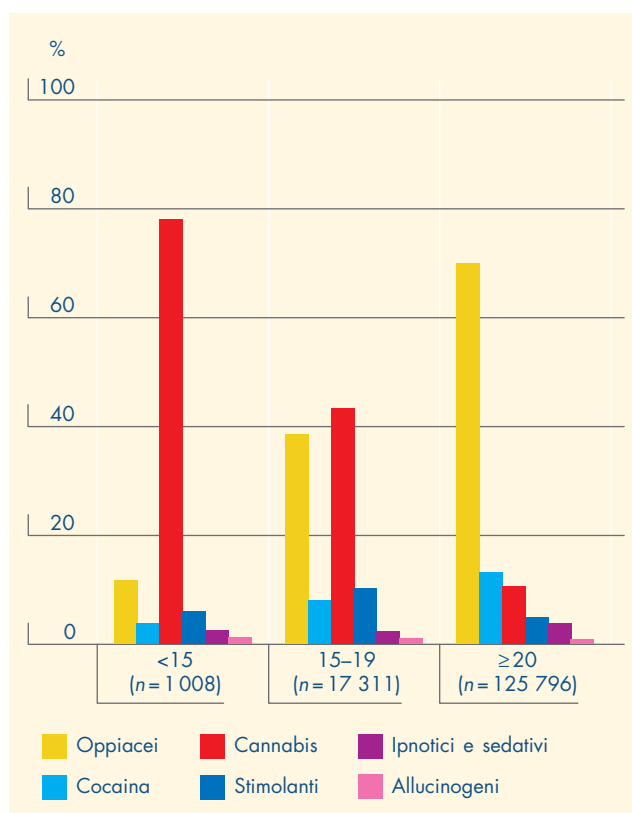
### I pazienti in terapia per cannabis: caratteristiche e modelli di consumo

Per registrare la fonte della domanda di trattamento per i consumatori di stupefacenti che entrano in terapia, sono disponibili alcune opzioni standard. Queste ultime operano una distinzione tra i consumatori di stupefacenti che si sono rivolti spontaneamente a queste strutture, e quelli che sono stati invece indirizzati da altri enti, come enti sociali e relativi alla giustizia penale. La maggior parte dei pazienti in terapia per cannabis è indirizzata al trattamento dalla famiglia o dagli amici, dai servizi sociali o dal sistema giudiziario penale. Rispetto a chi fa uso di altre droghe, la percentuale dei pazienti in terapia per cannabis che abbiano scelto spontaneamente di entrare in terapia è più bassa <sup>(159)</sup>. Anche negli Stati Uniti ed in Canada il quadro è analogo, nel senso che la domanda di trattamento per la marijuana come sostanza primaria è largamente ascrivibile a soggetti che non si sono presentati spontaneamente (OEDT, 2003d).

Un'importante differenza tra i diversi percorsi è data dal fatto che chi si avvicina ai servizi terapeutici spinto dai familiari o dai servizi sociali (spesso le scuole) è generalmente più giovane, è meno probabile che faccia uso di altre droghe oltre alla cannabis, è socialmente più integrato, mentre i pazienti rinviati dai magistrati o classificati come «presentatisi spontaneamente» tendono ad avere un'età più elevata e spesso a far uso di altre droghe in aggiunta alla cannabis (relazioni nazionali Reitox, 2003). In Germania ed in Finlandia, che registrano le percentuali più elevate di pazienti per uso primario di cannabis, sono i magistrati e le scuole a ricoprire un ruolo importante nel rinviare al trattamento i pazienti che fanno uso di cannabis.

I neo-pazienti in terapia per cannabis sono prevalentemente giovani, maschi (83 %), con un'età media di 22-23 anni, mentre per quanto riguarda le altre sostanze stupefacenti, la percentuale dei pazienti di sesso maschile è marginalmente inferiore, ma l'età media è superiore. Per quasi l'80 % dei nuovi pazienti classificati come «molto giovani» (sotto i 15 anni) e per il 40 % degli adolescenti d'età compresa tra i 15 e i 19 anni, la droga primaria per la quale si chiede il trattamento è la cannabis (grafico 29) <sup>(160)</sup>. Questi gruppi sono tuttora prevalentemente di sesso maschile, ma comprendono una più elevata percentuale di ragazze rispetto al gruppo

**Grafico 29:** Distribuzione della droga primaria segnalata tra beneficiari di servizi di trattamento ambulatoriale, per fascia di età (2002)



N.B.: Tutti i pazienti. Paesi che hanno fornito dati: DK, DE, EL, ES, LU, HU, FI, SE, UK. I maschi di Danimarca e Regno Unito rappresentano il 56 % di tutti i pazienti sotto i 20 anni in trattamento per cannabis, con un ulteriore 17 % per la Spagna.  
Fonte: Relazioni nazionali Reitox 2003; TDI dei centri terapeutici ambulatoriali.

complessivo dei pazienti. Per quanto riguarda l'età e la distribuzione tra maschi e femmine, le differenze segnalate dai vari paesi riflettono grosso modo i medesimi modelli riferibili all'insieme dei pazienti.

