

Bruxelles, 27.11.2015
COM(2015) 584 final

**RELAZIONE DELLA COMMISSIONE AL PARLAMENTO EUROPEO E AL
CONSIGLIO**

**sui progressi realizzati nell'ambito della strategia dell'UE in materia di droga (2013-
2020) e del piano d'azione in materia di lotta contro la droga (2013-2016)**

{SWD(2015) 257 final}

1. Introduzione e contesto

Le droghe illecite rappresentano un complesso problema sociale che influisce sulla vita di milioni di persone. Se da un lato negli ultimi anni il consumo di droghe quali l'eroina e la cocaina è diminuito, dall'altro sono sempre più accessibili sul mercato aperto e/o online nuove sostanze psicoattive, che pongono serie minacce per la salute.

I costi a livello umano e sociale dovuti alla dipendenza da droghe sono molto elevati, e generano spese per la sanità pubblica (per attività di prevenzione, trattamento, assistenza sanitaria e ospedaliera), la sicurezza pubblica, l'ambiente, nonché in termini di produttività sul lavoro.

Sono almeno 78,9 milioni i cittadini europei che hanno dichiarato di avere consumato cannabis almeno una volta nella vita, mentre per la cocaina e le anfetamine si attestano rispettivamente a 15,6 e 12 milioni. Inoltre, 1,3 milioni di adulti sono consumatori problematici di oppiacei e il 3,4% di tutte le morti di cittadini europei tra i 15 e i 39 anni sono dovute a overdose. Secondo le ultime stime, nel 2010 1 700 persone sono morte nell'UE per HIV/AIDS attribuibile al consumo di droga¹. Nel 2013 sono stati registrati nell'UE 1 446 nuovi casi di HIV attribuibile all'uso di droga per via endovenosa². Nel 2014 sono state rilevate 101 nuove sostanze psicoattive, il 22% in più rispetto al 2013.

L'agenda europea sulla sicurezza³ conferma la valutazione dell'Europol, secondo cui **il mercato delle droghe illecite resta il più dinamico dei mercati criminali**. Il traffico e la produzione di stupefacenti si confermano una delle attività criminali più redditizie per i gruppi di criminalità organizzata che operano nell'UE. Il valore del mercato europeo degli oppiacei è stato stimato a circa 12 miliardi di EUR⁴, mentre l'uso di cannabis, la droga più diffusa nell'UE, a circa 2 000 tonnellate. La cocaina è la seconda droga più utilizzata nell'UE. Nel 2013 gli Stati membri dell'UE ne hanno sequestrate oltre 61 tonnellate⁵. Inoltre, negli ultimi due anni Internet è emerso come mercato online per le droghe⁶.

Nel 2013 l'Osservatorio europeo delle droghe e delle dipendenze (OEDT) ha migliorato le relazioni sulla situazione delle droghe in Europa e sempre nello stesso anno, l'OEDT ed Europol hanno pubblicato su richiesta della Commissione la prima relazione sul mercato della droga nell'UE. Le due agenzie dell'UE pubblicheranno una seconda edizione agli inizi del 2016.

Le droghe sono un problema globale. Secondo le stime, nel 2013 sono 264 milioni le persone tra i 15 e i 64 anni ad avere assunto una droga illecita e circa 27 milioni quelle che soffrono di disordini connessi all'uso di droga o alla dipendenza da droga. Di questi ultimi pressoché la metà (12,19 milioni) fa uso di droga per via endovenosa, e di questi, in base alle stime, 1,65 milioni erano affetti da HIV nel 2013⁷.

Nell'aprile 2016 **l'Assemblea generale delle Nazioni Unite terrà una sessione speciale (UNGASS)** sulla droga, in cui si valuterà come migliorare le politiche mondiali in materia di droga, rafforzando allo stesso tempo gli aspetti connessi alla salute pubblica e ai diritti umani, nell'ambito delle

¹ OEDT, European Drug Report 2015 (Relazione europea sulla droga 2015).

² Relazione dell'OEDT.

³ COM(2015) 185.

⁴ Relazione generale sulle attività dell'Europol nel 2014.

⁵ Interim SOCTA 2015: An Update on Serious and Organised Crime in the EU [Valutazione intermedia SOCTA 2015: un aggiornamento sulle forme gravi di criminalità organizzata nell'UE], Europol, marzo 2015.

⁶ Relazione congiunta dell'OEDT e di Europol, "EU Drugs Market Report: a strategic analysis", [Relazione sul mercato delle droghe nell'UE: un'analisi strategica], 2013.

⁷ Ufficio delle Nazioni Unite contro la droga e il crimine (UNODC). Rapporto mondiale sulla droga relativo al 2015.

Convenzioni dell'ONU relative alle droghe⁸. Questa occasione rappresenterà un punto di svolta per la comunità internazionale nell'elaborazione della futura politica in materia di droga e la posizione dell'UE conterà in questo contesto.

La **strategia dell'Unione europea in materia di droga (2013-2020)**⁹ e il **piano d'azione dell'UE in materia di lotta alla droga 2013-2016**¹⁰ istituiscono il quadro politico dell'UE e le relative priorità per la politica in materia di droga. La strategia fornisce un quadro comune e basato su dati per rispondere al fenomeno della droga all'interno e all'esterno dell'UE. Punta a contribuire a una riduzione della domanda e dell'offerta di droga all'interno dell'UE, nonché a una riduzione dei rischi e dei danni per la salute e la società causati dalla droga. La strategia è strutturata attorno a tre temi trasversali: a) coordinamento, b) cooperazione internazionale e, c) ricerca, informazione, monitoraggio e valutazione.

La presente relazione illustra i **principali progressi** realizzati dall'UE nel 2013 e 2014 per quanto concerne l'attuazione della strategia 2013-2020 in materia di droga e del piano d'azione in materia di lotta contro la droga 2013-2016. Informazioni più dettagliate sono presentate nel documento di lavoro dei servizi della Commissione allegato.

2. Metodologia

Il piano d'azione dell'UE in materia di lotta contro la droga individua le persone responsabili per l'attuazione delle misure in esso previste e i rispettivi termini. La presente relazione, che interessa il 2013 e il 2014, è basata sui contributi dell'OEDT, di Europol, di Eurojust (l'unità di cooperazione giudiziaria dell'UE) e della CEPOL (l'accademia europea di polizia). Sono inoltre pervenuti contributi dal Servizio europeo di azione esterna e dalla presidenza del Consiglio¹¹. La Commissione ha altresì condotto un'indagine tra i paesi dell'UE¹² e le organizzazioni della società civile interessate alla politica relativa alla droga¹³. La presente relazione si incentra sui risultati ottenuti dalla strategia e dal piano d'azione dell'UE in materia di droga.

