



Observatorul European pentru
Droguri și Toxicomanie

ISSN 1725-3918

RAPORTUL ANUAL 2007

SITUAȚIA DROGURILOR ÎN EUROPA



Observatorul European pentru
Droguri și Toxicomanie

RAPORTUL ANUAL 2007

SITUAȚIA DROGURILOR ÎN EUROPA

Notă

Această publicație a Observatorului European pentru Droguri și Toxicomanie (OEDT) este protejată de dreptul de autor. OEDT își declină orice răspundere pentru consecințele care decurg din folosirea datelor cuprinse în acest document. Conținutul acestei publicații nu reflectă în mod necesar opiniile oficiale ale partenerilor OEDT, ale statelor membre ale Uniunii Europene sau ale vreunei instituții sau agenții a Uniunii Europene sau a Comunităților Europene.

Puteți găsi multe informații suplimentare despre Uniunea Europeană pe internet. Acestea sunt accesibile pe serverul Europa (<http://europa.eu>).

Europe Direct este un serviciu care vă ajută să găsiți răspunsuri la întrebările dumneavoastră legate de Uniunea Europeană

Număr de telefon gratuit (*):
00 800 6 7 8 9 10 11

(*) Unii operatori de telefonie mobilă nu permit accesul la numerele 00 800 sau pot factura aceste apeluri.

Prezentul raport este disponibil în limbile bulgară, spaniolă, cehă, daneză, germană, estonă, greacă, engleză, franceză, italiană, letonă, lituaniană, maghiară, olandeză, polonă, portugheză, română, slovacă, slovenă, finlandeză, suedeză, turcă și norvegiană. Toate traducerile au fost realizate de Centrul de Traduceri pentru Organismele Uniunii Europene.

Datele de catalogare se găsesc la sfârșitul publicației.

Luxemburg: Oficiul pentru Publicații Oficiale ale Comunităților Europene, 2007

ISBN 978-92-9168-301-7

© Observatorul European pentru Droguri și Toxicomanie, 2007

Reproducerea este permisă numai cu menționarea sursei.

Printed in Belgium

TIPĂRIT PE HÂRTIE ALBĂ, FĂRĂ CLOR.



Observatorul European pentru
Droguri și Toxicomanie

Rua da Cruz de Santa Apolónia, 23–25, 1149-045 Lisbon, Portugal

Tel. (351) 218 11 30 00 • Fax (351) 218 13 17 11

info@emcdda.europa.eu • <http://www.emcdda.europa.eu>

Cuprins

Cuvânt-înainte	5
Mulțumiri	7
Notă introductivă	9
Comentariu – situația drogurilor în Europa	11
Capitolul 1	
Politici și legislație	18
Capitolul 2	
Răspuns la problema drogurilor în Europa – o privire de ansamblu	28
Capitolul 3	
Canabisul	37
Capitolul 4	
Amfetaminele, ecstasy și LSD	48
Capitolul 5	
Cocaina și cocaina crack	57
Capitolul 6	
Consumul de opiacee și injectarea drogurilor	63
Capitolul 7	
Tendențe noi și emergente în consumul de droguri și măsuri împotriva noilor droguri	72
Capitolul 8	
Boli infecțioase și decese ca urmare a consumului de droguri	77
Bibliografie	89



Cuvânt-înainte

Acesta este cel de-al doisprezecelea raport anual al Observatorului European pentru Droguri și Toxicomanie. Asemenea rapoartelor anterioare, acesta prezintă date complete actualizate privind situația actuală a consumului de droguri din Europa. De asemenea, reflectă realizările Europei în ceea ce privește implementarea unui sistem informatic solid, durabil și cuprinzător din punct de vedere metodologic pentru monitorizarea consumului de droguri.

Raportul oferă răspunsuri la două întrebări fundamentale: ce se știe despre consumul de droguri în Europa și despre problemele pe care le cauzează acesta și ce am învățat despre intervenția eficientă în cazul problemelor legate de droguri? Aceste întrebări sunt importante deoarece, indiferent de convingerea politică sau poziția ideologică, factorii de decizie politică din Europa au ajuns să recunoască faptul că problema drogurilor prezintă o serie complexă de aspecte pentru care nu există o soluționare simplă. Aceștia recunosc faptul că direcția de urmat constă în analiza dovezilor disponibile privind atât dimensiunea și natura problemei, cât și costurile și beneficiile diferitelor metode de intervenție. În acest sens, raportul reflectă totodată angajamentul Europei de a dezvolta o politică echilibrată și documentată și de a depune, cu precădere, eforturi susținute în timp și nu de a găsi soluții „imediate”. Ca urmare, Europa poate fi mândră că reacția sa la această problemă dificilă și deseori emotivă este atât rațională cât și umană.

Acest raport reflectă, de asemenea, progresul care s-a făcut în ceea ce privește abordarea problemei drogurilor în Europa. Acest lucru este cu precădere valabil anul acesta, deoarece atât în Europa, cât și pe plan internațional, vom analiza în curând realizările obținute în acest domeniu. În 2008, Comisia Europeană va lansa misiunea sa de evaluare a impactului planului de acțiune european actual privind drogurile, iar Comisia Națiunilor Unite privind drogurile narcotice (CND) va dezbate progresul făcut în atingerea obiectivelor stabilite în cadrul sesiunii speciale a Adunării Generale a Națiunilor Unite din 1998.

În Europa, situația drogurilor reprezintă încă o provocare cu implicații profunde pentru politica de sănătate și cea socială, precum și pentru aplicarea legii. Nu sunt greu de identificat

domeniile care pun probleme speciale. Cu toate acestea, suntem ferm convinși că este la fel de important să fie recunoscute progresele realizate. În Europa, din ce în ce mai multe state membre adoptă metode strategice și planificate pentru soluționarea problemei drogurilor. De asemenea, a avut loc o creștere semnificativă a investițiilor în activități de prevenire, tratare și diminuare a efectelor negative, precum și o cooperare îmbunătățită și o atenție mai mare îndreptată asupra reducerii ofertei de droguri. Consumul de droguri rămâne, în general, la un nivel istoric ridicat, însă s-a stabilizat în majoritatea domeniilor, iar în unele domenii există chiar semne care merită exprimarea unui optimism prudent. Uniunea Europeană și statele membre ale acesteia acordă un sprijin considerabil programelor internaționale și, la nivel global, se poate observa cu satisfacție că într-o serie de domenii importante situația europeană este relativ bună.

În calitate de agenție de monitorizare, ne bazăm pe fapte și cifre și suntem dedicați rigurozității și imparțialității științifice, interpretând informațiile puse la dispoziție fără prejudecăți și fără adoptarea prematură de poziții în acest sens. Acesta este rolul nostru, iar în calitate de președinte al consiliului de administrație și de director, nu acceptăm compromisuri cu privire la această poziție și ne mândrim cu standardele ridicate pe care le menținem. Însă, în vreme ce rigurozitatea științifică este esențială pentru activitatea noastră, nu trebuie să uităm niciodată că, în spatele acestor cifre pe care le raportăm, există ființe umane ale căror vieți au fost afectate și uneori distruse de problemele legate de droguri. În spatele statisticilor impersonale privind nevoile de tratament, decesele asociate consumului de droguri și comportamentul infracțional se află familii suferinde, potențial pierdut și copii care cresc în comunități nesigure. Dezvoltarea de sisteme eficiente de soluționare a problemei drogurilor ne impune să abordăm o atitudine obiectivă față de datele de care dispunem, însă, în același timp, nu trebuie să devenim niciodată insensibili față de acest subiect.

Marcel Reimen

Președinte, Consiliul de administrație al OEDT

Wolfgang Götz

Director, OEDT



Mulțumiri

OEDT dorește să le mulțumească pentru ajutorul oferit la realizarea acestui raport:

- responsabililor punctelor focale naționale Reitox și personalului acestora;
- serviciilor din fiecare stat membru care au colectat date brute pentru acest raport;
- membrilor Consiliului de administrație și Comitetului științific ale OEDT;
- Parlamentului European, Consiliului Uniunii Europene – în special Grupului de lucru orizontal al Consiliului în domeniul drogurilor – și Comisiei Europene;
- Centrului European de Prevenire și Control al Maladiilor (ECDC), Agenției Europene pentru Medicamente (EMA) și Europolului;
- Grupului Pompidou al Consiliului Europei, Biroului Organizației Națiunilor Unite de luptă împotriva drogurilor și a criminalității, Biroului regional pentru Europa al OMS, Interpolului, Organizației Mondiale a Vămirilor, proiectului ESPAD și Consiliului suedez pentru informații privind alcoolul și alte droguri (CAN) și Centrului european pentru monitorizarea epidemiologică a SIDA (EuroHIV);
- Centrului de Traduceri pentru Organismele Uniunii Europene și Oficiului pentru Publicații Oficiale ale Comunităților Europene;
- Prepress Projects Ltd.

Rețeaua punctelor focale naționale Reitox

Reitox este rețeaua europeană de informații privind drogurile și toxicomania. Rețeaua este constituită din punctele focale naționale din statele membre, Norvegia, țările candidate și din Comisia Europeană. Aflate sub responsabilitatea guvernelor lor, punctele focale sunt autoritățile naționale care furnizează OEDT informațiile privind drogurile.

Detaliile de contact pentru punctele focale naționale se găsesc la: <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1596>



Notă introductivă

Prezentul raport anual se bazează pe informațiile furnizate OEDT de statele membre ale Uniunii Europene, de țările candidate și de Norvegia (care participă la lucrările OEDT din 2001) sub formă de rapoarte naționale. Datele statistice prezentate se referă la 2005 (sau la ultimul an pentru care există date). Graficele și tabelele din prezentul raport se pot referi numai la un subgrup de țări ale Uniunii Europene; au fost selectate țările pentru care au existat date privind perioada studiată.

Versiunea online a raportului este disponibilă în 23 de limbi la adresa <http://annualreport.emcdda.europa.eu>

Buletinul statistic 2007 (<http://stats07.emcdda.europa.eu>) prezintă setul complet de tabele-sursă pe care se bazează analiza statistică din raportul anual. Buletinul prezintă, de asemenea, mai multe detalii privind metodologia utilizată, precum și peste 100 de grafice statistice suplimentare.

Profilurile de țară (<http://datapfiles07.emcdda.europa.eu>) oferă sinteze grafice de nivel înalt cuprinzând principalele aspecte ale situației drogurilor din fiecare țară.

Trei analize aprofundate însoțesc prezentul raport, explorând următoarele probleme:

- drogurile și conducerea autovehiculelor;
- consumul de droguri în rândul minorilor;
- cocaina și cocaina crack: o problemă de sănătate publică îngrijorătoare.

Extrasele sunt disponibile, numai în limba engleză, în forma tipărită sau online la adresa (<http://issues07.emcdda.europa.eu>).

Rapoartele naționale ale punctelor focale Reitox oferă o descriere și o analiză detaliată ale problemei drogurilor din fiecare țară, fiind disponibile pe site-ul OEDT <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=435>.



Comentariu – situația drogurilor în Europa

Europa joacă un rol tot mai important în sprijinirea acțiunilor globale de reducere a problemei drogurilor

Nici tendințele consumului de droguri, nici cele privind producția și traficul de droguri nu sînt seama de frontierele naționale sau geografice. De aceea, este important să recunoaștem că problema drogurilor în Europa face parte dintr-un fenomen mondial mai vast, tiparele consumului de droguri din Europa fiind afectate și afectând totodată situația din alte zone. Această realitate este recunoscută în planul curent de acțiune al UE în domeniul drogurilor, care abordează necesitatea unei mai bune coordonări europene în domeniul afacerilor internaționale și nevoia de a sprijini programele de reducere a cererii și ofertei de droguri din țările învecinate și țările producătoare. În prezent, se fac investiții europene considerabile pentru sprijinirea acțiunilor internaționale, un audit recent al Comisiei Europene indicând că actualmente Comunitatea Europeană finanțează măsuri de reducere a cererii și a ofertei în țările terțe, alocând fonduri de cel puțin 750 de milioane EUR. De asemenea, UE este acum principalul donator internațional care sprijină activitatea Biroului Organizației Națiunilor Unite de luptă împotriva drogurilor și a criminalității (ONU DC).

Pe lângă sprijinul financiar, există date care indică faptul că țările europene și-au luat foarte în serios angajamentele asumate la nivel internațional de a dezvolta reacții adecvate la problema drogurilor. În 2008, comunitatea internațională va evalua progresele realizate la nivel mondial din perspectiva obiectivelor stabilite cu ocazia reuniunii speciale din 1998 a Organizației Națiunilor Unite privind combaterea problemei drogurilor la nivel mondial. Pentru a completa datele disponibile la nivel internațional, OEDT va contribui la procesul de analiză prin furnizarea unei evaluări mai detaliate a situației din Europa. După cum se poate vedea din datele conținute în prezentul raport, în ultimii 10 ani, statele membre ale UE au elaborat mecanisme de coordonare la nivel național și la nivelul UE din ce în ce mai cuprinzătoare, bazate în general pe strategii și pe planuri de acțiune. În plus, statele membre au îmbunătățit substanțial informațiile disponibile privind situația drogurilor și au investit mai mult în intervenții, atât în cele legate de oferta, cât și în cele legate de cererea de droguri. Deși trebuie să recunoaștem că problema consumului de droguri rămâne în continuare o provocare majoră pentru sistemele de sănătate publică și de politici sociale din Europa, este la fel de important să recunoaștem aceste evoluții pozitive în domeniu.