L'età relativamente giovane dei pazienti in terapia per cannabis è rivelata dal fatto che un'elevata percentuale di questi, il 45 %, è rappresentata da studenti, rispetto all'8 % soltanto dei pazienti in terapia per problemi legati ad altre sostanze stupefacenti. Un ulteriore 24 % dei soggetti in terapia per problemi di cannabis ha un'occupazione regolare, altrettanti risultano disoccupati <sup>(161)</sup>: un dato in netto contrasto con i pazienti che fanno uso di altre sostanze stupefacenti, come l'eroina. Inoltre, i pazienti in terapia per cannabis segnalano più spesso di vivere in situazioni abitative stabili rispetto a chi è in terapia per problemi legati ad altre sostanze stupefacenti <sup>(162)</sup>: ciò è dovuto al fatto che molti di essi sono giovani, sono studenti e vivono con i genitori.

I modelli di consumo tra i pazienti in terapia ambulatoriale per consumo primario di cannabis variano

<sup>(159)</sup> Cfr. grafico 22 OL: Fonte della domanda di trattamento fra tutti i pazienti: per tutte le sostanze stupefacenti e per la cannabis.

<sup>(160)</sup> Cfr. anche TDI\_tab. 4, bollettino statistico 2004.

<sup>(161)</sup> Cfr. grafico 23 OL: Condizione lavorativa tra i pazienti per cannabis e tutti i pazienti.

<sup>(162)</sup> Cfr. grafico 24 OL: Condizioni di vita tra i pazienti per cannabis e tutti i pazienti.

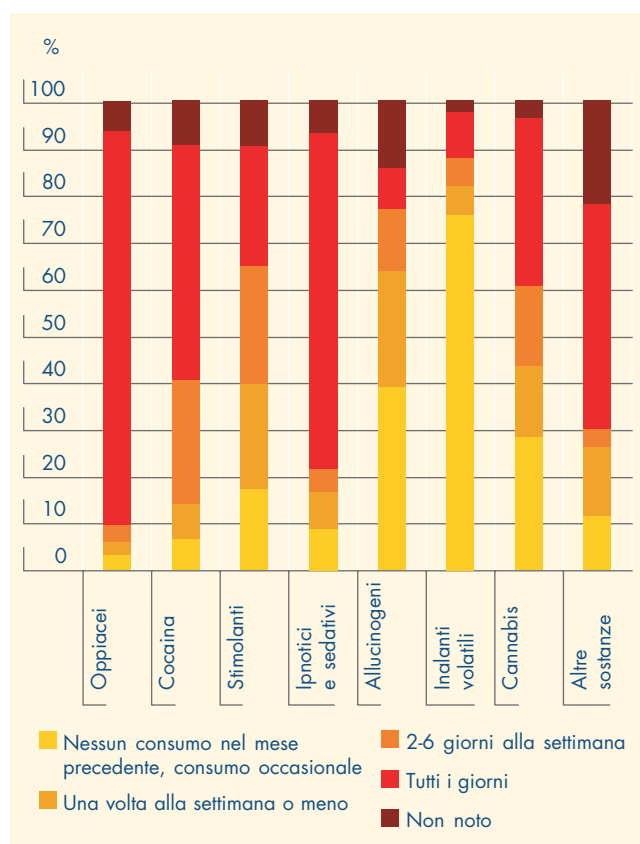


considerevolmente e sono abbastanza diversi rispetto a quelli che caratterizzano altri tipi di sostanze stupefacenti, particolarmente gli oppiacei (grafico 30). Tra i pazienti che nel 2002 risultavano in terapia per problemi legati al consumo primario di cannabis, soltanto il 36 % ne faceva un consumo quotidiano, e soltanto il 17 % ne faceva uso più di una volta alla settimana (da 2 a 6 volte alla settimana); il 15 % faceva uso di cannabis una volta alla settimana, o ancor meno, mentre il 28 % la consumava occasionalmente o non ne aveva fatto uso nel mese precedente. Per contro, ben l'84 % dei consumatori di oppiacei in terapia ne è un consumatore quotidiano.

La percentuale dei pazienti in terapia ambulatoriale che consumano quotidianamente cannabis varia da un paese all'altro. Le percentuali più elevate di consumatori quotidiani di cannabis si registrano nei Paesi Bassi (80 %) e in Danimarca (76 %), mentre la percentuale più elevata di consumatori occasionali è segnalata in Germania (41 %) <sup>(163)</sup>.

Tanto più bassa è l'età in cui la cannabis viene consumata per la prima volta, quanto più elevato è il rischio di

**Grafico 30:** Distribuzione della frequenza di consumo di droga primaria segnalata tra tutti i beneficiari di servizi di trattamento ambulatoriale nel 2002



N.B.: n = 109 699 (tutti i pazienti). Paesi che hanno fornito dati: CZ, DK, DE, EL, HU, LU, FI, SE, UK (CZ — tutti i tipi di centri terapeutici).  
 Fonti: Relazioni nazionali Reitox 2003; TDI dei centri terapeutici ambulatoriali.

sviluppare in futuro problemi legati a questa sostanza (Kraus e al., 2003). In Europa, il 28 % di tutti i pazienti in terapia per cannabis nel 2002 aveva cominciato a far uso di questa droga prima dei 15 anni e la maggior parte di essi (80 %) prima dei 20 anni. Per quanto riguarda gli oppiacei, i dati corrispondenti sono rispettivamente il 9 % ed il 42,8 % e, per quanto riguarda la cocaina, il 6 % ed il 26,5 %.