3. Riduzione della domanda di droga

Prevenzione

Secondo un'indagine Eurobarometro del 2014 sui giovani e la droga¹⁴, la sperimentazione delle droghe inizia spesso negli anni scolastici e si stima che un giovane su quattro tra i 15 e i 16 anni abbia fatto uso di droghe illecite¹⁵. Le attività di **sensibilizzazione e di consulenza** (counselling) restano le azioni preventive più comuni messe in atto per i giovani considerati a rischio di abuso di sostanze, quali gli studenti con difficoltà scolastiche e sociali¹⁶. Nel 2013 meno della metà dei paesi dell'UE ha comunicato all'OEDT di avere attuato appieno le politiche in materia di droga nelle scuole. Tuttavia,

⁸ La convenzione sugli stupefacenti del 1961, la convenzione sulle sostanze psicotrope e la convenzione contro il traffico illecito di stupefacenti e sostanze psicotrope del 1988.

⁹ GU C 402, del 29.12.2012, pag. 1.

¹⁰ GU C 351, del 30.11.13, pag. 1.

¹¹ Si è tenuto altresì conto dei risultati di un'indagine condotta negli Stati membri ad aprile 2015 dalla presidenza del Consiglio sulla questione dell'uso scorretto e dalla dipendenza da farmaci. Benché l'indagine non rientri nel periodo 2013-2014, i risultati sono ripresi nella relazione, poiché illustrano la situazione negli Stati membri riguardo alle azioni 4 e 50 del piano d'azione dell'UE in materia di lotta contro la droga, pertinente anche per il biennio 2013-2014.

¹² Tutti gli Stati membri hanno partecipato all'indagine.

¹³ Hanno risposto al questionario organizzazioni di Francia, Grecia, Ungheria, Italia, Lituania, Lussemburgo, Paesi Bassi, Portogallo, Spagna, Slovenia e Svezia. Alcune di queste organizzazioni sono reti o organizzazioni "ombrello" che rappresentano diverse altre organizzazioni dello stesso o di altri paesi, attive in questo ambito.

¹⁴ 2014 Flash Eurobarometer 401 "Young people and drugs".

¹⁵ <http://www.emcdda.europa.eu/data/2014>.

¹⁶ Relazione dell'OEDT.

l'organizzazione negli istituti scolastici di **campagne di informazione generali** sull'abuso di sostanze è ampiamente diffusa nell'UE¹⁷. La maggior parte dei paesi dell'UE ha comunicato di avere predisposto nel periodo 2013-2014 specifici programmi e/o misure volte a **ritardare la prima assunzione di droghe illecite**.

Modello di riferimento

Il “Mondorf Group”, un gruppo collaborativo che comprende il Lussemburgo e le regioni transfrontaliere di Francia, Germania e Belgio, ha condotto attività di prevenzione, in cui ha associato un approccio non focalizzato sulla droga a componenti interculturali, e organizza attività ricreative per i giovani, basate sul concetto di “pedagogia esperienziale”. Le attività sono intese principalmente a dare ai giovani l'opportunità di avere un'esperienza diretta delle dinamiche di gruppo, della gestione del conflitto, della valutazione di limiti e rischi, nonché della sensazione di solidarietà all'interno di un gruppo di persone diverse a livello sociale e culturale.

La maggior parte dei paesi dell'UE, società civile inclusa, ha comunicato di aver messo in atto **iniziative di sensibilizzazione** sui rischi e sulle conseguenze dell'uso di droghe illecite e di altre nuove sostanze psicoattive.

La maggior parte dei paesi dell'UE ha dichiarato di avere **attuato misure preventive**. Molti Stati membri dell'UE hanno condotto programmi di prevenzione universali e alcuni hanno fornito informazioni circa l'attuazione di programmi di prevenzione selettivi¹⁸ e indicati¹⁹. La metà degli Stati membri dell'UE ha riferito di avere attuato campagne di lotta contro la droga negli ambienti ricreativi, quali festival musicali, feste, luoghi di ritrovo della vita notturna e club. Solo la metà dei paesi dell'UE che hanno attuato misure preventive ha affermato che la disponibilità di tali misure è aumentata o rimasta stabile nel 2013 e 2014. Alcuni rappresentanti della società civile hanno tuttavia posto l'accento sul calo della spesa pubblica in questo ambito, a causa delle restrizioni di bilancio.

Uso scorretto e dipendenza da farmaci soggetti a prescrizione medica

L'uso scorretto di farmaci soggetti a prescrizione medica e la relativa dipendenza nell'UE richiedono ulteriore lavoro e analisi. Le benzodiazepine²⁰ sono spesso utilizzate in modo scorretto dai consumatori di oppiacei ad alto rischio e sono correlate alla morbidità e mortalità in tale gruppo²¹. Si ritiene verosimile che gli analgesici e gli anestetici oppiacei²², farmaci prescritti principalmente per i loro effetti psicoattivi e come trattamento sostitutivo nella cura delle dipendenze, vengano assunti in modo scorretto. Tuttavia, nei paesi dell'UE sono disponibili troppi pochi dati per poter ottenere una stima completa dell'uso scorretto in diversi contesti nell'intera UE. Di conseguenza, la portata del problema e le risposte a livello di UE devono essere ulteriormente definite, al fine di decidere le azioni da prendere in futuro.

¹⁷ L'abuso di sostanze concerne l'alcol, il tabacco e le droghe. Le informazioni sono fornite dall'OEDT.

¹⁸ Le strategie di “prevenzione selettiva” sono destinate a fasce della popolazione complessiva considerate a rischio di abuso di sostanze per l'appartenenza a un particolare segmento della popolazione, come ad esempio giovani autori di reati, giovani che abbandonano la scuola o studenti con scarsi risultati scolastici. I gruppi a rischio possono essere individuati in base ai fattori di rischio sociali, demografici o ambientali noti per la correlazione con l'abuso di sostanze, mentre i sottogruppi mirati possono essere definiti per età, genere, contesto familiare o luogo di residenza, come i quartieri sfavoriti o quelli in cui è diffuso l'uso e il traffico di droga.

¹⁹ La “prevenzione indicata” è destinata agli individui vulnerabili e li aiuta ad affrontare e gestire i tratti caratteriali personali che li rendono più vulnerabili all'aumento dell'uso di droghe.

²⁰ Le benzodiazepine sono un gruppo di farmaci ampiamente prescritto, con una vasta gamma di applicazioni cliniche, dalla cura di ansia e insonnia al trattamento dell'astinenza da alcol. Esempi di tali farmaci sono il diazepam, il clonazepam, l'alprazolam e l'oxazepam.

²¹ [The misuse of benzodiazepines among high-risk opioid users in Europe. Report by EMCDDA, 2015](#) [L'uso scorretto delle benzodiazepine tra gli utilizzatori di oppiacei ad alto rischio. Relazione dell'OEDT, 2015].

²² Soggetti a prescrizione e da banco, se del caso.

Trattamento

Nel 2013 e 2014 erano **disponibili e ben diffusi in tutti gli Stati membri servizi di trattamento integrati**²³. Metà dei paesi dell'UE ha affermato che non vi sono stati cambiamenti significativi nei servizi di trattamento forniti nel proprio territorio e la maggior parte dei restanti Stati dell'UE ha indicato un aumento della disponibilità di tali servizi. D'altro canto, secondo alcuni rappresentanti della società civile, la disponibilità dei servizi di trattamento è diminuita a causa delle riduzioni delle dotazioni di bilancio.