Plasarea Europei într-un context global

Consumul de droguri este o problemă globală și putem obține o perspectivă utilă asupra dimensiunii relative a acestei probleme la nivel european prin compararea

datelor europene cu informațiile din alte țări. Dificultatea, în acest punct, constă în faptul că doar în alte câteva părți ale lumii există informații relativ cuprinzătoare și solide. SUA, Canada și Australia pot oferi termeni de comparație relevanți privind estimările prevalenței consumului de droguri în ultimul an. ONU DC estimează că prevalența consumului de opiacee din țările respective este, în linii mari, similară cu cea din Uniunea Europeană, variind între 0,4 % și 0,6 %; Canada are o prevalență ușor mai redusă, iar SUA ușor mai ridicată. Consumul estimat de cannabis este, în medie, considerabil mai scăzut în Uniunea Europeană decât în SUA, Canada sau Australia. În ceea ce privește drogurile stimulente, nivelurile consumului de ecstasy sunt, în linii mari, similare la nivel mondial, deși Australia raportează niveluri ridicate de prevalență, iar în cazul amfetaminei prevalența este mai ridicată în Australia și în SUA decât în Europa și în Canada. Prevalența consumului de cocaină este mai mare în SUA și în Canada decât în Uniunea Europeană și în Australia. Lipsa de date comparabile îngreunează evaluarea impactului consumului de droguri asupra sănătății în diversele țări, deși o comparație prudentă a ratelor estimate ale infecțiilor cu HIV nou diagnosticate asociate consumului de droguri injectabile din 2005 sugerează, pentru Australia, Canada și Uniunea Europeană, rate de sub 10 cazuri la un milion de persoane, iar pentru SUA, o rată de circa 36 de cazuri la un milion de persoane.

Cuantificarea complexității: stabilirea de obiective relevante și elaborarea unor măsurători sintetice utile

Obiectivul tuturor strategiilor europene privind drogurile este de a reduce consumul de droguri și daunele pe care le pot produce drogurile, atât persoanelor care le consumă, cât și comunităților în care trăiesc. Acest obiectiv politic poate fi exprimat în termeni simpli, însă este important să conștientizăm faptul că drogurile reprezintă un fenomen multilateral și complex și că orice încercare de a evalua impactul politicilor în acest domeniu trebuie să reflecte această realitate subiacentă. O concluzie pozitivă a prezentului raport este că politicile europene privind drogurile devin mai sensibile la nevoia de a se concentra pe activități specifice și de a stabili obiective relevante. Acest fapt se reflectă în tendința – generalizată în Europa – de a completa strategiile naționale în domeniul drogurilor cu planuri de acțiune mai specifice și delimitate temporal și, la nivelul coordonării europene, în cadrul evaluării anuale a planului curent de acțiune al UE în domeniul drogurilor, de a renunța sau de a modifica anumii indicatori în funcție de nivelul de performanță constatat al acestora.

În vederea evaluării acțiunilor, este foarte utilă deplasarea spre o abordare mai concentrată. Cu toate acestea,

este, de asemenea, utilă disponibilitatea unor măsurători sintetice, care permit descrierea cu mai mare ușurință a chestiunilor complexe. Deși construirea unor astfel de scări și de măsurători este dificilă, o serie de evoluții recente în acest domeniu se arată promițătoare. În prezentul raport, oferim o nouă analiză a datelor privind cheltuielile publice europene asociate cu drogurile. Deși datele sunt parțiale, ele sunt ilustrative pentru sumele considerabile cheltuite în fiecare an în Europa cu scopul de a reduce cererea și oferta de droguri: cifra se situează în intervalul 13-36 de miliarde EUR. De asemenea, trebuie reținut faptul că aceste cifre nu includ și costurile sociale ale consumului de droguri.

Printre evoluțiile utile în această privință se numără și elaborarea de indici care încearcă să surprindă diferitele costuri și riscuri ale consumului de droguri ilegale, de exemplu indicele de nocivitate a drogurilor creat recent în Regatul Unit. Nocivitatea este, de asemenea, unul dintre conceptele principale incluse în indicii privind drogurile ilegale (IDI), propus recent de ONUDC. Acest tip de abordări se pot dovedi utile pe viitor, în scopuri de analiză a politicilor, însă depind de calitatea datelor pe care se bazează măsura compozită și pe gradul în care respectivele date pot îngloba conceptual-jintă.

Reducerea riscurilor asociate consumului de droguri este, în prezent, o componentă explicită a abordării europene

Există încă diferențe substanțiale între țările europene în ceea ce privește natura și amploarea problemelor lor naționale legate de droguri, precum și în ceea ce privește gama și configurația reacțiilor. Cu toate acestea, există și convergență în ceea ce privește aspectele fundamentale, mai generale: necesitatea ca politicile în domeniul drogurilor să fie mai echilibrate, cuprinzătoare și bazate pe dovezi. În domeniul reducerii cererii, nevoia activităților de prevenire, de tratament și de reabilitare socială este acceptată de toți actorii implicați. Însă, în trecut, subiectul reducerii riscurilor a fost mai controversat. Această tendință este în curs de schimbare, iar reducerea riscurilor, ca parte a unui pachet mai cuprinzător de măsuri de reducere a cererii, pare să devină acum o parte mai explicită a abordării europene. Acest lucru este evident din faptul că atât tratamentul de substituție pentru opiacee, cât și programele de schimb pentru ace și seringi sunt disponibile acum în aproape toate statele membre ale UE, deși nivelul de furnizare a serviciului variază considerabil. Evoluția menționată este evidentă și într-un raport recent al Comisiei Europene, care a constatat că Recomandarea Consiliului din 18 iunie 2003 a jucat un rol important în încurajarea statelor membre să dezvolte și să extindă activitățile de reducere a riscurilor.

Penitenciare: serviciile oferite consumatorilor de droguri sunt încă slab dezvoltate

O concluzie importantă desprinsă din analiza progresului înregistrat în ceea ce privește punerea în aplicare

a Recomandării Consiliului a fost că, în ciuda progreselor înregistrate în alte domenii, în penitenciare serviciile de toate tipurile au cunoscut, în general, o mai slabă dezvoltare. Deși câteva state membre au introdus tratamentul ca alternativă în cazul infractorilor cu probleme de droguri, deținutii cu acest tip de probleme continuă să constituie un procent semnificativ din populația penitenciarelor în aproape toate țările. În prezent, OEDT colaborează cu Organizația Mondială a Sănătății (OMS) pentru crearea unei baze de date destinate colectării indicatorilor privind sănătatea în penitenciare. Principiul general conform căruia deținutii ar trebui să aibă acces la aceleași opțiuni medicale ca și comunitatea liberă nu este respectat, în multe zone, în ceea ce privește persoanele care au probleme cu drogurile. Nu numai că multe persoane dintre cele condamnate la detenție au probleme cu drogurile, dar studiile arată că, adeseori, consumul de droguri continuă în penitenciar. Lipsa de servicii adresate consumatorilor de droguri din penitenciare dă naștere temerii că astfel se pierde o șansă de intervenție pentru reducerea, pe viitor, a consumului de droguri și a comportamentului infracțional, și că, din această cauză, progresele din domeniul sănătății realizate în alte centre ar putea fi subminate de lipsa de servicii în penitenciare.

Identificarea acțiunilor eficiente și schimbul de cunoștințe în această privință

Accentul dezbaterilor privind activitățile de toate tipurile de reducere a cererii este pus din ce în ce mai mult pe identificarea acelor intervenții a căror eficiență este confirmată prin dovezi și care nu produc consecințe negative nedorite. Având în vedere că orice intervenție incorect aplicată riscă să fie ineficientă sau chiar contraproductivă, un al doilea punct de sprijin al activității în acest domeniu îl constituie identificarea bunelor practici și a măsurilor de control al calității. Noul regulament al OEDT subliniază importanța identificării și diseminării bunelor practici. O dificultate importantă în acest punct este reprezentată de circumstanțele concrete în care se aplică intervențiile de reducere a cererii. Studii controlate credibile, care constituie standardul de aur al majorității intervențiilor medicale, sunt adesea dificil de conceput sau chiar impracticabile. Complexitatea evaluării dovezilor privind eficiența și a identificării standardelor de control al calității sunt abordate în capitolul 2 din prezentul raport.

Canabisul: în topul popularității – în contextul recunoașterii problemelor de sănătate publică

Apocope un sfert din totalul populației adulte a consumat cannabis cel puțin o dată în viață, iar unul din 14 adulți l-a consumat în ultimul an, ceea ce face cannabisul cel mai consumat drog ilegal din Europa. Însă, chiar mai mult decât în populația generală, cannabisul este, de departe, drogul ilegal cel mai consumat de persoanele tinere și foarte tinere. Consumul de droguri în rândul persoanelor care se află

Imagine sintetică – estimări ale consumului de droguri în Europa

(Notă: aceste estimări se referă la populația adultă și sunt cele mai recente estimări disponibile. Pentru datele și notele metodologice complete, a se vedea Buletinul statistic 2007)

Canabis

Prevalența de-a lungul vieții: cel puțin 70 de milioane de persoane sau unul din cinci europeni adulți

Consumul în ultimul an: circa 23 de milioane de europeni adulți sau o treime din prevalența de-a lungul vieții

Consumul în ultimele 30 de zile: peste 13 milioane de europeni

Variația de la o țară la alta în ceea ce privește consumul în ultimul an: 1,0-11,2 %

Cocaină

Prevalența de-a lungul vieții: cel puțin 12 milioane de persoane sau aproximativ 4 % dintre europenii adulți

Consumul în ultimul an: 4,5 milioane de europeni adulți sau o treime din prevalența de-a lungul vieții

Consumul în ultimele 30 de zile: în jur de 2 milioane

Variația de la o țară la alta în ceea ce privește consumul în ultimul an: 0,1-3 %

Ecstasy

Prevalența de-a lungul vieții: aproximativ 9,5 milioane de europeni adulți (3 % dintre europenii adulți)

Consumul în ultimul an: 3 milioane sau o treime din prevalența de-a lungul vieții

Consumul în ultimele 30 de zile: peste 1 milion

Variația de la o țară la alta în ceea ce privește consumul în ultimul an: 0,2-3,5 %

Amfetaminele

Prevalența de-a lungul vieții: aproape 11 milioane de persoane sau aproximativ 3,5 % dintre europenii adulți

Consumul în ultimul an: 2 milioane sau o cincime din prevalența de-a lungul vieții

Consumul în ultimele 30 de zile: sub 1 milion

Variația de la o țară la alta în ceea ce privește consumul în ultimul an: 0,0-1,3 %

Opiacee

Consum problematic de opiacee: între unul și opt cazuri la 1 000 de persoane adulte (cu vârsta între 15 și 64 de ani)

Peste 7 500 de decese acute asociate cu consumul de droguri, opiaceele fiind implicate în aproximativ 70 % dintre acestea (date din 2004)

Drogul principal în aproximativ 50 % din totalul cererilor de tratament

Peste 585 000 de consumatori de opiacee au primit tratament de substituție în 2005

în dezvoltare, atât din punct de vedere fizic cât și social, poate reprezenta o problemă deosebită, iar acest aspect este tratat în detaliu în extrasul privind consumul de droguri

în rândul minorilor. Importanța înțelegerii implicațiilor vârstei la care debutează consumul de cannabis și nevoii de adecvare a răspunsurilor reprezintă unul dintre cele mai complexe seturi de probleme pe care le ridică în prezent răspândirea consumului de cannabis din perspectiva sănătății publice și a politicilor de control al drogurilor din Europa.

O tendință generală a politicilor europene a fost deplasarea interesului de la răspunsurile justiției penale la deținerea și consumul unor cantități mici de cannabis la abordări orientate spre prevenire sau tratament. În ciuda acestui fapt, în perioada 2000-2005, numărul infracțiunilor înregistrate la regimul cannabisului a crescut considerabil (36 %) și, în majoritatea țărilor, cannabisul este drogul cu cea mai mare probabilitate de a fi un factor în condamnările legate de consumul sau deținerea de droguri. Este posibil ca situația menționată să fie în curs de schimbare, deoarece majoritatea țărilor raportează în prezent o ușoară scădere a numărului înregistrat de infracțiuni legate de cannabis, ceea ce poate indica faptul că atenția organismelor de aplicare a legii se deplasează de la urmărirea consumului de cannabis înspre alte zone.