La maggior parte dei paesi segnala che i pazienti in terapia affetti da problemi legati al consumo primario di cannabis mostrano spesso un modello di poliassunzione. Ciò può indicare un mero elemento di segnalazione, nel senso che per esempio i pazienti affetti da problemi legati alla poliassunzione di sostanze stupefacenti possono essere stati registrati, per comodità, come consumatori primari di cannabis. Tuttavia, dati quantitativi sulla percentuale di poliassuntori tra i pazienti in generale non sono disponibili. Ci sono differenze tra i pazienti che consumano soltanto la cannabis e quelli che la consumano unitamente ad altre sostanze stupefacenti (relazioni nazionali Reitox, 2003): i primi sono di solito più giovani e meglio integrati socialmente (è più probabile che abbiano un'occupazione ed abbiano conseguito un livello di istruzione superiore, mentre è meno probabile che lascino o abbiano lasciato la scuola). Le sostanze più comunemente segnalate come sostanze secondarie dai pazienti che fanno un uso primario di cannabis sono l'alcool (32,9 %) e le sostanze stimolanti (25 %) <sup>(164)</sup>, anche se la distribuzione varia da un paese all'altro.

Alcuni pazienti in trattamento per cannabis ammettono di iniettarsi anche altre sostanze stupefacenti; altri segnalano un'esperienza una tantum di uso di sostanze stupefacenti per via parenterale, nonostante attualmente non consumino droghe diverse dalla cannabis. Nel 2002 in Grecia, ad esempio, soltanto il 14,7 % dei pazienti in terapia per cannabis che avevano segnalato il consumo di una droga secondaria, ne aveva fatto uso per via parenterale nei 30 giorni precedenti, ma il 25,4 % dei pazienti in terapia per cannabis segnalava l'esperienza una tantum dell'uso per via parenterale di un'altra sostanza (relazione nazionale greca, 2003). Analogamente, informazioni provenienti dalla Repubblica ceca (relazione nazionale) fanno pensare che, in alcuni ambienti terapeutici, fino alla metà dei pazienti in terapia per cannabis faccia uso anche di altre sostanze stupefacenti per via parenterale.

### Evoluzione della domanda di trattamento: fattori del cambiamento

L'aumento della domanda di trattamento per problemi legati al consumo primario di cannabis va visto nel contesto dei cambiamenti occorsi nelle caratteristiche e nei modelli di consumo. Tra il 2000 ed il 2002, nei paesi che hanno segnalato dati al riguardo, il numero complessivo dei soggetti indirizzati al trattamento da parte della magistratura, da famiglia/amici o da servizi sociali, è aumentato

<sup>(163)</sup> Cfr. grafico 25 OL: Frequenza del consumo di cannabis per paese.

<sup>(164)</sup> Cfr. grafico 26 OL: Droga secondaria più usata tra i consumatori di cannabis per paese e TDI\_tab. 9, bollettino statistico 2004.

considerevolmente: rispettivamente, del 103 %, 81 % e 136 % <sup>(165)</sup>. Non sono state riscontrate differenze significative tra i paesi, tranne in Germania, dove è aumentata anche la percentuale dei soggetti indirizzati al trattamento dal sistema giudiziario penale (dal 21,7 al 26,7 %).

Non sono disponibili dati materiali sull'evoluzione delle caratteristiche sociodemografiche dei pazienti per cannabis, anche se alcune relazioni nazionali (Repubblica ceca, Francia e Lussemburgo) descrivono un aumento del numero dei pazienti affetti da problemi educativi, sociali e psicologici. Tra il 2001 ed il 2002 la percentuale dei consumatori quotidiani tra i pazienti per cannabis è salita dal 31,7 al 39,2 % <sup>(166)</sup>; alcuni paesi segnalano che la percentuale dei consumatori quotidiani è più elevata tra i pazienti meno giovani (> 20 anni).

### La cannabis nella popolazione generale: dal consumo sperimentale al consumo quotidiano

Come descritto precedentemente, malgrado il consumo di cannabis sia aumentato considerevolmente in quasi tutti i paesi nel corso degli anni novanta e sia la sostanza stupefacente di uso più comune, il suo consumo resta in gran parte occasionale, oppure è di breve durata. È probabile che i soggetti più a rischio di sviluppare problemi o diventare dipendenti siano quelli che fanno un consumo intensivo della sostanza; è però proprio in quest'area che le fonti informative sono più deboli, anche se si sa che i consumatori recenti (consumo negli ultimi 30 giorni) sono generalmente giovani maschi che vivono in aree urbane.

Il «consumo negli ultimi 30 giorni» è un indicatore del consumo corrente e comprende tutti coloro che fanno un consumo intensivo di cannabis. In indagini recenti, escludendo la Svezia (0,1 %), una percentuale compresa tra l'1 ed il 7 % di tutti gli adulti, nonché tra il 3 ed il 12 % dei giovani adulti, segnala di aver fatto uso di cannabis negli ultimi 30 giorni. Ci sono comunque differenze tra i vari paesi; il consumo corrente è più comune nella Repubblica ceca, in Spagna, Francia, Irlanda e Regno Unito. Nei paesi nei quali è possibile analizzare l'evoluzione temporale del consumo recente, si è riscontrato un aumento, sebbene non enorme.