Nel 2013-2014 nei paesi dell'UE esisteva **un'ampia gamma di servizi di trattamento completi e integrati**. La metà degli Stati membri dell'UE ha comunicato che tali servizi non hanno subito modifiche nel 2013 e 2014 rispetto agli anni precedenti.

Modello di riferimento

Il trattamento della tossicodipendenza in Inghilterra è molto accessibile. In base agli ultimi dati al riguardo (per il 2013-2014), il 98% delle persone cui è stato indicato di seguire un trattamento ha potuto iniziarlo in meno di tre settimane. I tempi di attesa sono brevi – circa tre giorni per iniziare il trattamento. I miglioramenti al sistema di trattamento dell'ultimo decennio hanno portato a una riduzione del tempo di attesa da due mesi nel 2001 a soli tre giorni nel 2013-2014.

La maggior parte dei trattamenti in Europa sono forniti in **strutture ambulatoriali**²⁴. Un decimo dei trattamenti per la tossicodipendenza è fornito a pazienti ricoverati in ospedale o presso centri specializzati²⁵.

Nel 2013 e 2014 si è registrata un'evoluzione dei **servizi di riabilitazione/recupero**, ma quasi la metà dei paesi dell'UE non ha segnalato alcun ampliamento in questo ambito. Analogamente, molti rappresentanti della società civile hanno riferito che nel 2013 e 2014 non vi è stato alcun ampliamento dei servizi di riabilitazione/recupero nei rispettivi paesi.

Riduzione del rischio e del danno

Alla fine del 2013 tutti i paesi dell'UE avevano definito obiettivi nell'ambito della politica per la salute pubblica, diretti a prevenire e ridurre i danni alla salute associati alla dipendenza da droga²⁶. La maggior parte dei paesi dell'UE ha riferito di avere intrapreso azioni specifiche nel 2013 e 2014, intese a garantire la disponibilità e l'accesso a **misure fattuali di riduzione dei rischi e dei danni**.

Modello di riferimento

A Cipro, nell'ambito di un programma a bassa soglia di accessibilità²⁷ istituito nel 2013, si è messo in atto in via sperimentale nel 2014 il primo programma con effetto "a valanga". Sono stati selezionati tossicodipendenti o ex tossicodipendenti, che assumono droga per via endovenosa, per partecipare a una formazione riguardante l'HIV/AIDS, l'epatite, la tubercolosi, le tecniche di primo soccorso, il

²³ Come previsto nell'ambito dell'azione 5 del piano d'azione dell'UE in materia di lotta contro la droga. Maggiori informazioni sono disponibili altresì nel documento di lavoro dei servizi della Commissione annesso.

²⁴ Un paziente ambulatoriale è un paziente che non viene ricoverato per 24 ore o più, ma che si reca in ospedali, cliniche o strutture associate per la diagnosi o il trattamento. Dati forniti dall'OEDT.

²⁵ Poiché in molti paesi il trattamento sostitutivo può essere prescritto da centri specializzati. Informazioni fornite dall'OEDT.

²⁶ In base alla [relazione sulla situazione attuale relativa alla raccomandazione del Consiglio del 2013 sulla prevenzione e la riduzione del danno per la salute causato da tossicodipendenza nell'UE e nei paesi candidati](#)), Gesundheit Österreich & Sogeti, 2013.

²⁷ I programmi a "bassa soglia di accessibilità" sono programmi che prevedono richieste minime al paziente e offrono servizi in cui non vi è l'intento di controllare l'assunzione di droghe e la consulenza è fornita solo su richiesta.

nesso sicuro e l'assunzione sicura di droghe. Dopo la formazione, ogni partecipante ha selezionato tre altri tossicodipendenti che assumono droga per via endovenosa, al fine di condividere le conoscenze acquisite nel corso della formazione, nonché raccogliere mediante un questionario dati sui comportamenti ad alto rischio correlati al consumo di droga.

Tutti paesi dell'UE hanno predisposto programmi relativi ai trattamenti sostitutivi e programmi per la distribuzione di aghi e siringhe, in quanto misure centrali per la prevenzione e il controllo delle infezioni tra le persone che fanno uso di droghe per via endovenosa, e li hanno ampliati notevolmente. Tuttavia, nel 2013 i programmi per la distribuzione di aghi e siringhe erano lungi dal garantire una piena copertura in tutti i paesi, e in particolare nelle carceri²⁸. Numerosi paesi hanno altresì comunicato riduzioni dei servizi per la riduzione dei danni negli ultimi anni e in altri l'offerta di detti servizi è limitata²⁹.

Modello di riferimento

In Repubblica ceca l'accesso ai trattamenti sostitutivi è limitato. Il metadone è gratuito per i pazienti, ma disponibile solo in una decina di centri specializzati. La maggior parte dei pazienti che seguono un trattamento sostitutivo utilizzano la buprenorfina, che non è però rimborsata dall'assicurazione sanitaria, il che obbliga la maggior parte dei pazienti a pagare i farmaci a prezzi molto elevati (circa la metà del salario medio mensile al mese), situazione che dà origine a un mercato nero della buprenorfina.

Alcuni paesi hanno istituito **strutture controllate per il consumo di droga**³⁰ e in alcuni paesi dell'UE sono previsti programmi per l'utilizzo a domicilio di naloxone³¹.

Nonostante i progressi degli anni recenti, i decessi per overdose o per malattia, incidenti, atti violenti e suicidi connessi alla droga restano una delle principali cause di mortalità evitabile tra i giovani nell'UE. **In base alle stime dell'UE, il numero di vittime solo per overdose è stato di 5 800 persone nel 2013**³². Dal 2003 la maggior parte dei paesi è riuscita a ridurre il numero di morti da overdose. Tuttavia, è opportuno osservare che, in generale, la portata e la disponibilità delle misure di riduzione del danno nell'UE sembrano essere collegate al calo dei livelli di overdose segnalate. Le infezioni da HIV tra persone che fanno uso di droga per via endovenosa sono diminuite nel 2013, mentre restano alti in molti paesi i tassi di infezione da epatite C³³.

Consumo di droga nelle carceri

L'uso di sostanze stupefacenti è superiore tra i detenuti che tra la popolazione generale. Nel 2013 e nel 2014 la maggior parte dei paesi dell'UE ha predisposto politiche di assistenza sanitaria per i tossicodipendenti durante la detenzione. Oltre la metà di tali paesi prevede inoltre di ampliare le misure esistenti entro la fine del 2016 e la maggioranza di quelli che non ne hanno ancora attuate, prevedono di iniziare a farlo entro la stessa data.

²⁸ Idem.

²⁹ Relazione dell'OEDT.