În ciuda frecvenței dezbaterilor publice și din mass-media legate de acest subiect, este dificil de stabilit o relație directă sau simplă între politicile de aplicare a legii și prevalența globală a consumului de cannabis. Deși s-au constatat diferențe de perioadă și de amploare de la o țară la alta, Europa a înregistrat o creștere substanțială a consumului de cannabis în anii '90, urmată de o tendință mai stabilă, însă tot ascendentă, după anul 2000. Acest fapt face ca tabloul european actual să fie mai omogen decât în trecut. În plus, cele mai recente date sugerează că, în special în țările cu prevalență ridicată, consumul de cannabis se deplasează către o etapă mai stabilă sau chiar către una de scădere. De asemenea, deși datele sunt încă insuficiente, există câteva dovezi conform cărora popularitatea drogului în rândul celor mai tinere grupe de vârstă este în scădere în anumite țări. Deși, la nivel general, tendințele naționale variază, este posibilă adoptarea unei viziuni optimiste, dar prudente conform căreia ascensiunea consumului de cannabis înregistrată în Europa din anii '90 până în prezent și-a depășit punctul de apogeu.

Deși Europa intră într-o perioadă de stabilizare a consumului de cannabis, este la fel de evident faptul că nivelurile actuale de consum sunt foarte ridicate din perspectivă istorică; de asemenea, deși doar un procent relativ mic dintre consumatorii de cannabis consumă drogul în mod regulat și intensiv, acest procent înseamnă totuși un număr semnificativ de persoane. Un corpus tot mai mare de experiență clinică și de dovezi rezultate din cercetare permite în prezent o înțelegere mai bună a nevoilor persoanelor care au probleme legate de cannabis, deși măsura în care consumatorii de cannabis în general dezvoltă probleme în urma consumării drogului rămâne slab documentată. Datele privind tratamentul compilate de OEDT indică faptul că numărul raportat de cereri noi de

tratament pentru canabis aproape s-a triplat față de 1999, deși această tendință pare să se stabilizeze în prezent. Interpretarea acestei tendințe este complicată de o serie de motive, printre care creșterea serviciilor oferite pentru problemele legate de canabis și creșterea conștientizării acestor probleme și faptul că o proporție semnificativă din trimerile la tratament sunt de natură constrângătoare, provenind fie de la sistemul de justiție penală, fie de la alte agenții sociale. În același timp, se pare că nevoile consumatorilor de canabis care vin în contact cu serviciile de tratament sunt variate, precum sunt și reacțiile oferite – care variază de la intervenții expeditivă și orientate spre prevenire până la strategii mai formale de tratament.

Situația canabisului în Europa este complicată și de factorii de piață, acest aspect devenind confuz și din cauza lipsei de date de calitate privind proporția și disponibilitatea relative ale diverselor produse din canabis în UE. Europa rămâne principala piață globală pentru rășina de canabis, cea mai mare parte a acestui produs fiind obținută în Africa de Nord. Plantele de canabis sunt și ele disponibile în Europa, deși cantitatea de rășină capturată este de 10 ori mai mare decât cea de plante. Cu toate acestea, situația menționată pare să se schimbe: capturile de rășină de canabis au scăzut ușor în 2005, în timp ce capturile de plante continuă să crească. Jumătate dintre țările europene au raportat o anumită producție internă de canabis în 2005. Anumite forme de canabis produs „în casă” pot atinge o concentrație foarte mare, iar producția internă are consecințe și asupra activităților de control al drogurilor.

Consumul de canabis creează o serie complexă de probleme în ceea ce privește politicile în domeniul drogurilor, al sănătății publice și în domeniul social din Europa. O evoluție pozitivă constă în faptul că statele membre par să înceapă să dezvolte o înțelegere mai bună a implicațiilor consumului răspândit de canabis și că dezbaterile devine mai bine orientată și mai puțin expusă riscului de raportare a unor cifre fie mai mici, fie mai mari decât cele care caracterizează situația reală.

Cocaina: estimările consumului cresc din nou

În cadrul prezentului raport, OEDT și-a revizuit estimările asupra consumului de cocaină: se menționează un număr de 4,5 milioane de europeni care au consumat cocaină în ultimul an, față de cifra de 3,5 milioane din raportul anual pe 2006. Tabloul general raportat anul trecut, care prezenta o situație în curs de stabilizare, este și el contestat de noile date, ce indică o creștere generală a consumului. Noile date confirmă poziția cocainei în Europa pe locul doi între cele mai consumate droguri ilegale, după canabis și înainte de ecstasy și amfetamină, iar estimările consumului de cocaină în decursul ultimei luni sunt în prezent mai mari decât dublul celor pentru ecstasy. Deși creșterile recente indică faptul că, în prezent, mai multe țări raportează o populație semnificativă consumatoare de cocaină, variațiile de la

o țară la alta rămân ridicate, majoritatea țărilor din Europa de Est raportând rate mici de consum pentru acest drog.

Rate de prevalență ridicate sunt raportate și în cadrul datelor noi disponibile atât din Spania, cât și din Regatul Unit, respectiv cele două țări cu cele mai mari niveluri de prevalență din Europa – deși în nici unul dintre cele două cazuri, creșterile nu sunt dramatice. În ambele țări, ratele de prevalență aferente anului trecut în rândul tinerilor adulți sunt similare sau mai mari decât cele constatate în SUA. Un real motiv de îngrijorare în ambele țări este consumul de cocaină în rândul tinerilor, care este relativ ridicat (aproximativ 4-6 % în grupa de vârstă 15-16 ani). În Spania, analiza sugerează că recenta creștere generală este reflectarea creșterii survenite în modelul de consum din cadrul grupei de vârstă 15-24 de ani. Este important de remarcat faptul că estimările referitoare la persoanele care se confruntă cu probleme grave cauzate de cocaină sunt mult mai mici. Deși estimările consumului problematic de cocaină sunt disponibile doar pentru trei țări (Spania, Italia, Regatul Unit), cifra variază între 0,3 % și 0,6 % din populația adultă. Consumul de cocaină crack se menține rar în întreaga Europă, însă, acolo unde există, creează probleme locale grave.

De asemenea, alți indicatori demonstrează o tendință ascendentă, confirmând ponderea tot mai mare a cocainei în contextul general al fenomenului drogurilor în Europa. Atât cantitățile capturate cât și numărul de capturi au crescut, reflectând probabil o urmărire mai intensă a pieței europene sau, la fel de probabil, o creștere a activităților de interdicere. Acțiunile coordonate de combatere a traficului cu cocaină sunt în creștere în cadrul european: se preconizează instalarea unui nou grup operativ interguvernamental în Portugalia, această măsură fiind justificată de faptul că țara în cauză are o importanță tot mai mare în ceea ce privește interdicerea cocainei. Deși capturile-record nu par să fi afectat tendințele privind prețurile, care sunt în continuare descendente, se poate să fi influențat nivelurile de puritate.

Până acum, nivelurile crescute ale consumului de cocaină au avut doar un impact modest asupra indicatorilor de sănătate, însă este posibil ca acest lucru să se schimbe. În fiecare an, sunt raportate în Europa aproximativ 400 de decese asociate cu consumul de cocaină și, pe lângă aceasta, există bănuiala că trece nedepistat un mare număr de decese în care consumul de cocaină reprezintă un factor agravant. Numărul de cereri de tratament pentru droguri din partea persoanelor care se confruntă cu probleme legate de cocaină este în creștere. În 2005, cocaina a fost drogul primar consumat de aproximativ 13 % dintre pacienții care solicitau tratament și de un procent și mai mare (22 %) dintre pacienții noi la tratament. Numărul cererilor noi de tratament raportate s-a triplat în ultimii cinci ani, situându-se în prezent peste cifra de 33 000. Cocaina a fost, de asemenea, raportată drept drog secundar în circa 15 % dintre cazuri și există o constatare din ce în ce mai pregnantă a faptului că, în anumite țări, consumul simultan de cocaină de către persoanele care au probleme cu opiaceele complică traterea

acestor probleme. Cu toate acestea, în general, cererile de tratament pentru cocaină sunt mai puține decât cele legate de cannabis și mult mai puține decât cele legate de problemele generate de opiacee.

HIV: evaluare globală pozitivă, însă noile infecții subliniază necesitatea continuării eforturilor

În perioada anilor '90, experiența sau potențialul pericol al unei epidemii larg răspândite de HIV în rândul consumatorilor de droguri injectabile au impulsat dezvoltarea serviciilor adresate acestui grup de consumatori. Datorită dezvoltării serviciilor, s-a reușit în mare măsură evitarea epidemiilor de HIV care afectaseră anterior Europa, deși s-au observat probleme localizate în câteva țări, mai ales în statele baltice; de asemenea, în unele țări afectate de epidemii anterioare, ratele de prevalență a HIV în rândul consumatorilor de droguri injectabile au rămas destul de ridicate. La nivel global, deși transmiterea HIV prin injectare de droguri a scăzut, OEDT estimează că, în 2005, această cale de transmitere a fost răspunzătoare pentru 3 500 de cazuri de HIV nou diagnosticate în Uniunea Europeană. Această cifră poate fi considerată mică dacă este raportată la standarde istorice, însă reprezintă totuși o problemă de sănătate publică importantă.

Analiza celor mai recente date sugerează că, în majoritatea țărilor, ratele noilor infecții ca urmare a consumului de droguri injectabile sunt mici și că, în majoritatea regiunilor UE, prevalența HIV în rândul consumatorilor prin injectare a scăzut din 2001 până în 2005. Drept consecință, mai ales în zonele unde prevalența a fost ridicată, există probabilitatea ca infectarea în urma consumului de droguri injectabile să scadă. Situația din Estonia, Letonia și Lituania rămâne îngrijorătoare, însă și în acest caz, majoritatea datelor recente indică o ușoară scădere a noilor infecții.

Câteva rezerve importante privind evaluarea în cauză sunt date de faptul că datele din anumite zone relevante sunt insuficiente și că studiul tendințelor în timp pe perioada ultimilor cinci ani a indicat creșteri în câteva zone sau cazuri izolate în aproximativ o treime dintre țări. În plus, există motive de îngrijorare în câteva țări, fie din cauza nivelurilor relativ ridicate de noi infecții, fie din cauză că s-a înregistrat o relativă creștere a prevalenței, în ciuda faptului că ratele globale rămân scăzute. Având în vedere faptul că istoria recentă demonstrează cât de repede se pot răspândi problemele asociate infectării cu HIV în rândul populațiilor vulnerabile, este mai evidentă necesitatea de a continua orientarea și dezvoltarea de servicii care să vină în contact cu aceste populații aflate în pericol.

Afganistan: poate fi dezvoltarea alternativă o modalitate de măsurare a impactului?

Stabilitatea consumului de heroină în Europa, în general constant sau în curs de îmbunătățire, este periclitată de creșterea producției de opiu din Afganistan. Estimările pentru 2006 sugerează că producția a crescut cu 43 %, ca rezultat al unei creșteri substanțiale a zonei cultivate.

Capturile de opiacee și laboratoarele desființate par să indice faptul că opiul produs în Afganistan este tot mai mult transformat în morfină sau în heroină în țara de producție, înainte de a fi exportat (CND, 2007). Heroina pătrunde apoi în Europa pe două rute principale de trafic: vechea rută balcanică, aceasta fiind în continuare cea mai importantă în ceea ce privește introducerea clandestină a heroinei, și mai recentul „drum al mătășii” (a se vedea capitolul 6).

Diferențele regionale din interiorul Afganistanului indică posibilitatea unei scăderi a cultivării macului opiaceu datorită creșterii economice, dar arată, de asemenea, că acest potențial poate fi subminat de lipsa de securitate politică, de corupție și de problemele de infrastructură. Reducerea culturilor se poate realiza rapid, însă la fel de rapid culturile se pot refăce. De exemplu, în provincia Nangarhar, în estul țării, nivelul de cultură a macului opiaceu a scăzut cu 96 % în 2004/2005, însă, la fel ca în multe alte districte, a revenit ulterior la nivelurile de dinainte, parțial sub presiunea nevoilor economice ale zonelor cu densitate mare de populație care nu au reușit să treacă la alte culturi cu valoare ridicată sau să obțină venituri din alte surse decât agricultura (Mansfield, comunicare personală și 2007).

În contrast, în alte părți ale regiunii estice, nivelurile de cultivare vor rămâne, probabil, neglijabile, și chiar în provinciile sudice Kandahar și Helmand se pot aștepta reduceri ale culturilor în zonele apropiate de centrul provinciei. Factorii de îmbunătățire în acest punct par să fie un mai bun control guvernamental și o mai mare diversificare a producției agricole, factori care au permis crearea de culturi de valoare relativ ridicată, precum și introducerea unei infrastructuri de transport și de marketing. În nordul și nord-estul țării, nu numai că ratele de salarizare în creștere și prețurile în scădere ale opiului au descurajat plantarea de mac opiaceu, ci și cele câteva culturi vegetale de valoare ridicată au ajuns să aducă venituri mai mari decât macul opiaceu. În aceste zone, diversificarea culturilor a fost sprijinită de eforturile antidrog și de o implicare mai mare a guvernului – ceea ce a dus la o percepție generală că se vor introduce măsuri de interzicere a opiului.