Soltanto per nove paesi sono disponibili dati che consentano l'analisi della frequenza del consumo di cannabis negli ultimi 30 giorni: Grecia, Spagna, Francia, Irlanda, Italia, Lettonia, Paesi Bassi, Portogallo e Finlandia

(non presentati). Con un'eccezione (Lettonia), circa un quarto (19-33 %) di chi ha fatto uso di cannabis nell'ultimo mese, lo avrebbe fatto su base quotidiana o quasi quotidiana <sup>(167)</sup> <sup>(168)</sup>. In questi paesi, i consumatori quotidiani rappresentano una percentuale della popolazione complessiva variabile dallo 0,5 al 2,3 % <sup>(169)</sup> ed una percentuale tra i giovani adulti (15-34 anni) variabile dallo 0,9 al 3,7 % (grafico 31). La maggior parte (76-92 %) di chi ha ammesso di aver fatto uso di cannabis nel mese precedente è d'età compresa tra 15 e 34 anni; conseguentemente, anche i consumatori quotidiani si concentrano in questa fascia d'età. Va aggiunto che i consumatori quotidiani sono prevalentemente di sesso maschile, anche se la percentuale varia dal 62 % nei Paesi Bassi al 92 % in Grecia.

Si può partire da questi dati per calcolare una stima approssimativa del numero delle persone che fanno un uso intensivo di cannabis in Europa. Ipotizzando che l'1 % circa della popolazione faccia uso di cannabis quotidianamente, in un paese con 25 milioni di abitanti (d'età compresa tra 15 e 64 anni), ci sarebbero 250 000 consumatori quotidiani di cannabis. Nell'insieme dell'UE, con una popolazione complessiva di 302 milioni di persone d'età compresa tra 15 e 64 anni, la prevalenza sarebbe di circa 3 milioni.

Anche tra i giovani adulti il consumo intensivo di cannabis varia in rapporto alle coorti d'età, risultando in genere più elevato tra i gruppi più giovani. Da un'indagine condotta nel 2002 nelle scuole spagnole, il 3,6 % degli studenti d'età compresa tra 14 e 18 anni segnalava un uso quotidiano o pressoché quotidiano (al margine superiore del campo di variazione riscontrato tra i giovani adulti d'età compresa tra 15 e 34 anni). Da un'indagine annuale francese su studenti d'età compresa tra 17 e 19 anni (ESCAPAD) è emerso che la percentuale di chi aveva fatto un uso quotidiano di cannabis negli ultimi 30 giorni continuava ad essere più elevata, pari al 9,2 % per i ragazzi ed al 3,3 % per le ragazze (Beck, 2003).

Gli effetti della dipendenza da cannabis o del suo abuso sembrano essere meno gravi rispetto a quelli di altre sostanze stupefacenti. La maggioranza dei consumatori intensivi di cannabis sembra essere rappresentata da giovani relativamente integrati, che sono maggiormente esposti ad altri problemi sociali (incidenti alla guida, mancato completamento del percorso educativo, difficoltà familiari) piuttosto che ad altre attività penalmente rilevanti; gli interventi dovrebbero essere conseguentemente ben calibrati senza creare ulteriori problemi o esclusioni.

<sup>(165)</sup> Cfr. grafico 27 OL: Fonte della domanda di trattamento fra tutti i pazienti, 2000-2002.

<sup>(166)</sup> Cfr. grafico 28 OL: Frequenza del consumo tra tutti i pazienti in terapia per cannabis e TDI\_tab. 8, bollettino statistico 2004.

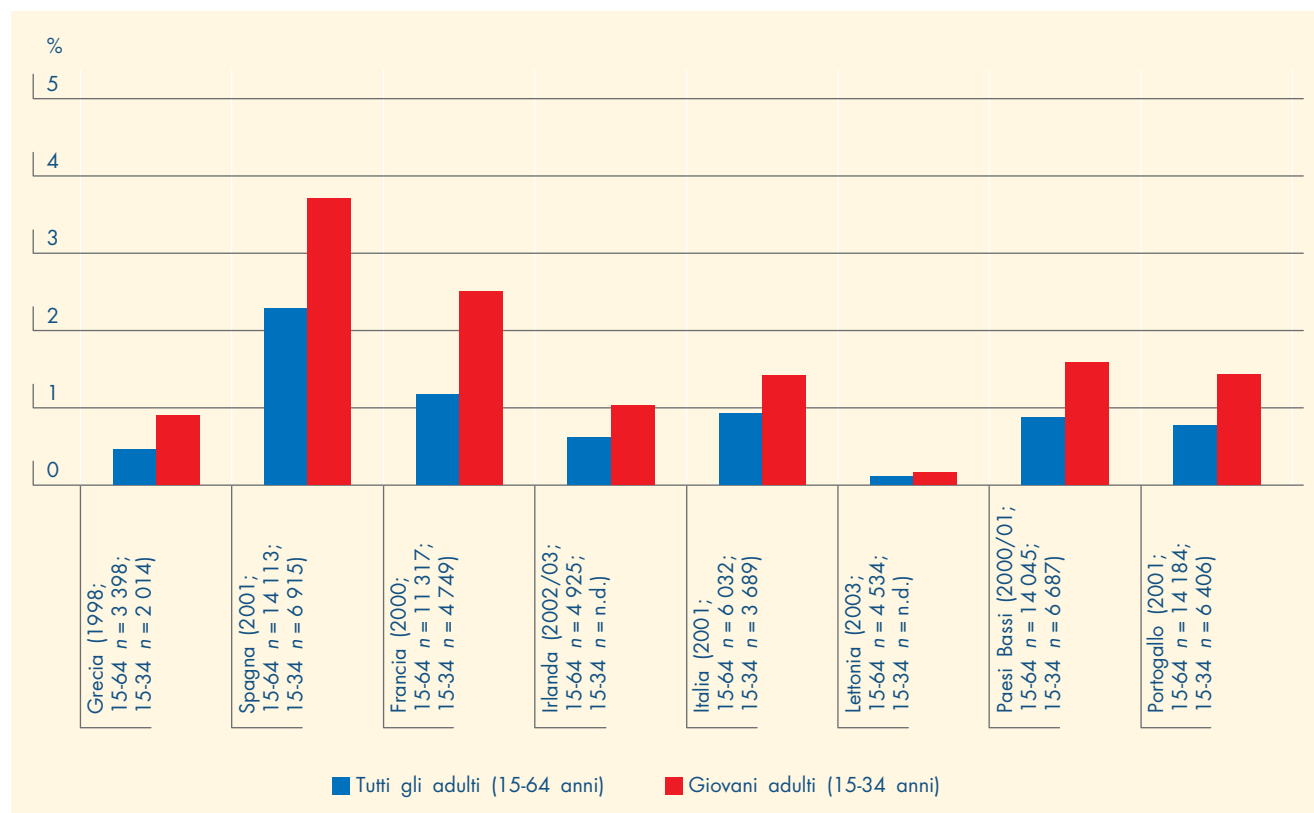
<sup>(167)</sup> In questa sezione, le informazioni si riferiscono al «consumo per 20 o più giorni nell'arco dei 30 giorni precedenti», o anche al «consumo quotidiano o quasi quotidiano». Il questionario europeo prevede di raccogliere il numero esatto di giorni di consumo, ma ai fini della segnalazione del dato nazionale, la frequenza del consumo è stata raggruppata in quattro categorie separate, la più elevata delle quali corrisponde a «20 o più giorni».