³⁰ Risposte al questionario integrate con dati tratti dalla relazione dell'OEDT "[Perspectives on drugs. Drug consumption rooms: an overview of provision and evidence](#)" del 2015 [Prospettive riguardo alle droghe. Stanze di consumo per tossicodipendenti: panoramica ed elementi sulla relativa predisposizione].

³¹ Il naloxone è un farmaco utilizzato per contrastare gli effetti degli oppiacei, specie in caso di overdose. Secondo l'OEDT, alcuni programmi per il naloxone sono limitati in termini di portata e di tempo. In un paese i programmi di distribuzione di naloxone sono previsti per i consumatori ad alto rischio nella comunità e per i detenuti subito dopo la scarcerazione.

³² Relazione dell'OEDT.

³³ Relazione dell'OEDT sulla droga relativa al 2015.

Nel 2013 e 2014, i servizi nelle carceri e nelle comunità hanno fornito assistenza continua ai tossicodipendenti in più della metà degli Stati membri dell'UE, con particolare attenzione alla prevenzione di overdose³⁴.

Nel 2013 la stragrande maggioranza dei paesi dell'UE ha comunicato di aver predisposto trattamenti sostitutivi per dipendenti da oppiacei nelle carceri³⁵. Tuttavia in alcuni paesi il trattamento nelle carceri era limitato alle persone già in possesso di una prescrizione medica prima dell'incarcerazione.

Nel 2013 e 2014 solo alcuni paesi hanno **predisposto finanziamenti specifici per le attività di riduzione della domanda di droga**. Spesso le dotazioni destinate a tali attività sono integrate in ambiti collegati, quali l'assistenza sanitaria, l'istruzione e la previdenza sociale.

4. Riduzione dell'offerta di droga

Secondo l'Europol, nel 2013 e 2014 il traffico di droga è stato il principale ambito di reati, in termini di casi avviati e flusso di informazioni. Secondo le stime, nel 2013 sono stati segnalati 230 000 reati connessi all'offerta di droga, di cui il 57% collegati alla cannabis³⁶. Nel 2014 sono stati avviati 1 600 nuovi casi relativi alle droghe nell'UE, riguardanti gruppi di criminalità organizzata, per traffico di cocaina, eroina, droghe sintetiche e cannabis³⁷.

Nel 2014 sono state notificate per la prima volta nell'UE **101 nuove sostanze psicoattive**, rispetto alle 41 del 2010. Oltre 450 sono attualmente monitorate dall'OEDT. Nel 2013 sono stati effettuati 33 000 sequestri di nuove sostanze psicoattive, per un totale di oltre 2,3 tonnellate. La produzione di tali sostanze, tra cui la preparazione di blocchi, imballaggi ed etichette ha luogo sempre più all'interno dell'UE³⁸, ma sono altresì introdotte in Europa da paesi terzi. In base a quanto comunicato dagli Stati membri dell'UE, nel 2014 la Cina è stata la fonte principale di sostanze psicoattive immesse in Europa.

Nel 2013 e 2014 l'OEDT ha trasmesso alla rete del sistema di allerta precoce 182 notifiche formali relative a nuove sostanze psicoattive e 32 segnalazioni e avvisi concernenti la salute pubblica, molti dei quali riguardanti seri eventi avversi, in particolare morti e/o rischi potenzialmente in grado di causare un grave danno. Nel corso dello stesso periodo, l'OEDT e l'Europol hanno effettuato sette valutazioni del rischio su nuove sostanze psicoattive rischiose per la salute. Avvalendosi di questa base³⁹, la Commissione ha avanzato proposte al Consiglio per sottoporre a misure di controllo in tutta l'UE due sostanze nel 2013 e altre sei nel 2014⁴⁰. Il Consiglio ha adottato tutte le proposte della Commissione, dopo aver ricevuto il parere positivo del Parlamento europeo⁴¹.

³⁴ Sebbene in certi paesi ciò valga soltanto per alcune carceri.

³⁵ Secondo l'OEDT.

³⁶ Relazione dell'OEDT.

³⁷ Relazione di Europol.

³⁸ Ibid. nota 4.

³⁹ Un'ottava valutazione del rischio (sulla 4-metilamfetamina) è stata effettuata dall'OEDT e dall'Europol nel 2012.

⁴⁰ Decisione di esecuzione (UE) 2015/1876 del Consiglio, dell'8 ottobre 2015, che sottopone a misure di controllo la 5-(2-amminopropil)indolo, decisione di esecuzione (UE) 2015/1874 del Consiglio, dell'8 ottobre 2015, che sottopone a misure di controllo la 4-metilamfetamina, decisione di esecuzione (UE) 2015/1875 del Consiglio, dell'8 ottobre 2015, che sottopone a misure di controllo le sostanze 4-iodo-2,5-dimetossi-N-(2-metossibenzil)fenetilammina (25I-NBOMe), 3,4-dicloro-N-[(1-(dimetilammino)cicloesil)metil]benzamide (AH-7921), 3,4-metilendioossipirovalerone (MDPV) e 2-(etilamino)-2-(3-metossifenil)cicloesanone (metossietamina); decisione di esecuzione (UE) 2015/1873 del Consiglio, dell'8 ottobre 2015, che sottopone a misure di controllo le sostanze 4-metil-5-(4-metilfenil)-4,5-diidroossazol-2-amina (4,4'-DMAR) e 1-cicloesil-4-(1,2-difeniletil)-piperazina (MT-45).

⁴¹ La sentenza della Corte dell'Unione europea nelle cause C-317/13 e C-679/13 stabilisce che, prima dell'adozione delle decisioni del Consiglio relative al divieto di nuove sostanze psicoattive, è necessaria la consultazione del Parlamento europeo. Pertanto, tutte le decisioni del Consiglio adottate o in attesa di adozione prima della sentenza della CGUE hanno dovuto essere adottate nuovamente dal Consiglio in seguito alla consultazione del Parlamento europeo, fatto avvenuto nell'ottobre 2015.

Considerata la portata della minaccia rappresentata dalle nuove sostanze psicoattive, il Consiglio e il Parlamento europeo hanno definito un nuovo sistema, più veloce ed efficace, per far fronte alle minacce. Per realizzare questi obiettivi, nel settembre 2013 **la Commissione ha adottato un pacchetto legislativo**⁴², da allora in discussione presso i colegislatori.

Nel 2013 e 2014 l'OEDT ha collaborato con i paesi dell'UE per raccogliere **in tutta l'UE dati** precisi, affidabili, comparabili e di elevata qualità **sull'offerta di droga**. Sarà così possibile valutare la situazione e l'efficacia delle politiche per la riduzione dell'offerta. I dati saranno raccolti in via sperimentale nel 2015.