Creșterea costurilor de producție și scăderea prețurilor indică faptul că reluarea culturilor de mac opiaceu nu este imposibil de împiedicat și, în anumite zone, produsele alternative pot genera venituri mai mari, în special în cazurile în care există și posibilitatea de a obține venituri din alte surse decât culturile agricole. Aceste posibilități de a obține venituri legale nu sunt, totuși, accesibile tuturor și, în multe zone, opțiunile fermierilor sunt limitate de costurile ridicate de transport, de precaritatea drumurilor și de problemele care apar din lipsa de securitate. În aceste zone, corupția și nesiguranța reduc posibilitățile de comerț cu produse legale și pun piedici în calea creșterii economice și a eforturilor de a încuraja diversificarea culturilor, chiar și în zonele relativ apropiate de centrele provinciilor.

Hepatita C rămâne epidemia ascunsă a Europei

OEDT estimează că s-ar putea să existe aproximativ 200 000 de europeni infectați cu HIV consumatori actuali sau foști consumatori de droguri injectabile. Deși există un bun nivel de conștientizare publică asupra riscurilor de transmitere a HIV prin injectare de droguri, este important de reținut, în același timp, faptul că există aproximativ 1 milion de cazuri de infectare cu virusul hepatitei C (VHC) printre persoanele care își injectează droguri ocazional, un procent semnificativ dintre aceste cazuri fiind persoane care nu mai consumă droguri.

Hepatita C poate avea consecințe grave asupra sănătății, inclusiv apariția cancerului și decesul, iar întâmpinarea nevoilor persoanelor infectate cu VHC va exercita, probabil, presiuni mai mari asupra bugetelor de sănătate. În întreaga Europă, ratele de infectare cu VHC sunt ridicate în rândul consumatorilor prin injectare, iar studiile arată că tinerii consumatori de droguri injectabile continuă să contracteze această boală devreme în cadrul istoriei personale de consum, ceea ce limitează posibilitățile de intervenție. Spre deosebire de hepatita B, caz în care intervențiile par să producă rezultate pozitive, nu este vizibilă nici o tendință clară în datele privind VHC, deși diferențele dintre țări pot oferi anumite indicii referitoare la acțiunile care ar putea fi eficiente în acest domeniu.

Consumul de heroină este stabil, însă există temeri privind agravarea problemelor asociate consumului de opiacee sintetice

Se estimează că producția globală potențială de heroină, mai ales în Afganistan, a crescut din nou în 2006, ajungând la peste 600 de tone. Acest fapt ridică următorul semn de întrebare pentru Europa: ce efect va avea această creștere asupra situației drogurilor? Deocamdată, producția de heroină în creștere nu a devenit evidentă în majoritatea indicatorilor privind consumul de heroină – indicatori care, în marea lor parte, s-au menținut stabili de ceva timp. Dovezile culese prin analiza datelor privind tratamentul pentru droguri și supradozele sugerează că populația consumatoare de heroină din Europa este din ce în ce mai bătrână, deși situația din țările Europei de Est este mai puțin clară. Estimările globale ale consumului problematic de droguri indică și ele o situație stabilă. Totuși, prețul în scădere al drogului și creșterea numărului de consumatori de heroină tineri incluși în tratament în anumite țări subliniază nevoia menținerii vigilenței.

Deși nu s-au înregistrat deocamdată dovezi foarte clare cu privire la popularitatea câștigată de consumul de heroină în rândul tinerilor, există indicii – colectate dintr-o serie de rapoarte – conform cărora consumul de opiacee sintetice ar putea deveni o problemă tot mai mare în anumite părți ale Europei și că este chiar posibil ca opiaceele sintetice

să înlocuiască heroina în anumite țări. În Austria, un procent tot mai mare de pacienți care solicită tratament au vârste sub 25 de ani și solicită asistență pentru probleme asociate consumului de opiacee deturnate de la utilizările legitime. În mod similar, Belgia raportează o creștere ușoară a consumului ilegal de metadonă, iar în Danemarca metadona este menționată frecvent în rapoartele asupra deceselor asociate cu consumul de droguri. De asemenea, în ceea ce privește buprenorfina, un drog considerat de unele persoane ca fiind puțin atrăgător pe piața ilegală, Republica Cehă raportează creșterea consumului și a frecvenței injectării; este posibil ca această substanță să fi înlocuit heroina în Finlanda; în fine, monitorizarea problemei în Franța ridică semne de întrebare despre consumul ilegal de buprenorfina, inclusiv despre consumul injectabil în rândul tinerilor, care și-au început consumul de opiacee mai degrabă cu buprenorfina decât cu heroina.

Tendința descendentă a deceselor prin supradoză se diminuează

OEDT întocmește în mod regulat rapoarte privind decesele acute ca urmare a consumului de droguri în Europa – aceste decese se datorează, în cea mai mare parte, supradozelor, de cele mai multe ori ca urmare a consumului de heroină sau de alte opiacee, deși, în majoritatea cazurilor, este vorba de consumul unei palete largi de substanțe diferite. Decesele prin supradoză reprezintă o cauză semnificativă a mortalității ce poate fi evitată în rândul tinerilor adulți.

Începând din 2000, mai multe țări ale Uniunii Europene au raportat scăderi ale numărului de decese survenite ca urmare a consumului de droguri, în mod probabil ca un rezultat al creșterii serviciilor sau al modificării numărului de consumatori de heroină pe cale injectabilă. Cu toate acestea, această tendință nu s-a menținut și în 2004 sau în 2005. Deosebit de îngrijorător este faptul că, în câteva țări, a crescut procentul de tineri din rândul victimelor drogurilor. Reducerea numărului de decese survenite în urma consumului de droguri reprezintă un obiectiv important de sănătate publică, iar motivele pentru care tendința descendentă din acest domeniu oscilează trebuie identificate.

Decesul prin supradoză nu reprezintă singurul risc de sănătate la care se expun consumatorii. Studiile arată că o rată ridicată a mortalității indiferent de cauza de deces se înregistrează, în principal, în rândul consumatorilor problematici de droguri, până la de zece ori mai mare decât a populației generale. Prin urmare, dacă se dorește o reducere semnificativă a morbidității și a mortalității asociate consumului cronic de droguri, este necesar să se elaboreze o strategie mai cuprinzătoare de tratare a problemelor de sănătate fizică și mintală ale consumatorilor problematici de droguri.



Capitolul 1

Politici și legislație

În prezentul capitol se descriu politicile în materie de droguri la nivelul UE și în fiecare stat membru, precum și relația dintre cele două niveluri de elaborare a politicilor. Un exercițiu de colectare a datelor derulat de OEDT în perioada de raportare permite obținerea unei imagini de ansamblu asupra strategiilor curente naționale în materie de droguri și a cadrelor instituționale din Europa. Estimarea costurilor pe care le implică problema drogurilor pentru societate este dezbătută într-o secțiune privind cheltuielile publice legate de problema drogurilor. Pe baza datelor privind cheltuielile publice raportate de statele membre, s-a făcut o primă estimare a sumei totale cheltuite de guvernele europene pentru combaterea fenomenului drogurilor. Modificările legislative axate pe reducerea ofertei și pe abordările legale ale testării antidrog sunt descrise într-o secțiune dedicată modificărilor recente din legislațiile naționale. În secțiunea privind criminalitatea legată de droguri se prezintă o imagine de ansamblu asupra celor mai recente statistici privind infracțiunile la regimul drogurilor și tendințele infracțiunilor privind opiaceele și canabisul. Capitolul se încheie cu o secțiune consacrată cercetării în domeniul drogurilor în Europa.

Strategiile naționale în domeniul drogurilor

Situația generală și noi evoluții

La începutul anului 2007, toate statele membre (cu excepția Italiei, Maltei și Austriei) aveau o strategie națională în domeniul drogurilor, uneori însoțită de un plan de acțiune. În acel moment, erau în vigoare în Europa peste 35 de documente naționale diferite de planificare în domeniul drogurilor, acoperind perioade între doi ani (planul de acțiune ceh) și peste zece ani (strategia națională olandeză în domeniul drogurilor).

O tendință remarcabilă a ultimilor ani a fost trecerea de la un singur document național de planificare la adoptarea a două instrumente complementare: un cadru strategic și un plan de acțiune. Această abordare, care permite o conceptualizare mai bună a obiectivelor pe termen scurt, mediu și lung, este utilizată în prezent în aproape jumătate din statele membre ale UE, fiind chiar mai răspândită în cele care au aderat la UE în 2004 și în 2007: opt dintre aceste 12 țări dispun atât de o strategie în domeniul drogurilor, cât și de un plan de acțiune.

Politica de combinare a unei strategii în domeniul drogurilor cu planuri de acțiune facilitează o definire mai detaliată a obiectivelor, acțiunilor, responsabilităților și termenelor. Unele țări, printre care Cipru, Letonia și România, au inclus procese detaliate de punere în aplicare în strategiile lor în domeniul drogurilor și în planurile de acțiune. Această abordare, care este în vigoare de ceva timp în alte state membre (de exemplu, Spania, Irlanda, Regatul Unit), devine mai răspândită și a fost pusă în aplicare și în planul curent de acțiune al UE în domeniul drogurilor.

În 2006, au fost adoptate noi strategii sau planuri de acțiune în domeniul drogurilor în patru state membre (Grecia, Polonia, Portugalia, Suedia) și în Turcia, precum și în Regatul Unit, în Irlanda de Nord. În nici unul dintre aceste cazuri exercițiul în cauză nu a fost primul de acest gen și în fiecare situație rapoartele naționale menționau faptul că noile documente de politică în domeniul drogurilor utilizaseră experiența altora anterioare. În 2007, în două state membre, Malta și Austria, precum și în Norvegia, este planificată adoptarea unor noi strategii în domeniul drogurilor, în timp ce în Republica Cehă, Estonia, Franța și Ungaria urmează să se pună în aplicare noi planuri de acțiune.

Conținut

Reducerea consumului de droguri, în general, și a consumului problematic de droguri, în special, este un obiectiv central al strategiilor în domeniul drogurilor și al planurilor de acțiune naționale în toate statele membre ale UE, în țările candidate și în Norvegia. Obiectivul de prevenire și de reducere a riscurilor individuale și colective cauzate de consumului de droguri este, de asemenea, comun tuturor țărilor. O altă caracteristică comună este abordarea „cuprinzătoare”, prin care se leagă intervențiile destinate să reducă oferta de droguri de cele destinate să reducă cererea de droguri. De asemenea, abordarea „echilibrată”, care urmărește să acorde prioritate atât reducerii ofertei, cât și reducerii cererii, este larg răspândită. Toate aceste elemente fac parte și din strategia UE în domeniul drogurilor.

Gama de substanțe psihoactive incluse în strategiile naționale în domeniul drogurilor reprezintă un domeniu în care se identifică diferențe notabile de la o țară europeană la alta. Acest lucru poate fi văzut în noile documente adoptate în 2006. Dintre acestea, în special două tratează drogurile ilegale (Polonia, Portugalia), chiar dacă se fac anumite legături între strategiile în domeniul

Noul regulament privind OEDT

La 12 decembrie 2006, Parlamentul European și Consiliul Uniunii Europene au semnat varianta reformulată a Regulamentului OEDT, care a intrat în vigoare în ianuarie 2007.

Noul regulament subliniază importanța indicatorilor-cheie și faptul că aplicarea lor este o condiție prealabilă obligatorie pentru ca Observatorul să-și îndeplinească sarcinile. Se pune accentul și pe nevoia de a dezvolta un sistem de informații sensibil la tendințele noi și emergente.

Noul document extinde domeniul de aplicare a responsabilității OEDT. În prezent se pune accentul în mod deosebit pe furnizarea de informații privind policonsumul de substanțe psihoactive ilegale și privind cele mai bune practici din statele membre. OEDT poate elabora, de asemenea, metode și instrumente pentru a sprijini statele membre în monitorizarea și evaluarea politicilor naționale privind drogurile și să ofere sprijin Comisiei Europene în realizarea aceluiași demers la nivel european. Toate aceste

noi elemente vor permite agenției să furnizeze o imagine mai completă asupra fenomenului drogurilor.

Noul regulament pune un accent mai mare pe colaborarea cu agențiile partenere, în special cu Europol în cazul monitorizării noilor substanțe psihoactive, precum și cu alți parteneri, precum OMS, ONU sau institutele de statistică, pentru a obține eficiență maximă. Noul regulament aduce clarificări în ceea ce privește țările cu care OEDT poate face transfer de know-how, la solicitarea Comisiei Europene și cu aprobarea Consiliului de administrație.