<sup>(168)</sup> Cfr. grafico 29 OL: Percentuale di consumatori quotidiani (o quasi quotidiani) tra gli adulti (15-64 anni) che hanno fatto uso di cannabis nell'ultimo mese.

<sup>(169)</sup> La percentuale dei «consumatori nell'ultimo mese» moltiplicata per la percentuale dei «consumatori quotidiani o quasi quotidiani», vale a dire 6 % (prevalenza nell'ultimo mese) × 25 % (percentuale che ha consumato «20 volte o più») = 1,5 %.



**Grafico 31:** Percentuale di «consumatori quotidiani o quasi quotidiani» tra tutti gli adulti ed i giovani adulti in alcuni paesi dell'UE, misurata con indagini di popolazione nazionali



**N.B.:** Consumatori quotidiani o quasi quotidiani = consumo in 20 giorni o più nel mese precedente il colloquio. I dati provengono dalle indagini nazionali più recenti disponibili in ogni paese. La fascia d'età per tutti gli adulti è 15-64 anni (Italia 44 anni), mentre per i giovani adulti è di 15-34 anni. Le variazioni delle fasce d'età possono dar luogo a piccole disparità tra i vari paesi.

**Fonte:** Relazioni nazionali Reitox 2003, rapporti di indagini di popolazione o articoli scientifici. Cfr. anche tabelle epidemiologiche standard nel bollettino statistico 2004.

## Questioni relative alla potenza ed alla dose della cannabis

Si è ipotizzato che l'aumentata potenza della cannabis sia parzialmente responsabile dell'aumento delle problematiche e, conseguentemente, del maggior numero di individui ammessi al trattamento. La comprensione delle questioni relative alla potenza della cannabis, della dose che i singoli consumatori ricevono e del suo possibile impatto sui problemi acuti e cronici, solleva una serie di questioni complesse. Per esplorare le prove scientifiche disponibili in merito alla potenza della cannabis, l'OEDT ha condotto uno studio speciale, i cui principali risultati sono riportati a pagina 90.

La potenza della cannabis è soltanto uno dei fattori per calcolare la dose che un individuo assorbe nell'arco di un determinato periodo (Hall e al., 2001). La modalità di somministrazione, la tecnica per fumare, la quantità di cannabis usata per ogni sessione, nonché il numero delle sessioni cui l'individuo si sottopone sono tutti aspetti altrettanto importanti, se non di più, in termini di calcolo

dei livelli individuali di esposizione. In un certo senso, la cannabis ad elevata potenza è sempre stata disponibile: le preoccupazioni al riguardo non sono nuove. Va inoltre notato che non si sa se i consumatori modificano il loro comportamento per ottenere un effetto di dose desiderato. Pertanto, la misura in cui la cannabis ad alta potenza risulta necessariamente in dosi elevate richiede maggiori ricerche.