Nel 2014 il numero di casi di traffico di droga comunicati a Eurojust è aumentato soltanto di poco rispetto all'anno precedente. Un progetto condotto da Eurojust sul traffico di droga nel 2014 ha riscontrato che le differenze nelle norme sostanziali e procedurali nei paesi dell'UE rappresentavano **un ostacolo principale per le indagini sul traffico di droga**, nonché per individuare, ritracciare e recuperare i proventi delle attività della criminalità organizzata transfrontaliera. Il progetto ha inoltre rivelato che i provvedimenti di congelamento e di confisca erano molto poco utilizzati nei casi di traffico di droga⁴³. Nel 2013 e 2014 la maggior parte degli Stati membri dell'UE ha messo in atto iniziative con altri Stati membri per contrastare il traffico transfrontaliero e accrescere la sicurezza.

Nel 2013 e 2014 la CEPOL ha organizzato formazioni sulla droga e sulle questioni connesse alla droga per circa **1 300 partecipanti** provenienti da paesi dell'UE, paesi associati, paesi candidati e agenzie dell'UE. Solo poco più della metà dei paesi dell'UE ha indicato l'esistenza di una **buona cooperazione** tra le unità di contrasto e gli organismi pertinenti⁴⁴ in merito alle questioni connesse alla droga sebbene non tutti abbiano sottoscritto memorandum d'intesa per formalizzare tale cooperazione.

Nel 2013 si sono registrati in totale **846 casi di sequestri e di spedizioni intercettate di precursori di droghe destinati a uso illecito** e **628 casi** nel 2014⁴⁵.

Diversi paesi dell'UE hanno messo in comune le loro capacità di contrasto nel centro di analisi e operazioni contro il narcotraffico marittimo (MAOC-N), al fine di intercettare le spedizioni di droga, in particolare nell'Oceano Atlantico. Dalla sua creazione, il centro ha coordinato il blocco di oltre **120 navi** e il sequestro di **oltre 100 tonnellate di cocaina** e **300 tonnellate di cannabis**, per un valore commerciale di vendita nell'UE di **8 miliardi** di EUR. Le attività del centro sono supportate anche da finanziamenti dell'UE.

Nel 2013 e 2014 i sistemi giuridici della maggior parte dei paesi dell'UE prevedevano **alternative alle sanzioni coercitive per gli autori di reati tossicodipendenti**. Quasi tutti i paesi dell'UE avevano predisposto trattamento e riabilitazione, mentre la metà degli Stati misure in materia di istruzione, assistenza post-terapia e integrazione sociale.

⁴² Il pacchetto include: la proposta di regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio sulle nuove sostanze psicoattive e la proposta di direttiva del Parlamento europeo e del Consiglio che modifica, per quanto riguarda la definizione di "stupefacenti", la decisione quadro 2004/757/GAI del Consiglio, del 25 ottobre 2004, riguardante la fissazione di norme minime relative agli elementi costitutivi dei reati e alle sanzioni applicabili in materia di traffico illecito di stupefacenti.

⁴³ In base alla decisione quadro 2006/783/GAI del Consiglio, del 6 ottobre 2006, relativa all'applicazione del principio del reciproco riconoscimento delle decisioni di confisca (GU L 328, del 24.11.2006, pag. 59) e alla decisione quadro 2003/577/GAI del Consiglio, del 22 luglio 2003, relativa all'esecuzione nell'Unione europea dei provvedimenti di blocco dei beni o di sequestro probatorio (GU L 196, del 2.8.2003, pag. 45).

⁴⁴ Come ad esempio, compagnie aeree, corrieri aerei espressi, compagnie di navigazione, autorità portuali e società chimiche.

⁴⁵ Banca dati dell'UE relativa ai precursori di droghe.

Modello di riferimento

In Portogallo una legge in vigore dal luglio 2001 ha depenalizzato l'uso di droghe illecite e gli atti correlati, pur conservando il carattere illecito del consumo di droga. Il possesso di droghe in quantità superiore al consumo individuale medio per dieci giorni è considerato reato. Tuttavia, una persona colta in possesso di una quantità inferiore che non sia in alcun modo sospettata di un eventuale coinvolgimento nel traffico di droga sarà sottoposta alla valutazione di una commissione locale competente in materia di dissuasione dalle tossicodipendenze, composta da un avvocato, un medico e un assistente sociale. Possono essere applicate sanzioni amministrative, ma l'obiettivo principale consiste nel facilitare l'accesso al trattamento e la ripresa di una vita sana in seno alla società. Tali commissioni agiscono come "seconda linea" di intervento preventivo, valutando la situazione personale dei consumatori di droga inviati dalla polizia e indirizzandoli verso la risposta opportuna.

Un'altra sfida è rappresentata dalla progressiva apparizione di **Internet come mercato della droga. Più della metà dei paesi dell'UE si è concentrata specificatamente sui reati su Internet connessi alla droga**, alcuni incentrandosi sui siti web utilizzati per la vendita di droghe sintetiche. Anche Eurojust e l'Europol hanno comunicato di avere condotto diverse iniziative in materia di criminalità su Internet connessa alla droga.

Modello di riferimento

In Germania, il Bundeskriminalamt (BKA), l'ufficio federale della polizia criminale, ha riscontrato un aumento nelle vendite di narcotici di tutti i tipi via Internet. L'elemento di principale attenzione riguarda le droghe sintetiche. Inoltre il commercio delle droghe passa sempre di più dalla normale rete, il "clear web", alla cosiddetta "darknet", la rete scura non indicizzata, con l'uso dell'anonimato e di codici, il che rende molto difficile risalire ad amministratori, venditori e clienti. Inoltre, il ricorso a monete virtuali, quali il Bitcoin, garantisce agli utenti un anonimato ancor superiore. Tenendo conto di questo fenomeno in grande aumento, il 15 novembre 2014 il BKA ha istituito un gruppo di lavoro sul traffico di droga via Internet, il cui personale è attualmente composto di due persone a tempo pieno e una a tempo parziale.

Solo alcuni paesi hanno previsto **finanziamenti specifici nel 2013 e 2014 per le attività di riduzione dell'offerta di droga**. Solitamente le dotazioni per tali attività sono integrate in ambiti correlati, quali il bilancio generale per la polizia criminale.

5. Coordinamento

Per rispondere in modo efficace alla **natura trasversale del problema rappresentato dalle droghe è necessario un coordinamento** in seno agli Stati membri dell'UE tra i diversi ambiti politici a livello dell'UE e nazionale.

Il Consiglio ha istituito uno specifico gruppo di lavoro, incaricato di trattare a livello generale le questioni in materia di droga, e nel cui ambito le presidenze del Consiglio hanno elaborato programmi che seguono rigorosamente il piano d'azione in materia di lotta contro la droga. Tuttavia, diversi paesi dell'UE hanno ritenuto che non tutte le azioni fossero affrontate in modo sistematico. Le presidenze del Consiglio susseguitesi si sono altresì adoperate per creare collegamenti più stretti e condividere informazioni con altri gruppi di lavoro che operano nel settore delle attività di contrasto.

Quasi tutti gli Stati membri dell'UE sostengono di coordinare le rispettive **posizioni in seno al gruppo di lavoro del Consiglio dell'UE sulle questioni connesse alle droghe** con tutti i soggetti pertinenti a livello nazionale.