Rolul Reitox (Rețeaua de puncte focale naționale) este mai clar definit în noul document. Reformarea modifică, de asemenea, regulamentul privind Comitetul științific. Această modificare va permite ca agenția să dispună de un organism coerent și independent de eminenți oameni de știință. Pe lângă îmbunătățirea calității muncii la OEDT, regulamentul va oferi și o punte mai largă spre comunitatea științifică și de cercetare.

drogurilor și cele în domeniul alcoolului/tutunului, două tratează drogurile ilegale și alcoolul (Grecia, Irlanda de Nord – în Regatul Unit) și unul (Turcia) tratează toate substanțele care creează dependență. În plus, Suedia a adoptat simultan două planuri de acțiune interconectate, unul împotriva alcoolului și celălalt împotriva drogurilor ilegale. Acțiunile de integrare a politicilor privind drogurile legale, respectiv ilegale, au devenit evidente în anumite țări de mai mulți ani (de exemplu, Germania și Franța) ⁽¹⁾. Domeniul de aplicare al viitoarelor strategii în domeniul drogurilor și posibila integrare a acestora în alte strategii de sănătate publică va rămâne, probabil, un subiect important pe parcursul anilor viitori.

Strategiile și planurile de acțiune naționale în domeniul drogurilor includ, în general, intervenții în domeniile prevenirii, tratării și reabilitării, al reducerii riscurilor și al reducerii ofertei. Cu toate acestea, amploarea diferitelor intervenții și importanța care li se acordă variază de la o țară la alta ⁽²⁾. Acest fapt se poate explica prin diferențele referitoare la amploarea și caracteristicile problemei drogurilor, dar și prin diversitatea politicilor sociale și de sănătate din Europa. Resursele financiare, opinia publică și cultura politică sunt, de asemenea, factori importanți, și se poate demonstra că țările care au anumite caracteristici comune adoptă politici similare în domeniul drogurilor (Kouvonen *et al.*, 2006).

Evaluare

Faptul că există, în UE, o diversitate de strategii naționale cu obiective comune în domeniul drogurilor poate fi considerat un atu, deoarece astfel este posibilă analiza comparativă a diferitelor tipuri de abordări. Evaluarea strategiilor în domeniul drogurilor și a planurilor de acțiune naționale este, prin urmare, importantă nu numai pentru evaluarea

eforturilor la nivel național, ci și pentru îmbunătățirea înțelegerii globale a eficienței strategiilor în domeniul drogurilor. UE și statele sale membre au investit deja resurse considerabile în acest domeniu.

Aproape toate țările europene menționează obiectivul de evaluare a propriilor strategii naționale în domeniul drogurilor. Guvernele doresc să știe dacă politicile lor sunt puse în aplicare și dacă se obțin rezultatele scontate. În două state membre (Belgia, Slovenia), sfera de aplicare a evaluării a fost limitată la un număr de proiecte selectate. În majoritatea celorlalte țări, precum și la nivelul UE, punerea în aplicare a acțiunilor stabilite prin strategia națională în domeniul drogurilor este monitorizată sistematic. Acest fapt permite efectuarea de analize intermediare, rezultatele acestor analize putând fi utilizate pentru a îmbunătăți sau pentru a reînnoi strategiile în domeniul drogurilor sau planurile de acțiune existente.

Evaluările globale, incluzând procesul, rezultatul, consecințele și impactul, sunt mai puțin frecvente în Europa. Unele țări (Estonia, Grecia, Spania, Polonia, Suedia) raportează planificarea unei evaluări interne bazate pe analize intermediare și pe alte date epidemiologice și criminologice disponibile. În unele cazuri (Luxemburg, Portugalia), o astfel de evaluare va fi efectuată de un organism extern.

În sinteză, analizele intermediare privind punerea în aplicare a strategiilor în domeniul drogurilor și a planurilor de acțiune naționale devin o procedură standard în Europa. Următorul pas, referitor la efectuarea de evaluări ale rezultatelor și impactului, este încă în fază incipientă, iar viitoarea evaluare de impact a planului de acțiune al UE în domeniul drogurilor 2005-2008, pentru care Comisia Europeană a dispus efectuarea unui studiu menit să

(1) A se vedea extrasul din 2006 *European drug policies: extended beyond illicit drugs?* [Politici europene în materie de droguri: extindere dincolo de drogurile ilegale?].

(2) A se vedea capitolul 2.

desemneze o metodologie, ar putea servi drept exemplu. Există, de asemenea, o oarecare activitate în domeniul elaborării de indici care să evalueze impactul strategiilor naționale în domeniul drogurilor sau situația generală în domeniul drogurilor. Atât Regatul Unit, cât și Biroul Organizației Națiunilor Unite de luptă împotriva drogurilor și a criminalității (ONUDD) au depus eforturi considerabile în acest sens.

Indici în politicile în domeniul drogurilor

Indicele de nocivitate a drogurilor (DHI) al Regatului Unit are rolul de a determina costurile sociale ale consecințelor negative generate de consumul problematic al oricărui drog ilegal. Acoperă patru tipuri de consecințe negative: impact asupra sănătății, efecte nocive asupra comunității, criminalitate internă legată de droguri și criminalitate comercială legată de droguri. Cu toate acestea, indicele nu este menit să reprezinte o sinteză completă a situației drogurilor din țara respectivă, indicatorii fiind limitați la cei pentru care există deja date solide, iar cifrele și tendințele cuprinse în rezultate sunt utilizate drept bază care va servi pentru evaluarea intermediară viitoare (MacDonald *et al.*, 2005). Indicele pentru droguri ilegale (IDI) al ONUDD combină trei dimensiuni ale fenomenului drogurilor: producția de droguri, traficul de droguri și abuzul de droguri. Rezultatul este un punctaj general, bazat pe un „factor de consecințe negative/de risc pe cap de locuitor”, care ar trebui să reflecte importanța tuturor problemelor legate de droguri care apar într-o anumită țară (ONUDD, 2005).

Conceptualizarea ambelor instrumente a implicat evoluții metodologice interesante și a permis o primă perspectivă asupra utilizării indicilor globali pentru a evalua strategiile în domeniul drogurilor și pentru a monitoriza situațiile globale în materie de droguri. O primă observație este că astfel de instrumente pot fi utile pentru o urmărire longitudinală a situației naționale, dar că, pentru a înțelege cu adevărat ce se întâmplă, rezultatul trebuie să fie interpretat în contextul analizei fiecărui indicator din cadrul listelor de indici. Utilizarea unui indice global pentru comparația între țări ar putea fi mai dificilă, date fiind limitările seturilor de date existente și absența variabilelor contextuale (de exemplu, situația geografică) din analiză.

Mecanisme de coordonare

În timp ce mecanismele oficiale de coordonare în domeniul drogurilor există în prezent în aproape toate statele membre ale UE și în Norvegia, o diversitate a sistemelor curente reflectă diferențele dintre structurile politice ale diverselor țări. Cu toate acestea, se pot descrie câteva caracteristici generale.

Majoritatea țărilor dispun de mecanisme de coordonare atât la nivel național, cât și la nivel regional sau local. La nivel național, există de obicei un comitet interministerial

în domeniul drogurilor, de multe ori completat de o agenție națională de coordonare a luptei antidrog și/sau de un coordonator național al luptei antidrog, care răspunde de activitățile zilnice de coordonare. La nivel regional sau local, există agenții de coordonare și/sau coordonatori ai luptei împotriva drogurilor în majoritatea țărilor.

Țările europene diferă prin modul în care mecanismele de coordonare la nivel național sunt legate de cele existente la nivel regional sau local. În anumite țări, în special în cele cu structură federală (de exemplu, Belgia, Germania), sistemele de coordonare verticală sunt utilizate pentru a permite cooperarea dintre diversele organisme de coordonare care acționează independent. În alte țări (de exemplu, Finlanda, Portugalia), coordonarea la nivel regional sau local este supravegheată direct de organismele naționale de coordonare.

Realizarea analizei comparative a mecanismelor de coordonare a luptei antidrog din UE este dificilă din cauza diversității sistemelor existente. Cu toate acestea, un studiu comandat de OEDT a arătat că evaluarea sistemelor de coordonare este posibilă prin punerea accentului pe „calitatea implementării”, un concept prin care se studiază capacitatea acestor sisteme de a produce rezultate de coordonare (Kenis, 2006). Această abordare va fi dezvoltată în continuare, pentru a permite utilizarea sa în evaluarea sistemelor naționale de coordonare a luptei antidrog.

Cheltuieli publice asociate problemei drogurilor

Cheltuielile publice asociate problemei drogurilor pe care le-au raportat țările europene variază de la 200 000 EUR la 2 290 milioane EUR ^(*). Gradul mare de variabilitate se explică, parțial, prin dimensiunile diferite ale statelor membre și, parțial, prin diferențele dintre diversele țări în ceea ce privește tipurile de cheltuieli raportate și integralitatea datelor. Majoritatea țărilor au raportat doar cheltuielile legate de punerea în aplicare a programelor de politici naționale în domeniul drogurilor, fără a furniza detalii privind alte cheltuieli efectuate pentru reducerea ofertei și a cererii. În plus, nu întotdeauna au fost incluse toate domeniile principale ale cheltuielilor de stat legate de fenomenul drogurilor: doar 15 din 23 de țări au furnizat informații detaliate privind cheltuielile cu activități de „asistență medicală și socială” (tratament, reducerea riscurilor, cercetare în domeniul sănătății, activități educative, de prevenire și sociale) și numai 14 țări au raportat cheltuielile asociate activității de „aplicare a legii” (poliție, armată, instanțe, penitenciare, vamă și gardă financiară). Informațiile despre cheltuielile din alte domenii (de exemplu, administrație, coordonare, monitorizare și cooperare internațională) au fost și mai rare (șapte țări), la fel fiind și informațiile referitoare la bugetele regionale și locale (șase țări).

(*) Cifrele totale privind cheltuielile publice legate de droguri pentru 2005 în statele membre ale UE și în Norvegia au fost identificate de punctele focale naționale corespunzătoare.

Costurile asociate consumului de droguri

Studiile privind costurile asociate consumului de droguri pot fi o sursă importantă de informații pentru dezvoltarea și gestionarea politicilor privind drogurile.

Costurile legate de droguri pot fi împărțite în două categorii majore: directe și indirecte. Costurile directe sunt cele pentru care se fac plăți și includ în general cheltuielile în domeniile prevenirii, tratamentului, reducerii riscurilor și al aplicării legii. Costurile indirecte reprezintă valoarea serviciilor productive care nu sunt furnizate din cauza consumului de droguri și constau în general din productivitatea pierdută din cauza morbidității și mortalității asociate consumului de droguri. Costurile legate de droguri pot include și costurile intangibile reprezentate de durere și de suferință, de obicei sub forma măsurilor de îmbunătățire a calității vieții, însă această categorie de costuri este adesea omisă din cauza dificultății de cuantificare exactă a sa în termeni monetari.

Un studiu asupra costurilor poate fi realizat din mai multe perspective diferite, fiecare dintre ele putând include costuri diverse, de exemplu costuri suportate de societate în ansamblu, de guvern, de sistemul medical, de plătitorii terți, precum și de consumatorii de droguri și familiile lor.

Perspectiva socială

Costurile sociale implicate de consumul de droguri reprezintă totalul costurilor suportate de societate, direct și indirect, și datorate consumului de droguri. Rezultatul, exprimat în termeni monetari, este o estimare a sarcinii totale pe care o plasează drogurile asupra societății (Single *et al.*, 2001).

Determinarea costului social al consumului de droguri prezintă mai multe avantaje. În primul rând, dezvăluie cât de mult cheltuie societatea cu problemele legate de droguri și, implicit, suma care ar putea fi economisită în cazul în care consumul de droguri ar fi eliminat complet. În al doilea rând, identifică diferitele componente de cost și dimensiunea contribuției fiecărui sector din societate. Astfel de informații pot ajuta la determinarea priorităților de finanțare prin punerea în evidență a domeniilor în care pot exista ineficiențe și în care se pot face economii.

Șase țări au furnizat informații detaliate privind cheltuielile asociate luptei împotriva drogurilor (Tabelul 1). În țările respective, cheltuielile publice asociate drogurilor au reprezentat între 0,11 % și 0,96 % din cheltuielile publice totale în anul în cauză (în medie 0,32 %) sau între 0,05 % și 0,46 % din produsul intern brut (PIB) (în medie 0,15 %). Activitățile de „aplicare a legii” reprezintă 24-77 % din cheltuielile totale, în timp ce restul a fost cheltuit cu activitățile de „asistență medicală și socială”.