## La risposta alle esigenze di chi ha problemi legati alla cannabis

Per l'elaborazione di risposte efficaci è fondamentale riuscire a comprendere le necessità di chi chiede aiuto per problemi legati alla cannabis. L'analisi della domanda di trattamento e di altri indicatori suggerisce che sia i consumatori di cannabis indirizzati al trattamento che i consumatori nel loro insieme rappresentano una popolazione eterogenea con esigenze altrettanto eterogenee. Ciò suggerisce la necessità di tutta una serie di risposte, che vanno dalla prevenzione e riduzione del rischio alle attività terapeutiche ufficiali. Uno dei problemi è

### La potenza della cannabis (fonte: OEDT, 2004c)

1. I paesi dell'UE sono suddivisi in due gruppi distinti, a seconda se il prodotto più comunemente consumato è la cannabis in foglie o la resina di cannabis. Tra i paesi di cui si dispone di informazioni, la resina di cannabis risulta più comune in Germania, Irlanda, Portogallo e Regno Unito, mentre le foglie di cannabis risultano più comuni in Belgio, Repubblica ceca, Estonia, Paesi Bassi e Austria.
2. Non è stata riscontrata una marcata tendenza al rialzo a lungo termine nella potenza delle foglie di cannabis o della resina di cannabis importate in Europa. In tutti i paesi dell'UE, con la possibile eccezione dei Paesi Bassi, la maggior parte della cannabis consumata è importata, anche se attualmente mancano dati sistematici sulla disponibilità di foglie di cannabis di produzione interna.
3. La coltivazione *indoor* della cannabis avviene in una certa misura in tutti i paesi europei. Nei Paesi Bassi, si prevede che questo prodotto rappresenti oltre la metà della cannabis consumata.
4. Le foglie di cannabis coltivate *indoor* utilizzando metodi intensivi (ad esempio, sistemi idroponici con illuminazione artificiale, propagazione con talee e controllo della durata della luce diurna) ha di solito un contenuto in THC superiore rispetto alla droga importata. Anche se l'intervallo di potenza delle foglie di cannabis coltivate a livello domestico può sovrapporsi a quello della cannabis importata, la potenza media della cannabis coltivate a livello domestico può essere due-tre volte superiore.
5. Il generale aumento della potenza della cannabis segnalato in alcuni paesi va attribuito quasi interamente all'aumento della percentuale di cannabis di coltivazione domestica consumata.
6. Se si tiene conto della quota di mercato dei vari prodotti a base di cannabis, in realtà la potenza è rimasta relativamente stabile in quasi tutti i paesi per molti anni, a circa il 6-8 %. L'unica eccezione è data dai Paesi Bassi dove, nel 2001, era salita al 16 %.
7. Nei Paesi Bassi, la resina di cannabis di produzione locale ha un contenuto in THC particolarmente elevato, ma questa sostanza resta poco comune in quel paese ed è pressoché sconosciuta altrove.
8. Le affermazioni comparse sui mass media, secondo le quali la potenza della cannabis sarebbe aumentata di 10 volte o più negli ultimi decenni, non sono supportate da alcun dato, né negli USA, né in Europa. Sembra che i cambiamenti maggiori della potenza siano intervenuti negli USA, ma va ricordato che prima del 1980 la potenza della cannabis negli USA era bassa rispetto agli standard europei.
9. La conclusione generale dello studio è che le modiche variazioni nei livelli di THC sono dovute in gran parte alla recente comparsa di cannabis coltivata intensivamente a livello domestico nell'UE. Va rilevato inoltre che il contenuto in THC dei prodotti a base di cannabis è estremamente variabile. Vi è una forte esigenza d'informazione per sviluppare sistemi di monitoraggio che siano in grado di valutare la quota di mercato dei vari prodotti a base di cannabis, seguendone le variazioni nel tempo. Al momento attuale questo tipo d'informazione è piuttosto carente.
10. Lo studio indica una serie di importanti aree che, per ben comprendere le questioni legate alla potenza della cannabis, richiedono un'attenta valutazione. Fra queste, il consenso sulla nomenclatura dei prodotti a base di cannabis, il miglioramento del monitoraggio delle informazioni sul mercato, il miglioramento del livello delle analisi di laboratorio e della raccolta e presentazione dei dati a livello europeo, gli studi per capire il rapporto tra potenza, abitudini di fumo e livelli di THC/metaboliti nel sangue in Europa e l'esigenza di comprendere la misura in cui la cannabis ad alta potenza provochi un'esposizione a dosi maggiori e tutte le possibili relazioni con i problemi di salute. Vale la pena riflettere, infine, sul rapporto costi/benefici di una diversificazione della risposta rispetto alla diversificazione dei prodotti.

quello di vedere se sia opportuno o meno indirizzare giovani che fanno un uso occasionale di cannabis a centri specializzati sulle droghe. La risposta a questa domanda dipende in gran parte dalla struttura dei servizi e dalla misura in cui i pazienti sono mescolati con consumatori cronici di altre sostanze. L'individuazione di percorsi adeguati alle diverse modalità di consumo della cannabis resta ciononostante un argomento importante su cui riflettere ulteriormente.

Dal lato della prevenzione, poche iniziative sono state concepite specificamente in risposta all'aumento del consumo di cannabis tra i giovani, in quanto raramente la prevenzione è differenziata in rapporto alle singole sostanze: tuttavia, alcuni Stati membri segnalano nuovi

sviluppi in quest'area, con l'adozione di due strategie principali: 1) sottolineando il pericolo che i giovani consumatori di cannabis si facciano coinvolgere nel sistema giudiziario penale; 2) tentando di invertire la percezione sociale del consumo della cannabis, come comportamento normativo, mediante campagne di massa o mirate attraverso i media.