Nel 2013, a parte un paese che ha applicato un'impostazione regionale, in tutti i paesi dell'UE sono in atto **strategie nazionali in materia di droga**. Mentre la maggior parte delle strategie sono state specificatamente incentrate sulle droghe illecite, in alcuni paesi dell'UE la droga è un ambito incluso in politiche più ampie relative alle dipendenze, che includono il tabagismo, l'alcolismo e, talvolta, altre dipendenze. Negli ultimi anni, sempre più paesi hanno effettuato una valutazione finale delle relative strategie o piani d'azione in materia di droga⁴⁶. Tutti gli Stati membri hanno riferito che le **organizzazioni della società civile**⁴⁷ sono state coinvolte nello sviluppo, nel monitoraggio e/o nella valutazione delle politiche nazionali nel 2013-2014.

Modello di riferimento

In Slovacchia le ONG dispongono di un rappresentante (governativo) nel principale organo di coordinamento, ossia il Consiglio del governo della Repubblica slovacca per la politica in materia di droga), che ha la facoltà di invitare i rappresentanti alle riunioni del Consiglio e a specifiche discussioni all'ordine del giorno. Inoltre, nel corso della preparazione di nuovi documenti strategici (strategie, piani d'azione), i rappresentanti delle ONG sono invitati a presentare le loro opinioni direttamente o tramite il rappresentante del governo. Dispongono altresì della competenza giuridica per fornire osservazioni e indicazioni nell'ambito della procedura di approvazione dei documenti. Tali osservazioni e suggerimenti sono oggetto di discussione e i più pertinenti sono da prendere in considerazione. Sono da evitare le discrepanze, nel cui caso la procedura di approvazione può essere bloccata.

La maggior parte dei rappresentanti della società civile ha confermato il suo coinvolgimento nello sviluppo, nel monitoraggio e/o nella valutazione delle rispettive politiche nazionali in materia di droga nel 2013-2014, sebbene alcuni abbiano affermato che non vi fosse **alcun dialogo strutturato** per questo ambito. Mentre molti rappresentanti delle società civile ritengono che il tipo di cooperazione sviluppata a livello nazionale si sia rivelata utile, alcuni hanno fatto presente che nei loro paesi la società civile non svolge alcun ruolo nella definizione delle politiche in materia di droga. A livello dell'UE, la Commissione e la società civile intrattengono un dialogo strutturato mediante il Forum europeo della società civile, che fornisce consulenza per sostenere la formulazione e l'attuazione delle politiche.

I rappresentanti della società civile hanno affermato di ritenere **insufficienti le risorse** stanziare a livello nazionale per soddisfare le priorità della strategia dell'UE in materia di droga nel 2013 e 2014. Numerose ONG hanno inoltre riferito in merito a tagli delle dotazioni assegnate.

Gli elementi che comprovano la spesa pubblica destinata al settore della droga a livello nazionale sono scarsi. Per i diciannove paesi che hanno elaborato stime nell'ultimo decennio, la spesa è stimata tra lo 0,01% e lo 0,5% del PIL, mentre l'assistenza sanitaria rappresenta tra il 24% e il 73% di tutte le spese connesse all'ambito della droga⁴⁸.

⁴⁶ Relazione dell'OEDT.

⁴⁷ Nello specifico, fornitori professionali di servizi connessi alle droghe, organizzazioni non governative attive nel settore della politica della droga, organizzazioni non governative che rappresentano gli interessi di singoli soggetti nel settore delle droghe (consumatori, familiari, ecc.) e la comunità scientifica.

⁴⁸ Relazione dell'OEDT.

6. Cooperazione internazionale

A livello internazionale un importante obiettivo fissato nella strategia dell'UE in materia di droga è garantire che l'UE parli con una sola voce nelle sedi internazionali e con i paesi partner. Nel 2013 e 2014 l'UE è riuscita ampiamente a presentare una posizione coordinata negli incontri internazionali. Nonostante le misure prese per accrescere la sincronizzazione dell'UE nelle istituzioni delle Nazioni Unite (ONU), è necessario migliorare il coordinamento tra le delegazioni presso l'ONU a Vienna e il gruppo orizzontale "Droga" del Consiglio, con sede a Bruxelles.

Per gli incontri all'ONU o in altre sedi internazionali riguardanti questioni connesse alla droga sono state elaborate posizioni dell'UE, tra cui una posizione comune per l'UNGASS 2016.

L'UE vanta **una collaborazione di lunga durata con i paesi terzi**, come gli Stati Uniti, l'America latina, i Caraibi, l'Asia centrale, i Balcani occidentali, la Russia e i paesi del vicinato europeo, con cui l'UE tiene regolari incontri di esperti sulle droghe. Ha inoltre predisposto accordi specifici in materia di precursori di droghe con 11 paesi, tra cui la Cina, gli USA e il Messico. Nell'ambito di tali accordi si tengono regolari incontri di esperti, principalmente a scadenza annuale.

Nel 2013 e 2014 la cooperazione con i **paesi del vicinato europeo** e la Russia si è incentrata sulla riduzione dell'offerta di droga, ma la cooperazione è stata meno dinamica che in passato, fatto molto probabilmente dovuto alla situazione complessa dal punto di vista della sicurezza lungo la frontiera dell'Europa orientale. La definizione nei **paesi dell'allargamento** di strategie nazionali in materia di droga in linea con la strategia e i piani d'azione dell'UE in materia di lotta alla droga rappresenta un significativo progresso⁴⁹. Il meccanismo di coordinamento e cooperazione in materia di droghe **UE-CELAC**⁵⁰ e il gruppo congiunto di follow-up per i precursori⁵¹ hanno tenuto riunioni incentrate sulla lotta al problema mondiale della droga. La politica dell'UE in materia di droghe nella regione dell'America latina è altresì sostenuta da diversi progetti di cooperazione regionale e bilaterale⁵². Il dialogo tra **l'UE e gli Stati Uniti** è stato incentrato su questioni quali la gestione delle nuove sostanze psicoattive, l'abuso di farmaci soggetti a prescrizione e la preparazione per l'UNGASS 2016.

L'approccio applicato nell'ambito dei programmi di cooperazione esterna dell'UE in materia di droga è volto ad affrontare in modo equilibrato l'offerta e la domanda di droga, garantendo al contempo la promozione e la tutela dei diritti umani.

Tra i principali progetti relativi alle droghe finanziati dall'UE nel 2013 e 2014 rientrano:

- COPOLAD, un programma di cooperazione regionale sulle politiche in materia di droga con l'America latina⁵³;

⁴⁹ Nel 2013 e 2014 sono state adottate nuove strategie o aggiornamenti in Turchia, in Montenegro, nell'Ex-Repubblica jugoslava di Macedonia e in Serbia.

⁵⁰ Comunidad de Estados Latinoamericanos y Caribeños (Comunità degli Stati latinoamericani e dei Caraibi).

⁵¹ L'UE ha concluso in America latina sette accordi specifici in materia di precursori di droghe con Bolivia, Cile, Colombia, Ecuador, Messico, Perù e Venezuela.