Țările europene au raportat împreună cheltuieli publice totale legate de droguri în valoare de 8,1 miliarde EUR. Această cifră reprezintă, probabil, o subestimare a totalului cheltuielilor publice legate de droguri, deoarece există un nivel ridicat de subraportare. Cele șase țări incluse

Perspectiva cheltuielilor publice

Termenul „cheltuială publică” se referă la valoarea produselor și a serviciilor achiziționate de autoritățile statului (centrale, regionale sau locale) în vederea executării fiecăreia dintre funcțiile lor specifice (servicii medicale, justiție, ordine publică, educație, servicii sociale). Analiza cheltuielilor publice ale statului oferă informații utile privind capacitatea guvernului de a cheltui banii în mod eficace și eficient.

Estimarea cheltuielilor publice legate de consumul de droguri este un exercițiu diferit de cel al estimării costurilor sociale. Cheltuielile publice reprezintă doar un procent din costurile sociale, reprezentând în special costurile directe; costurile indirecte sunt excluse în mod explicit, fiind costuri suportate de părți interesate private (de exemplu, de societățile private de asigurări de sănătate). Cheltuielile publice directe numite în mod explicit „asociate consumului de droguri” pot fi depistate inițial printr-o analiză exhaustivă a documentelor oficiale de raportare financiară (de exemplu, bugete sau rapoarte de sfârșit de an). Estimările sunt complicate atunci când cheltuielile asociate consumului de droguri nu sunt numite astfel, ci sunt incluse în programe cu obiective mai largi (de exemplu, bugetul general de operațiuni al poliției). În acest caz, cheltuielile directe care nu sunt luate în considerare drept legate de droguri trebuie calculate prin modelizare.

Obiectivul principal al calculării costului social este de a evalua sarcina pe care problemele legate de droguri o plasează asupra societății comparativ cu costul pe care-l suportă societatea încercând să soluționeze problemele respective (inclusiv posibilele efecte indirecte). În cele din urmă, aceasta duce la problema eficienței și a eficacității: oare autoritățile cheltuie banii publici în mod inteligent și în scopurile în care trebuie? Totuși, unii autori (Reuter, 2006) au susținut că, din rațiuni legate de politici, cheltuielile publice sunt mai relevante decât costurile sociale. Bugetul alocat drogurilor ajută la a descrie ce politici aplică un guvern pentru a reduce consumul de droguri și problemele asociate și care este primul pas spre a decide dacă nivelul și conținutul unor astfel de politici este adecvat.

În tabelul 1 au înregistrat 76 % din cheltuielile publice totale raportate de statele membre ale UE și de Norvegia. Pe baza datelor furnizate de cele șase țări, cheltuielile publice totale asociate problemei drogurilor în țările europene se situează între 13 miliarde EUR și 36 miliarde EUR ⁽⁴⁾. Aceste cifre reprezintă între 0,12 % și 0,33 % din PIB-ul UE (25 de state membre) pe 2005.

La nivelul UE, Comisia Europeană va pune la dispoziție finanțări consistente pentru a combate problema drogurilor în cadrul noului buget 2007-2013. Un nou instrument de finanțare a prevenirii și informării în materie de droguri, în valoare de 21 milioane EUR, este în curs de negociere și ar putea fi adoptat până la sfârșitul lui 2007, disponibilizând 3 milioane EUR pentru proiecte

(4) Patru dintre cele șase țări (Ungaria, Țările de Jos, Finlanda și Suedia) au furnizat metode de modelizare detaliate ale cifrelor lor. Prin aplicarea la restul țărilor a valorii primei și a celei de-a treia cvartile ale distribuției procentajului din cheltuielile publice generale totale (0,18 %, respectiv 0,69 %) și a procentajului din PIB (0,08 %, respectiv 0,37 %) cheltuit din bugetul public al celor șase țări selectate, se obține un interval pentru cheltuielile globale totale acumulate.

Tabelul 1: Comparație între anumite țări; date complete și detalii suplimentare privind cheltuielile publice în legătură cu drogurile

Țara	Cheltuieli globale raportate			Procent din cheltuieli alocate pentru	
	suma (milioane EUR)	ca procent din totalul cheltuielilor publice ⁽¹⁾ (%)	ca procent din PIB ⁽²⁾ (%)	asistență medicală și socială ⁽³⁾ (%)	aplicarea legii ⁽⁴⁾ (%)
Belgia ⁽⁵⁾	185,9	0,14	0,07	43	54
Ungaria	43,5	0,11	0,05	23	77
Țările de Jos	2185,5	0,96	0,43	25	75
Finlanda	272,0	0,36	0,18	76	24
Suedia (2002)	1200,0	0,80	0,46	60	40
Regatul Unit	2290,0	0,29	0,13	51	49

⁽¹⁾ Totalul cheltuielilor publice generale ale autorității centrale din anul de referință (sursa: Eurostat).

⁽²⁾ Produsul intern brut pentru anul de referință (sursa: Eurostat).

⁽³⁾ Cheltuielile pentru asistență medicală și socială includ tratamentul, reducerea riscurilor, cercetarea în domeniul medical și educativ, intervențiile de prevenire și de natură socială. În cazul Finlandei, pe lângă „prevenirea abuzului de substanțe”, suma indicată include și daunele aduse proprietății, monitorizarea și cercetarea.

⁽⁴⁾ Cheltuielile de aplicare a legii includ cheltuielile legate de poliție, armată, instanțe judecătorești, penitenciare, birouri vamale și gărzi financiare.

⁽⁵⁾ Belgia a alocat, de asemenea, 3 % din totalul cheltuielilor raportate „activităților de gestionare a politicilor”.

Surse: Punctele focale naționale și Eurostat.

transnaționale în acest an. Alte noi instrumente financiare, cum ar fi Programul de prevenire și de combatere a criminalității, Programul de sănătate publică 2007-2013 și Al șaptelea program-cadru de cercetare și dezvoltare tehnologică 2007-2013, oferă și ele posibilități de finanțare pentru organizațiile care acționează în diferite zone ale luptei împotriva drogurilor. În plus, începând din 2005, CE și statele membre au cofinanțat în țări terțe proiecte de asistență în domeniul drogurilor, în valoare de peste 750 milioane EUR.

Ca răspuns la planul de acțiune al UE în domeniul drogurilor 2005-2008, OEDT lucrează în prezent la elaborarea unei metodologii care va permite statelor membre, țărilor candidate și Norvegiei să compileze date standardizate privind cheltuielile legate de droguri. Acest fapt va ajuta OEDT să estimeze atât cheltuielile publice alocate în domeniul drogurilor, cât și modul în care aceste cheltuieli se distribuie între diferitele activități din domeniu.

Evoluții în plan juridic și în domeniul politicilor la nivelul UE

La sfârșitul anului 2006, Comisia Europeană a prezentat primul raport intermediar ⁽⁶⁾ privind punerea în aplicare a planului de acțiune al UE în domeniul drogurilor (2005-2008). Raportul evalua măsura în care s-au realizat activitățile planificate pentru 2006 și dacă s-au îndeplinit obiectivele planului pentru 2006. OEDT a contribuit la acest exercițiu prin redactarea unei serii de rapoarte. Un exercițiu similar va avea loc în 2007, înainte de evaluarea finală de impact a planului de acțiune al UE în domeniul drogurilor, care va fi prezentat de Comisia Europeană în 2008.

În iunie 2006, Comisia Europeană a elaborat o Carte verde privind rolul societății civile în politicile în materie de droguri în Uniunea Europeană ⁽⁷⁾, conform dispozițiilor din planul de acțiune în domeniul drogurilor. Scopul Cărții verzi este de a cerceta cum se poate organiza în mod optim un dialog continuu cu organizațiile societății civile active în domeniul drogurilor. Părțile interesate au fost invitate să comenteze două alternative de dialog structurat: un forum al societății civile în domeniul drogurilor, care să funcționeze ca o platformă de consultări regulate neoficiale sau o interconectare tematică a rețelelor existente.

Implicarea societății civile în politicile în domeniul drogurilor în UE este, în același timp, unul dintre obiectivele principale ale programului specific *Drugs prevention and information* 2007-2013 ⁽⁷⁾, care a fost propus de Comisia Europeană în cadrul programului general pentru drepturi fundamentale și justiție. Obiectivele generale ale programului în domeniul drogurilor sunt orientate spre transformarea Europei într-un

Rapoarte privind costul social al consumului de droguri

Doar un număr mic de țări au raportat date privind costul social al consumului de droguri. În Finlanda (date din 2004), costul indirect asociat consumului de droguri, inclusiv deturnării substanțelor farmaceutice, a fost estimat la 400-800 de milioane EUR, dintre care 306-701 milioane EUR au fost calculate drept cost al vieților pierdute în urma deceselor premature, în timp ce pierderile de producție s-au ridicat la 61-102 milioane EUR. Costul social al consumului ilegal de droguri a fost estimat la 907 milioane EUR în Franța în 2003 și la 29,7 milioane EUR în Luxemburg în 2004.

⁽⁶⁾ http://ec.europa.eu/justice_home/doc_centre/drugs/strategy/doc/sec_2006_1803_en.pdf

⁽⁷⁾ http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/com/2006/com2006_0316en01.pdf

⁽⁸⁾ COM (2006) 230 final.

spațiu liber, sigur și just, prin îmbunătățirea informării asupra efectelor consumului de droguri și prin prevenirea și reducerea consumului de droguri, a dependenței și a riscurilor asociate consumului de droguri. Pentru perioada 2007-2013, acest program dispune de un buget global de 21 milioane EUR. Programul în domeniul drogurilor se află încă în faza de dezbateră în cadrul Parlamentului European și al Consiliului, în vederea adoptării sale prin procedura de codecizie.

Noi reglementări naționale

Reducerea ofertei

În cursul anului trecut, statele membre au realizat numeroase modificări legislative în domeniul reducerii cererii dar, în același timp, s-a constatat că o serie de țări au luat și măsuri de îmbunătățire a cadrului legislativ în materie de trafic de droguri și chestiuni legate de reducerea ofertei.

În Irlanda, modificările fundamentale au vizat intrarea în vigoare a Legii privind justiția penală din 2006, care definește noi infracțiuni referitoare la furnizarea de droguri deținuturilor, prevede dispoziții de abordare a comportamentului antisocial și propuneri de consolidare a impunerii condamnării la pedeapsa închisorii minime obligatorii la 10 ani pentru traficul de droguri care are o valoare de piață de minimum 13 000 EUR. Apartenența la o „organizație criminală” (astfel cum este definită în lege) sau favorizarea unei astfel de organizații se sancționează prin lege și se instituie un registru al autorilor de infracțiuni la regimul drogurilor, care îi obligă pe cei condamnați pentru trafic de droguri să informeze poliția, la ieșirea din penitenciar, cu privire la adresa la care vor locui. În Ungaria, în schimb, au fost aduse modificări procedurale la legea de funcționare a poliției naționale, prin care este vizată definirea tuturor activităților polițienești referitoare la droguri și precursori într-o singură lege cuprinzătoare care să reglementeze infracțiunile la regimul drogurilor.

De asemenea, s-au instituit ori s-au îmbunătățit procedurile legate de utilizarea anumitor instrumente de combatere a traficului de droguri. În Estonia, Legea privind stupefiantele și substanțele psihotrope și legislația conexasă a fost modificată în mai 2005, cu scopul de a extinde aria supravegherii. În România, printr-o lege intrată în vigoare în iunie 2006, a fost adoptat mandatul european de arestare și au fost stabilite procedurile de utilizare a acestuia, precum și măsurile de îmbunătățire a cooperării judiciare în materie penală, a supravegherii și urmării transfrontaliere și a transferului de proceduri judiciare. În Bulgaria, noul Cod de procedură penală introdus în octombrie 2005 reglementează livrarea controlată, tranzacțiile confidențiale și investigațiile sub acoperire. Există, de asemenea, dispoziții de protecție temporară a martorilor în cazurile legate de droguri și, în anumite împrejurări, de protecție a identității martorilor, precum și norme speciale de interogare a acestor martori și de utilizare a ofițerilor sub acoperire.

Și procurorii din alte țări dispun de instrumente similare. În Republica Cehă, condamnarea infracțiunilor la regimul drogurilor se face în baza dispozițiilor Codului de procedură penală, care permite protecția identității martorilor și supravegherea persoanelor. Legea privind protecția martorilor a fost aplicată, de asemenea, în multe cazuri legate de droguri în Cipru.

Creșterea recentă a traficului de cocaină a concentrat atenția asupra zonei Caraibelor. În Țările de Jos, pe aeroportul Schiphol, funcționează de la începutul anului 2003 un tribunal special care dispune și de o închisoare. De la începutul anului 2005, zborurile din principalele țări din zona Caraibelor sunt controlate în proporție de 100 %. În 2004, au fost arestați în medie 290 de transportatori de droguri pe lună, cifra scăzând la 80 pe lună la începutul lui 2006. În Franța, o lege adoptată în octombrie 2005 consolidează cooperarea cu regiunea Caraibelor, cu scopul de a intercepta traficul ilicit de droguri prin transport aerian și maritim.