In Germania, Grecia, Irlanda, Finlandia e Regno Unito, sono state introdotte misure volte a ridurre le conseguenze psicosociali dei primi reati per il consumo di cannabis tra gli adolescenti. Un esempio recente (dal 2000 in poi) è il programma FRED in Germania, ora operativo in otto Länder; il programma offre ai giovani consumatori di stupefacenti interventi precoci di breve durata su base

volontaria <sup>(170)</sup>. Nel Regno Unito, le équipes dedicate ai giovani autori di reati lavorano in maniera analoga. Sulla scia del diverso approccio del sistema giudiziario penale ad alcuni aspetti del consumo di cannabis ed a seguito della riclassificazione di questa sostanza (dalla classe B alla classe C), è considerato reato il possesso, non il consumo; chi è trovato in possesso riceve un avvertimento. È prevista una procedura specifica per l'avvertimento dei giovani (sotto i 18 anni). Il Regno Unito ha introdotto anche una campagna sui mass media per riaffermare la natura negativa ed illegale della cannabis.

Un'altra recente iniziativa consiste nel portare la campagna di prevenzione nei «coffee shop», dove si possono comprare piccole quantità di cannabis. Questo intervento assume la forma di un corso e di un manuale per i titolari di coffee-shop per prevenire l'insorgenza di problemi legati alla droga in questi luoghi. Il manuale fornisce informazioni sulla cannabis, sulla legislazione in materia di sostanze stupefacenti, sui disturbi psichiatrici, sul primo soccorso, sull'imprenditorialità e sulle capacità educative. Nei Paesi Bassi, vi è una tradizione di approcci personalizzati e diretti nei confronti del consumo di cannabis, come illustrato dalla settimana dedicata all'hashish ed all'erba (Hash and Weed Week) <sup>(171)</sup>, quando i consumatori pesanti di cannabis organizzano riunioni di gruppo, durante le quali vengono discusse le conseguenze del consumo intensivo e le possibilità di cambiamenti comportamentali.

In un certo senso, questi approcci sono orientati sia alla riduzione dei danni, sia alla prevenzione. Tuttavia, nonostante sia noto il collegamento tra il fumo ed i problemi respiratori e cresca la preoccupazione per l'impatto negativo sulla salute del consumo intensivo di cannabis, gli interventi volti a ridurre i danni associati al consumo di cannabis restano poco sviluppati rispetto a quelli rivolti ai consumatori di altre sostanze stupefacenti.

Le opzioni terapeutiche per chi ha problemi legati alla cannabis si ritrovano in gran parte nei centri terapeutici che offrono assistenza ai pazienti dipendenti da droghe lecite ed illecite o affetti da altre forme di dipendenza. Alcuni paesi segnalano l'esistenza di servizi concepiti per i consumatori di cannabis (Danimarca, Germania, Grecia, Francia, Paesi Bassi, Austria, Svezia e Norvegia): in generale, però, un'assistenza specializzata di questo tipo sembra essere estremamente limitata in molti paesi, dove i servizi terapeutici per i consumatori problematici di cannabis sono integrati nelle strutture che si occupano del trattamento di problematiche generiche relative alle droghe (Belgio, Repubblica ceca, Danimarca, Germania, Spagna, Francia, Irlanda, Italia, Lussemburgo, Paesi Bassi, Austria, Portogallo, Slovenia e Norvegia).

In gran parte, chi ha un problema legato alla cannabis viene affiancato a pazienti in terapia per il consumo problematico di altre sostanze illecite, generalmente oppioidi. Poiché molti di questi centri terapeutici specializzati sono configurati in maniera tale da venire incontro alle esigenze di una popolazione caotica e spesso emarginata, la loro adeguatezza per chi ha esigenze meno acute, come la maggior parte dei consumatori di cannabis, è discutibile. I servizi terapeutici degli Stati membri sono consapevoli di questi problemi e alcuni paesi, nelle loro relazioni nazionali Reitox, hanno osservato che potrebbe essere controproducente e svantaggioso mescolare i consumatori problematici di cannabis con i consumatori problematici di eroina o con i poliassuntori: rilevano pertanto come questa sia una delle ragioni per le quali i consumatori di cannabis non dovrebbero ricevere un'assistenza ospedaliera. È più semplice concepire programmi rivolti specificamente ai consumatori di cannabis su base ambulatoriale. La relazione nazionale austriaca suggerisce che l'assistenza ospedaliera, se richiesta, dovrebbe aver luogo preferibilmente nell'ambito di un reparto psichiatrico generico per adolescenti, piuttosto che in una struttura specializzata sulle tossicodipendenze. Fra le innovazioni più recenti segnalate dagli Stati membri in risposta alle esigenze dei consumatori di cannabis, figurano un «manuale per il trattamento cognitivo» per i consumatori cronici di cannabis, prodotto in Svezia, un sito web di auto-aiuto per i consumatori problematici di cannabis nei Paesi Bassi, l'introduzione dell'agopuntura come trattamento in Finlandia.

## Conclusioni

L'obiettivo di questa disamina è di collocare l'aumento osservato nella domanda di trattamento per cannabis in un contesto analitico più ampio. Facendo questo si scopre che molti importanti interrogativi, che sono fondamentali per un dibattito politico informato su questo argomento così controverso, restano senza risposta. Risulta anche che i casi riscontrati non giustificano allarmismi, sebbene non siano motivo di compiacimento.

Le persone affette da problemi legati alla cannabis rappresentano, in alcuni paesi, una percentuale non irrisoria della domanda di trattamento in strutture specializzate; esse costituiscono un importante sottogruppo all'interno della più ampia popolazione in trattamento. Si tratta in gran parte di giovani maschi, generalmente intorno ai 20 anni; la maggioranza ha cominciato a far uso di questa droga all'età di 16 o 17 anni.