⁵² Ossia, in Bolivia, Perù, Brasile, Ecuador e Colombia.

⁵³ Avviato nel 2010, COPOLAND è stato interamente finanziato dall'UE con una dotazione totale di 6,5 milioni di EUR. Nel 2014 il programma è stato esteso per integrare il periodo 2016-2019. Nella seconda fase, il contributo dell'UE sarà di 10 milioni di EUR. Il contratto di sovvenzione per l'attuazione di COPOLAD è stato aggiudicato a un consorzio condotto dalla Spagna, che include paesi di Europa, America latina, organismi associati di Costa Rica, Polonia, Ecuador, Messico e Romania, la CICAD (La Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (Commissione interamericana per la repressione dell'abuso degli stupefacenti)), l'IDPC (International Drug Policy Consortium – il consorzio internazionale sulle politiche in materia di droga), l'OEDT (l'Osservatorio europeo per le droghe e le tossicodipendenze), la PAHO (Pan American Health Organisation – l'organizzazione sanitaria panamericana) e la RIOD (Red Iberoamericana de ONGs que trabajan en Drogodependencias – la rete iberico-americana di ONG attive nell'ambito delle dipendenze da droga) https://ec.europa.eu/europeaid/regions/latin-america/copolad-cooperation-programme-between-latin-america-and-european-union-drugs_en.

- il programma sulla rotta della cocaina⁵⁴, operativo in 38 paesi in Africa occidentale, America latina e Caraibi;
- il programma sulla rotta dell'eroina⁵⁵;
- il programma di azione in materia di droga relativo all'Asia centrale (Central Asia Drug Action Programme – CADAP)⁵⁶;
- il programma BOCMA 8⁵⁷, anch'esso operativo in Asia centrale.

L'UE sta inoltre sviluppando la cooperazione con l'Africa occidentale, dove fornisce sostegno per l'attuazione del piano d'azione regionale dell'ECOWAS⁵⁸ sul traffico illecito di droghe, la criminalità organizzata correlata e l'abuso di droghe.

L'UE ha sempre sostenuto i progetti e i programmi dell'Ufficio delle Nazioni Unite contro la droga e il crimine (UNODC) e finanzia diversi progetti e programmi nella lotta mondiale contro il traffico di droga, apportando un contributo totale di 73 milioni di EUR.

Modello di riferimento

La cooperazione tra l'UE e l'America latina è definita altresì da COPOLAD, un programma di cooperazione regionale sulle politiche in materia di droga, volto a migliorare equilibrio, coerenza e impatto delle politiche in materia di droga in America latina, nonché il meccanismo di coordinamento e cooperazione sulle droghe UE-CELAC. Nello specifico, il programma mira a rafforzare le capacità e a promuovere le diverse fasi del processo di sviluppo delle politiche in materia di droga nei paesi latinoamericani. Secondo le agenzie nazionali sudamericane competenti in materia di droga, COPOLAD ha contribuito a modificare la percezione delle politiche in materia di droga, a modificare i modelli e a porre l'accento sulla necessità di un approccio equilibrato tra la riduzione della domanda di droga e la riduzione dell'offerta di droga, di politiche fattuali e politiche basate sui principi dei diritti umani e della salute pubblica, di prendere in considerazione le questioni di genere e di introdurre l'accettabilità per gli approcci di riduzione del danno, oggetto di un decisivo rifiuto in passato.

Lo **sviluppo alternativo** mira a offrire agli agricoltori un'alternativa legale ed economicamente praticabile per la coltivazione di droghe. Solo alcuni paesi dell'UE hanno fornito informazioni sui finanziamenti nel 2013-2014 di programmi di questo tipo nelle regioni di colture illecite di droghe o in quelle in cui era presente un rischio di coltivazione illecita⁵⁹.

Nel 2013 e 2014 meno della metà dei paesi dell'Unione europea era coinvolta in attività di sostegno di paesi terzi e della rispettiva società civile, volte a sviluppare e ad attuare **iniziative di riduzione del rischio e del danno**⁶⁰.

Alcuni paesi dell'UE hanno finanziato nel 2013 e 2014 progetti e/o programmi in materia di **criminalità organizzata connessa alla droga** nei paesi terzi⁶¹.

⁵⁴ <http://www.cocaineroute.eu/>.

⁵⁵ <https://www.fight-trafficking.eu/>.

⁵⁶ Il consorzio dell'UE è condotto dalla Germania. I paesi dell'Asia centrale interessati sono il Kazakhstan, il Kirghizistan, il Tagikistan, il Turkmenistan e l'Uzbekistan. L'UE ha stanziato 20,7 milioni di EUR a favore del programma per il periodo 2001-2013.

⁵⁷ Programma di gestione delle frontiere in Asia centrale, cui l'UE ha apportato un contributo di 33,6 milioni di EUR per il 2013-2014 e una cui componente è incentrata sul rafforzamento delle capacità di lotta alla droga delle agenzie che operano sulle frontiere.

⁵⁸ Comunità economica degli Stati dell'Africa occidentale.

⁵⁹ I principali beneficiari sono stati l'Afghanistan, il Myanmar/Birmania, il Laos, la Bolivia, la Colombia, il Perù e l'Ecuador.

⁶⁰ I principali beneficiari sono stati l'America latina, l'Asia centrale e sudorientale, i paesi africani, i Balcani occidentali, il Mediterraneo meridionale e i paesi dell'Europa orientale.

⁶¹ I principali beneficiari sono stati i paesi africani, i Caraibi, l'America meridionale, i Balcani occidentali, l'Asia centrale e l'Europa orientale.

Nel 2013 e 2014 metà degli Stati membri dell'UE ha avviato **accordi bilaterali, strategie di cooperazione e/o piani d'azione che prevedono la cooperazione in materia di droghe con i paesi non appartenenti all'UE** (nello specifico con la Russia, i Balcani occidentali, il Medio Oriente e l'America latina). I tipi di accordi di cooperazione bilaterali più comuni erano da un lato quelli concernenti il coordinamento, la riduzione della domanda di droga, la riduzione dell'offerta di droga, l'informazione, la valutazione, la ricerca e il monitoraggio e dall'altro quelli relativi soltanto alla riduzione dell'offerta di droga.

7. Informazione, ricerca, monitoraggio e valutazione

Nel 2013 e 2014 la Commissione ha stanziato nell'ambito dell'area tematica "Scienze socioeconomiche e umane" del Settimo programma quadro di ricerca (7° PQ) circa 10 milioni di EUR di finanziamenti per due progetti connessi alle droghe, ossia, il progetto Alice RAP (Addiction and Lifestyles in Contemporary Europe – Dipendenze e stili di vita nell'Europa contemporanea) e il progetto ERANID (European Research Area Network on Illicit Drugs – Rete dello spazio europeo della ricerca in materia di droghe illecite). Il sostegno complessivo del 7° PQ alla ricerca sulle droghe illecite ammonta a circa 60 milioni di EUR, destinati altresì a studi sui seguenti argomenti: consumatori di droga per via endovenosa negli studi di coorte sull'epatite e donne incinte affette da HIV, possibilità di trattamento innovative e miglioramento delle tecnologie di individuazione di droghe illecite.