Reglementări privind testarea antidrog

O serie de țări au raportat adoptarea unor normative care permit, definesc sau reglementează testarea antidrog a conducătorilor auto, a persoanelor aflate în arest, a deținuturilor sau a angajaților, în diverse situații.

Verificările aleatorii ale conducătorilor auto, efectuate pe șosea, cu ajutorul unor dispozitive de testare rapidă, sunt acum admise în Lituania, în conformitate cu rezoluția de aprobare a Programului național pentru un trafic rutier sigur 2005-2010, precum și în Luxemburg, în temeiul unui proiect de lege din 2004 de modificare a legislației privind controlul traficului rutier. În Letonia, legislația penală modificată sancționează în prezent conducătorii auto despre care se presupune că au condus un vehicul sub influența substanțelor psihice active și care refuză să facă testul, condamnându-i la pedepse privative de libertate în cazul unui refuz repetat timp de un an. Tot în Letonia, legea de funcționare a poliției, astfel cum a fost modificată, prevede în prezent că o persoană poate fi transferată într-o instituție medicală unde să se stabilească dacă a consumat alcool sau substanțe stupefiante, psihotrope sau toxice și face trimitere la reglementările ministeriale în care procedura este prezentată în detaliu. Procedurile privind testarea antidrog a conducătorilor auto sunt descrise mai detaliat în extrasul privind drogurile și conducerea autovehiculelor din 2007.

În Scoția este posibilă în prezent testarea antidrog a anumitor grupuri de persoane aflate în arest, aceeași practică fiind utilizată și în Anglia și Țara Galilor, în timp ce în Irlanda, Ministerul Justiției, Egalității și Reformei Legislative a publicat, în iunie 2005, un nou proiect de regulament pentru penitenciare, prin care s-a introdus testarea antidrog obligatorie a deținuturilor. Se menționează că respectiva măsură este în interesul ordinii, siguranței, sănătății și securității și că se va efectua prin prelevarea de probe de urină, de fluide orale și/sau de păr.

În Norvegia, nu mai este în vigoare testarea antidrog la locul de muncă, realizată cu consimțământul angajatului sau candidatului în cauză. De la intrarea în vigoare a Legii din 2005 privind mediul de muncă, secțiunea 9-4, un angajator poate cere unui angajat sau unui candidat la angajare să se supună unui test antidrog numai în circumstanțele prevăzute în statut și în regulamente sau dacă faptul că persoana respectivă și-ar desfășura activitatea sub influența consumului de substanțe psihoactive ar implica riscuri deosebit de mari sau dacă angajatorul consideră că testarea este necesară pentru a proteja viața și sănătatea angajaților sau terților. Noul decret al guvernului finlandez privind testarea antidrog la locul de muncă stabilește o listă cuprinzătoare de dispoziții, printre care obligația de a avea acordul persoanei în cauză, precum și cerințele de calitate aplicabile laboratoarelor de testare, probelor și rezultatelor testării.

În Republica Cehă, normele care reglementează testarea antidrog de către poliție, personalul penitenciarelor sau angajatori sunt definite în prezent de Legea 379/2005 privind măsurile de protecție împotriva consecințelor negative ale produselor din tutun, alcool și alte substanțe care creează dependență. Este obligatorie o examinare profesională atunci când există motive întemeiate pentru a presupune că uzul substanțelor menționate ar aduce persoana într-o stare în care și-ar putea face rău sau ar reprezenta un risc pentru alte persoane. De asemenea, se precizează cazurile în care poliția, personalul penitenciarelor sau angajatorii au dreptul de a testa alcoolemia sau de a preleva o probă de salivă. Examinările medicale, prin testarea alcoolemiei și prelevarea de probe de material biologic, se pot efectua numai în unități de asistență medicală care au competențele profesionale și procedurale adecvate.

Criminalitatea legată de droguri

Necesitatea de a preveni criminalitatea legată de droguri ocupă un loc important pe agenda europeană, după cum indică faptul că strategia actuală a UE în domeniul drogurilor definește acest obiectiv ca domeniu principal de acțiune în vederea îndeplinirii obiectivului său de a asigura un nivel ridicat de securitate pentru populație.

Printre sarcinile programate pentru 2007 în planul de acțiune al UE în domeniul drogurilor 2005-2008 se află și adoptarea unei definiții comune a „criminalității drogurilor”, pe baza unei propuneri a Comisiei Europene întemeiată pe studiile efectuate de OEDT. Semnificația „criminalității drogurilor” diferă de la o disciplină la alta și de la un profesionist la altul, dar se poate considera că include patru categorii largi: infracțiunile psihofarmacologice (cele săvârșite sub influența unei substanțe psihoactive), infracțiunile economic-compulsive (cele săvârșite pentru

a obține bani/bunuri/droguri pentru a întreține dependența), infracțiunile sistemice (cele săvârșite în cadrul funcționării piețelor ilicite de droguri) și infracțiunile la regimul drogurilor (inclusiv consumul, deținerea, vânzarea, traficul etc.) (a se vedea și OEDT, 2007a).

Definițiile primelor trei dintre aceste aspecte ale criminalității drogurilor sunt uneori dificil de aplicat în practică, iar datele în domeniu sunt rare și inconsecvente. Datele legate de „raportări” ale infracțiunilor ⁽⁸⁾ la regimul drogurilor sunt disponibile, în general, în toate țările europene analizate în prezentul raport. Cu toate acestea, respectivele date reflectă și diferențele existente între legislațiile naționale și modurile diferite în care se aplică și se asigură respectarea legilor, precum și diferențele de priorități și de resurse alocate de instituțiile din sistemul de justiție penală pentru anumite tipuri de infracțiuni. În plus, există diferențe între sistemele naționale de informații referitoare la infracțiunile la regimul drogurilor, în special în ceea ce privește practicile de raportare și de înregistrare, respectiv ce anume se consemnează, când și cum. Prin urmare, poate fi dificil să se analizeze comparativ țările; de aceea, este mai potrivit să se compare tendințele decât niște cifre absolute și să se țină seama de dimensiunea populației naționale atunci când se analizează tendințele medii în Europa. În general, la nivelul UE, numărul de „raportări” de infracțiuni la regimul drogurilor a crescut cu o medie de 47 % între 2000 și 2005 (Figura 1). Datele dezvăluie tendințe tot mai accentuate în toate țările raportate, cu excepția Letoniei, Portugaliei și Sloveniei, care au raportat o scădere generală pe perioada de cinci ani menționată ⁽⁹⁾.

Raportul dintre infracțiunile legate de consum și cele legate de trafic variază, cele mai multe țări europene raportând că majoritatea infracțiunilor sunt legate de consumul de droguri sau de deținerea de droguri în vederea consumului, cifrele corespunzătoare din 2005 urcând până la 91 % în Spania ⁽¹⁰⁾. Cu toate acestea, în Republica Cehă, Luxemburg, Țările de Jos, Turcia și Norvegia, infracțiunile la regimul drogurilor legate de vânzare și trafic sunt predominante, acestea reprezentând până la 92 % (Republica Cehă) din totalul infracțiunilor la regimul drogurilor raportate în 2005.

În majoritatea țărilor europene, canabisul este drogul ilegal cel mai frecvent raportat în infracțiunile la regimul drogurilor ⁽¹¹⁾. În țările din această categorie, infracțiunile privind canabisul în 2005 reprezentau 42-74 % din totalul infracțiunilor la regimul drogurilor. În Republica Cehă, au predominat infracțiunile legate de metamfetamină, care au reprezentat 53 % din totalul infracțiunilor la regimul drogurilor, în timp ce în Luxemburg substanța cea mai raportată a fost cocaina (în 35 % din totalul infracțiunilor la regimul drogurilor).

⁽⁸⁾ Termenul de „raportări” este încadrat de ghilimele atunci când se referă la infracțiunile la regimul drogurilor, deoarece descrie concepte diferite din țări diferite (rapoarte ale poliției asupra autorilor de infracțiuni la regimul drogurilor, rechizitorii pentru săvârșirea de infracțiuni la regimul drogurilor etc.). Pentru o definiție mai exactă pentru fiecare țară, a se vedea notele metodologice privind infracțiunile la regimul drogurilor din Buletinul statistic 2007.

⁽⁹⁾ A se vedea tabelul DLO-1 din Buletinul statistic 2007.

⁽¹⁰⁾ A se vedea tabelul DLO-2 din Buletinul statistic 2007.

⁽¹¹⁾ A se vedea tabelul DLO-3 din Buletinul statistic 2007.

În perioada de cinci ani 2000-2005, numărul de „raportări” de infracțiuni la regimul drogurilor în care este implicat cannabisul a rămas stabil sau a crescut în majoritatea țărilor raportoare, ducând la o creștere generală de 36 % la nivelul Uniunii Europene (Figura 1). S-au evidențiat totuși și tendințe de descreștere în Republica Cehă (2002-2005) și în Slovenia (2001-2005).

În toate țările raportoare, cu excepția Luxemburgului și a Țărilor de Jos, cannabisul este drogul cel mai frecvent raportat în infracțiuni privind consumul/deținerea în vederea consumului. Cu toate acestea, procentul de infracțiuni legate de consumul de cannabis a scăzut începând din anul 2000 în mai multe țări (Grecia, Italia, Cipru, Austria, Slovenia și Turcia), iar în cel mai recent an pentru care sunt disponibile date (2004-2005), în majoritatea țărilor raportoare, acest fapt indică posibilitatea ca în țările respective instituțiile de aplicare a legii să urmărească cannabisul în mai mică măsură decât alte droguri ⁽¹²⁾.

Numărul infracțiunilor legate de cocaină a crescut în perioada 2000-2005 în toate țările europene, cu excepția Germaniei, unde cifrele au rămas relativ stabile. Media în cadrul Uniunii Europene a crescut cu 62 % în timpul aceleiași perioade (Figura 1).

„Raportările” de infracțiuni la regimul drogurilor din perioada 2000-2005 legate de heroină oferă o imagine diferită de cele legate de cannabis sau de cocaină, scăzând în ansamblu cu o medie de 15 % în Uniunea Europeană, în special în perioada 2001-2003. Cu toate acestea, tendințele naționale ale infracțiunilor legate de heroină au fost divergente în perioada menționată, o treime dintre țări raportând tendințe ascendente ⁽¹³⁾.

Cercetarea privind problema drogurilor

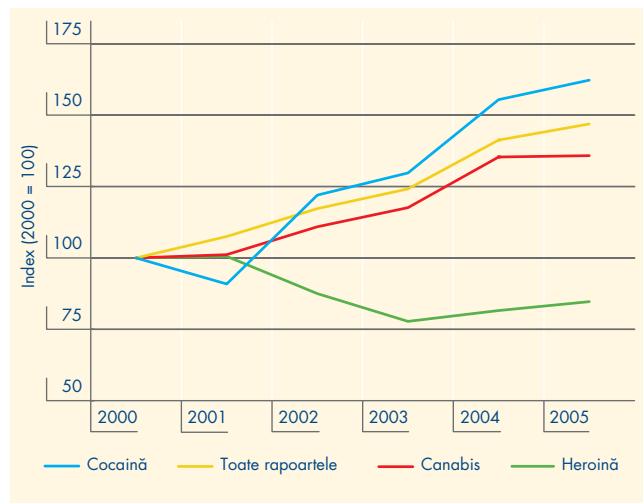
Finanțare

După cum raportează punctele focale naționale, cercetarea privind drogurile în Europa este finanțată din fonduri publice naționale și europene. Mai multe state membre raportează că cercetarea privind drogurile este finanțată din fondurile naționale de cercetare generale (Germania, Țările de Jos, Finlanda, Regatul Unit), din fondurile de cercetare ale Ministerului Sănătății (Italia) sau din fonduri aflate sub controlul organismului național de coordonare a luptei antidrog (Franța, Suedia). În România, cercetarea este finanțată prin organizații internaționale, cum este Fondul Global.

Activitatea de cercetare

Luând publicațiile științifice cu referenți drept indicator al activității științifice, analiza acestor publicații realizată pentru

Figura 1: Tendințele indexate din raportările de infracțiuni la regimul drogurilor în statele membre, 2000-2005



NB: Tendințele reprezintă informațiile disponibile despre numărul de raportări naționale de infracțiuni la regimul drogurilor (penale și nepenale) comunicate de toate agențiile de aplicare a legii din statele membre ale UE; toate seriile sunt indexate la 100 % în 2000 și ponderate în funcție de dimensiunea populației naționale, pentru a se desprinde tendința globală europeană.

Deoarece definițiile și unitățile de studiu diferă mult de la o țară la alta, s-a utilizat termenul general de „raportări de infracțiuni la regimul drogurilor”; pentru mai multe informații, a se vedea *Drug law offences: methods and definitions* [Infracțiuni la regimul drogurilor: metode și definiții], în Buletinul statistic 2007.