I pazienti in terapia per cannabis seguono modelli di consumo diversi rispetto ai pazienti che consumano altre sostanze; inoltre, ci sono importanti differenze tra di loro. È possibile che i profili dei diversi sottogruppi di consumatori

<sup>(170)</sup> Altre informazioni su questo e su altri programmi di prevenzione si possono trovare nella banca dati EDDRA dell'OEDT

([http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog\\_ID=2091](http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2091)).

<sup>(171)</sup> [http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog\\_ID=385](http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=385)

di cannabis in trattamento servano a capirne direttamente le esigenze e pertanto a fornire risposte adeguate. In questo caso i parametri importanti sono la frequenza del consumo, il consumo passato e corrente di altre sostanze stupefacenti e la fonte della domanda di trattamento. Riassumendo le relazioni nazionali ed i dati TDI, si possono discernere grosso modo due profili di pazienti:

- i consumatori più giovani, spesso studenti, indirizzati ai servizi terapeutici dalla famiglia o dalla scuola, che consumano soltanto la cannabis o talvolta in combinazione con alcool o sostanze stimolanti;
- i poliassuntori, generalmente meno giovani e meno integrati socialmente, indirizzati ai servizi terapeutici prevalentemente dalla magistratura o dai servizi sanitari e sociali, che possono sovrapporsi alla popolazione dei consumatori cronici di sostanze stupefacenti.

Oltre a questi due gruppi sembra esserci un terzo gruppo, indirizzato al trattamento dalla magistratura, che non fa uso di altre sostanze stupefacenti e sembra essere formato da consumatori di cannabis puramente occasionali.

Riflettendo sui cambiamenti intervenuti nelle caratteristiche della domanda di trattamento per cannabis in quanto droga primaria, le informazioni disponibili suggeriscono quanto segue:

- in alcuni paesi, è aumentato il numero dei soggetti indirizzati ai servizi terapeutici dal sistema giudiziario penale;
- è aumentato il numero dei soggetti indirizzati ai servizi terapeutici dalla famiglia e da altre reti di supporto sociale (famiglia, amici, servizi sociali, scuola);
- è aumentata la percentuale del consumo intensivo (quotidiano) di cannabis, anche se i consumatori quotidiani restano una minoranza;
- sono aumentati, in alcuni paesi, i livelli dei problemi sociali ed educativi, anche se in questo settore i dati sono carenti.

Esaminando l'aumento della domanda di trattamento, sembra che effettivamente i cambiamenti intervenuti nella prassi seguita per indirizzare ai servizi terapeutici abbiano avuto un certo impatto; una percentuale rilevante dei soggetti indirizzati ai servizi terapeutici sembra essere data da consumatori non intensivi di cannabis. Ciò non toglie che, almeno in alcuni paesi, un buon numero di richieste di trattamento provenga da individui che fanno un uso intensivo di cannabis. I problemi incontrati da questo gruppo sono ancora scarsamente compresi: è necessario

condurre con urgenza ricerche in quest'area.

L'osservazione secondo la quale la maggioranza dei giovanissimi chiede di entrare in terapia per la cannabis suggerisce la necessità di riflettere con particolare attenzione sulle esigenze, sui percorsi che conducono questo particolare gruppo ai servizi terapeutici e sulle risposte specifiche da dare.

È importante riconoscere anche che la domanda di trattamento non è un indicatore diretto della dimensione e della natura dei problemi legati alla cannabis. I dati derivanti da indagini sulla popolazione generale suggeriscono che, rispetto al consumo occasionale, il consumo intensivo di cannabis è relativamente inabituale. Tuttavia, il fatto che il consumo di cannabis sia così diffuso significa che un numero considerevole di persone fa probabilmente uso intensivo di questa sostanza — almeno per un certo periodo della vita.

Le stime sembrano suggerire che il consumo intensivo può interessare una percentuale compresa tra lo 0,5 ed il 2 % della popolazione adulta e tra l'1 ed il 3 % dei giovani adulti. È probabile che la prevalenza tra i giovani maschi sia considerevolmente più elevata. È difficile desumere dall'indagine un quadro certo circa il numero dei consumatori che sono affetti da problemi legati alla cannabis o che sono diventati dipendenti da essa. Malgrado gli effetti della dipendenza da cannabis, o del suo abuso, siano meno gravi rispetto a quelli di altre sostanze stupefacenti, l'impatto sulla sanità pubblica può essere comunque considerevole, in ragione dell'entità del fenomeno e del fatto che molti dei consumatori maggiormente interessati sono giovani, che potrebbero passare ad un consumo intensivo durante determinati periodi del loro sviluppo o quando sono particolarmente vulnerabili. Nelle famiglie o comunità socialmente svantaggiate la dipendenza da cannabis o il suo abuso possono accentuare problematiche individuali incidendo negativamente sulle opportunità di istruzione o di occupazione.

In breve, è ancora fondamentalmente necessario effettuare ricerche per riuscire a comprendere il rapporto tra i vari modelli di consumo della cannabis e l'insorgenza dei problemi. Resta tuttora scarsamente compresa l'entità delle problematiche avvertite dai consumatori di cannabis e la natura di queste ultime: sono necessari dunque strumenti metodologici adeguati per valutarle a livello della popolazione. Tali informazioni sono un presupposto indispensabile per sviluppare, calibrare ed attuare risposte efficaci, in termini di sanità pubblica, al consumo della cannabis in Europa.