Infine, la Commissione ha altresì erogato più di 1,5 milioni di EUR di finanziamenti previsti da altri programmi finanziari⁶² a favore di progetti connessi alla ricerca nel settore delle droghe.

Nel 2013-2014 sono state effettuate nuove ricerche fondamentali nei paesi dell'UE, principalmente riguardanti la riduzione della domanda di droga e le malattie siero-trasmissibili correlate al consumo di droga. Gli altri temi di ricerca più diffusi sono stati la poliassunzione di droghe e l'uso scorretto di farmaci soggetti a prescrizione medica, i problemi di droga tra detenuti e la disponibilità e l'offerta di interventi e servizi per la riduzione della domanda in ambiente carcerario. In alcuni paesi si sono condotte ricerche sulla riduzione dell'offerta di droga e la comorbilità psichiatrica e fisica.

Nel 2013 e nel 2014 quasi tutti i paesi dell'UE hanno avviato/attuato iniziative per la **formazione dei professionisti del settore**⁶³ relativa ad aspetti concernenti la riduzione della domanda e dell'offerta di droga. La metà ha inoltre avviato o attuato iniziative di formazione destinate ai professionisti in materia di raccolta di dati e di comunicazione sulla riduzione della domanda e dell'offerta di droga. Nelle iniziative di formazione a livello nazionale e dell'UE sono state coinvolte anche alcune organizzazioni della società civile.

8. Conclusioni

Le droghe illecite rappresentano un problema sociale complesso, dai **costi umani e sociali** estremamente elevati. Il traffico di droga è una delle attività più lucrative per la criminalità organizzata. L'UE attua da diversi anni una politica volta a instaurare un equilibrio tra la riduzione della domanda e

⁶² Nell'ambito del programma sulla prevenzione e la lotta alla criminalità (ISEC), del programma "Prevenzione e informazione in materia di droga" (DPIP) e del programma Giustizia, sono stati finanziati i seguenti progetti: il progetto LEADER, relativo al miglioramento dell'analisi economica delle droghe illecite (Clinic Biomedical Research Foundation di Barcellona); un progetto di ricerca sul trattamento e la prevenzione dell'epatite C (Università di Bristol); il progetto CASSANDRA, relativo alla ricerca sulla catena di approvvigionamento e sulla diffusione di nuove sostanze psicoattive (King's College di Londra); il progetto PREDICT, sulla previsione del rischio di nuove droghe mediante tossicologia in silico e clinica (Università di Maastricht).

⁶³ Tra cui professionisti dell'assistenza sanitaria, ONG, ufficiali di polizia, diplomatici, insegnanti, educatori, lavoratori del settore sociale, ricercatori, decisori politici, analisti in materia di rischio, responsabili di programmi di riabilitazione psicosociale, ufficiali doganali e unità cinofile, giudici, avvocati e amministratori carcerari.

dell'offerta di droga. L'efficacia del modello dell'UE è riconosciuta da molti attori coinvolti e da paesi non appartenenti all'UE.

L'UE deve sfruttare le relazioni esistenti e i dialoghi in corso con i paesi terzi per dare **nuovo slancio alla cooperazione in materia di lotta alla droga**. Se l'UE vuole che il suo approccio ponderato al problema delle droghe sia applicato in tutto il mondo, sarà necessaria una cooperazione migliore e mirata con i paesi non membri dell'UE e con le organizzazioni regionali e internazionali. L'impegno e il sostegno dell'UE aiuteranno i paesi terzi ad affrontare i problemi connessi alla droga e contribuiranno al contempo a ridurre l'offerta di droga destinata all'UE.

Si profilano sempre nuovi rischi. Uno di questi è **l'avvento di nuove sostanze psicoattive**. È ora doveroso che il Parlamento europeo e il Consiglio raggiungano un accordo per mettere in atto un sistema incisivo ed efficace per affrontare le minacce poste dalle nuove sostanze psicoattive in tutta l'UE. Allo stesso tempo sono necessarie misure per migliorare la capacità di catalogare le sostanze pericolose a livello internazionale, in cooperazione con l'Organizzazione mondiale della sanità.

Un altro gravoso sviluppo è la progressiva comparsa di **Internet come mercato della droga**. L'UE e la comunità internazionale devono affrontare con risoluzione questo aspetto del problema della droga, collaborando con le autorità di contrasto, l'industria, la società civile e altri partner, al fine di trovare metodi per impedire il traffico di droga online.

La **cannabis** è largamente utilizzata e trafficata nell'UE e la recente comparsa di cannabinoidi sintetici ha aggiunto una nuova dimensione a questo mercato. La cannabis è anche oggetto di un acceso dibattito a livello internazionale e in Europa, per gli sviluppi legislativi attuati in paesi non appartenenti all'UE che ne permettono l'uso a fini ricreativi. È probabile che questo dibattito continui in futuro e attiri una sempre maggiore attenzione.

Sebbene le informazioni sulla **spesa pubblica per le politiche in materia di droga** nell'UE siano rade, è pressoché indubbio che la crisi economica abbia avuto ripercussioni sul modo in cui i paesi dell'UE gestiscono tale questione. In base all'OEDT, diversi Stati membri hanno comunicato di avere ridimensionato i servizi destinati alla riduzione del danno e/o avere predisposto solo misure di minore portata. Inoltre, le organizzazioni della società civile hanno attirato l'attenzione sui tagli nei bilanci nazionali delle dotazioni per la prevenzione e il trattamento.

A livello di UE proseguiranno le **azioni di ricerca** nel campo delle droghe. Orizzonte 2020, il programma quadro dell'UE per la ricerca e l'innovazione (2014-2020) e il programma Giustizia per il periodo 2014-2020 saranno i principali strumenti per promuovere la ricerca in questo ambito a livello di Unione europea.

La **sessione speciale dell'Assemblea generale delle Nazioni Unite (UNGASS)** del 2016 sulle droghe sarà una tappa fondamentale per l'ulteriore sviluppo di una politica che incida sulle vite di milioni di persone in tutto il mondo. Il modello che l'UE promuoverà all'UNGASS consiste in un approccio integrato e ponderato, basato su elementi scientifici. L'UE coglierà inoltre questa occasione per chiedere la definizione di una politica sulle droghe più umana e orientata alla salute pubblica a livello internazionale. È estremamente importante che l'UE si esprima con una sola voce in tale consesso.

Come previsto nella strategia dell'UE in materia di droga, la Commissione condurrà una **valutazione globale** della strategia e del piano d'azione in materia di lotta contro la droga, che esaminerà le ripercussioni dell'attuazione della strategia dell'UE in materia di droga sia all'interno che all'esterno dell'UE. La Commissione deciderà a seconda dei risultati se avanzare una proposta per un nuovo piano d'azione per il periodo 2017-2020.