Țările care nu dispun de date pentru cel puțin doi ani consecutivi nu sunt incluse în calculul tendințelor: tendința globală se referă la 24 de țări, tendința pentru heroină la 14 țări, pentru cocaină la 14, iar pentru cannabis la 15.

A se vedea figura DLO-6 din buletinul statistic pentru a afla mai multe informații.

Sursă: Punctele focale naționale Reitox și, în ceea ce privește datele despre populație, <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>

2005 și 2006 și menționată în rapoartele naționale indică un model de priorități ale cercetării tematice care diferă de la o țară la alta.

Tratamentul dependenței pare a fi un subiect important de cercetare, majoritatea studiilor examinând diferite aspecte ale tratamentului de substituție. Cercetarea în vederea prevenirii reprezintă un procent mult mai mic din literatura științifică menționată în rapoartele naționale. Dintre cei cinci indicatori principali ai OEDT, publicațiile privind bolile infecțioase sunt cele mai numeroase, urmate de publicațiile privind prevalența consumului de droguri în rândul tinerilor.

Publicațiile științifice citate în rapoartele naționale diferă de la o țară la alta. Cercetarea privind tratamentul, în special tratamentul pentru consumatorii de droguri testați pozitiv cu hepatită C, este adesea menționată în raportul Germaniei, în timp ce raportul Țărilor de Jos se concentrează asupra noilor metodologii de tratament. Studiile de cercetare menționate de Regatul Unit se ocupă în special de aspectele legate de consumul problematic de droguri, de criminalitate și de piață. Cele câteva referințe la cercetarea neuroștiințifică provin în special din Țările de Jos;

⁽¹²⁾ În cazul unora dintre țările în care procentul de infracțiuni legate de consumul de cannabis a scăzut, este oportun să remarcăm faptul că numărul absolut de infracțiuni legate de consumul de cannabis este în creștere.

⁽¹³⁾ Faptul că media europeană nu reflectă creșterea numărului de infracțiuni legate de heroină care se regăsește în jumătate dintre țările raportoare se explică astfel: pe de o parte, țările pentru care nu există date timp de doi ani consecutivi nu sunt incluse în media europeană, iar, pe de altă parte, această medie ține seama de dimensiunile populațiilor naționale (acordând astfel o mai mare pondere cifrelor din anumite țări față de altele).

totuși, și MILDT, în Franța, a finanțat o serie de proiecte de cercetare în acest domeniu.

Câteva programe de cercetare lansate recent oferă exemple de priorități similare de cercetare la nivel național în statele membre. În prezent, finanțarea cercetării la nivel național în Germania este alocată pentru optimizarea serviciilor de tratament astfel încât acestea să facă față cererii de tratament, inclusiv în ceea ce privește cercetarea fundamentală. În 2006, Țările de Jos au lansat programul de cercetare „Comportamente de risc și dependență”. În Regatul Unit au fost inițiate recent studii privind calitatea sistemelor de tratament și consumatorii de droguri problematici foarte tineri. Noile state membre se concentrează mai ales pe constituirea bazei științifice a sistemelor lor de monitorizare, de exemplu prin anchete printre tineri.

Proiecte de cercetare la nivelul UE

Finanțarea la nivelul UE a cercetării privind drogurile este asigurată prin programele-cadru de cercetare, dintre care cel mai recent, Al șaptelea program-cadru (2007-2013), a fost lansat la sfârșitul lui 2006. Proiectele de cercetare ale căror rezultate au fost prezentate în 2005/2006 s-au dezvoltat din

tema „Calitatea vieții” abordată în Al cinci lea program-cadru de cercetare al UE (1998-2002). Printre acestea se numără „tratamentul cvasiobligatoriu al infractorilor toxicomani în Europa” (QCT), „Nevoia de sprijinire a consumatorilor de cocaină și de cocaină crack în Europa” (Cocineu) și „Serviciile integrate orientate spre diagnosticarea duală și spre recuperarea optimă a toxicomanilor” (ISADORA).

Drogurile și conducerea autovehiculelor, în Extrasele OEDT 2007

Consumul de substanțe psihoactive poate afecta capacitatea unei persoane de a conduce autovehicule, mărinđ pericolul producerii de accidente și rănirii altor persoane. Extrasul privind drogurile și conducerea autovehiculelor oferă o imagine generală asupra concluziilor diverselor tipuri de studii în legătură cu acest subiect, punând accentul pe canabis și pe benzodiazepine, precum și pe abordările preventive și juridice ale acestui comportament problematic.

Acest extras este disponibil în format tipărit și pe internet numai în limba engleză (<http://issues07.emcdda.europa.eu>).



Capitolul 2

Răspuns la problema drogurilor în Europa – o privire de ansamblu

Planul de acțiune al UE în domeniul drogurilor 2005-2008 solicită în mod special statelor membre să multiplice dispozițiile privind metode eficiente și diversificate de prevenire, tratament, reducere a riscurilor și reintegrare socială care să fie ușor accesibile. Aceste fațete ale problemei drogurilor în Europa vor fi discutate mai detaliat în prezentul capitol.

Strategiile de prevenire pot fi orientate spre diverse grupuri – de la populații în ansamblul lor la grupuri specifice de risc – iar metodele aplicate variază în consecință. Măsurile de tratament și de reducere a riscurilor sunt, de asemenea, disponibile consumatorilor și toxicomanilor, iar într-un număr considerabil de țări eficiența lor a fost evaluată prin studii privind rezultatele. Măsurile de reducere a riscurilor sunt destinate să prevină decesele legate de droguri și să reducă riscurile pentru sănătate, de exemplu infecțiile cu HIV sau hepatita C. Dependența de heroină este tratată, în general, prin terapii de substituție, iar în cazul dependenței de cannabis, amfetamină și cocaină au fost elaborate programe speciale. În eventualitatea în care tratamentul reușește, următorul pas este reintegrarea socială. După cum se va descrie în continuare, condițiile de viață ale multora dintre consumatorii de droguri sunt precare, iar strategiile de reintegrare socială se confruntă adesea cu probleme foarte mari.

Pentru fiecare tip de intervenție se oferă exemple din diferite țări și se discută rezultatele cercetării din perspectiva eficienței acestora sau din alte perspective.

Prevenirea

Efectele strategiilor individuale de prevenire nu pot să fie măsurate, în general, prin modificările prevalențelor de consum de droguri la nivelul populației. Cu toate acestea, fiecare strategie de prevenire poate fi comparată cu baza de dovezi acumulate, pentru a determina dacă intervenția este sau nu una bazată pe dovezi. Acest lucru impune necesitatea de a dispune de informații de calitate despre conținutul, aria de acoperire și numărul de intervenții de prevenire.

Îmbunătățirea informațiilor disponibile: monitorizarea, controlul calității și evaluarea

Statele membre monitorizează într-o măsură tot mai mare intervențiile de prevenire și, ca urmare, furnizează date privind conținutul și disponibilitatea intervențiilor.

Germania, Țările de Jos și Norvegia au extins aria de acoperire a informațiilor. Grecia, Cipru, Lituania și Italia monitorizează prevenirea în școli, în timp ce în Grecia, Polonia, Suedia și Finlanda sunt în fază de studiu serviciile de prevenire în cadrul comunității, iar Franța a instituit un sistem centralizat de monitorizare a prevenirii. Anumite țări (Republica Cehă, Regiunea Autonomă a Galiciei din Spania, Ungaria și Norvegia) se concentrează deja pe baza de dovezi atunci când primesc cereri de finanțare a unor intervenții și studiază posibilitatea de a introduce sisteme de acreditare. Portugalia, Finlanda și România au standarde minime de calitate pentru programele de prevenire.

Informațiile primite din Ungaria și din Țările de Jos sugerează că existența sistemelor de monitorizare a prevenirii și utilizarea standardelor minime de calitate determină o raportare mai bună despre proiecte și evaluări și o calitate mai înaltă a intervențiilor.

Majoritatea programelor de prevenire nu sunt evaluate. Cele care sunt evaluate sunt apreciate, de obicei, în termeni de „domeniu de aplicare și acceptarea intervenției”, mai degrabă decât din perspectiva „gradului de realizare a obiectivelor” (raportul național al Greciei).

În ultimii câțiva ani, s-au realizat analize ale eficienței prevenirii în Germania (Bühler și Kröger, 2006) și în Regatul Unit (Canning *et al.*, 2004; Jones *et al.*, 2006), precum și de către Organizația Mondială a Sănătății (Hawks *et al.*, 2002). Acestea sunt utile pentru definirea bunelor practici în strategiile de prevenire. Cel mai recent și mai cuprinzător studiu (Bühler și Kröger, 2006) a evaluat 49 de analize generale de înaltă calitate, de tipul analizelor și al metaanalizelor, în domeniul prevenirii abuzului de substanțe, și a desprins concluzii privind strategiile eficiente de prevenire în domeniul drogurilor. În secțiunile următoare se discută eficiența diferitelor tipuri de strategii de prevenire, pe baza rezultatelor studiului menționat și ale altor studii.

Campanii mass-media

Hawks *et al.* (2002), în conformitate cu HDA (2004), conchide că „utilizarea exclusiv a mass-media, mai ales în prezența altor influențe contrare, nu s-a dovedit a fi o modalitate eficientă de reducere a diferitelor tipuri de consum de substanțe psihoactive. Cu toate acestea, s-a constatat că utilizarea mass-media crește nivelul de informare și sprijină inițiativele privind politicile.” În același timp, alte

Practica documentată

Practicile documentate sunt intervențiile (de exemplu tratamentul dependenței) despre care s-a dovedit cu consecvență, pe baza unor investigații științifice (de exemplu, prin studii de cercetare), că duc la rezultatele dorite în ceea ce-i privește pe pacienți (de exemplu, reducerea consumului de droguri). Criteriile utilizate în general pentru a stabili dacă o intervenție poate fi considerată o practică documentată sunt eficacitatea și eficiența (Brown *et al.*, 2000; Flay *et al.*, 2005).

Eficacitatea este măsura calității funcționării unei intervenții în condiții de cercetare ideale. Eficacitatea este stabilită în mod ideal prin efectuarea unui studiu clinic controlat, în care anumiți participanți beneficiază de intervenție în condiții de testare, în timp ce un alt grup de control beneficiază de o altă intervenție sau de nici una sau, și mai bine, prin efectuarea unui studiu clinic randomizat controlat, în care participanții sunt orientați în mod aleatoriu spre una dintre cele două intervenții (Cochrane Collaboration, 2007). Se consideră, în general, că numai studiile clinice controlate randomizate sau studiile clinice controlate, de preferință combinate cu evaluarea proceselor, pot stabili eficiența unei intervenții și, astfel, pot oferi o bază pentru viitoarele practici și politici.

Din păcate totuși, orientarea aleatorie a participanților fie spre o intervenție, fie spre un grup de control nu este întotdeauna fezabilă.

Eficiența este măsura calității funcționării unei intervenții în condiții reale. În mod frecvent, intervențiile care s-au dovedit a fi promițătoare în condiții de studiu clinic controlat sunt aplicate apoi în comunitate, pentru a se investiga cât de bine

funcționează în condiții reale. Studiile de eficiență, de exemplu studiile asupra rezultatelor tratamentului, se axează în primul rând pe impactul intervenției asupra sănătății sau pe alte rezultate relevante drept mijloc de stabilire a dovezilor pentru aspectele care dau rezultate.

Procesul de stabilire a dovezilor este totuși complicat de faptul că există opinii divergente despre cum ar trebui evaluată calitatea studiilor de cercetare care investighează eficacitatea sau eficiența și despre tipul de metodă de cercetare (de exemplu, cantitativă sau calitativă) cel mai potrivit pentru a stabili dovezi ale aspectelor care dau rezultate. Drept consecință, concluziile despre ceea ce dă rezultate pot varia. Rămâne în continuare dificilă determinarea modului de evaluare și de apreciere a diferitelor surse de dovezi în procesul de luare a deciziilor. Acest lucru va fi și mai dificil în cazul intervențiilor a căror eficiență nu a fost încă stabilită pe baza unor dovezi detaliate, dar care este atestată de experiență.

În ciuda acestor dificultăți, principala ipoteză rămâne că dovezile pot contribui la îmbunătățirea practicii și politicilor medicale și că trebuie promovată discutarea practicilor bazate pe dovezi, însoțită de criterii clare de evaluare a dovezilor.

Pentru a contribui la acest schimb și pentru difuzarea mai mare a practicilor bazate pe dovezi, OEDT lucrează în prezent la crearea unui portal online care va oferi o imagine de ansamblu asupra celor mai recente dovezi disponibile privind eficiența diferitelor intervenții, precum și instrumente prin care se poate îmbunătăți calitatea intervențiilor și exemple concrete de bune practici aplicate de statele membre ale UE. Colaborarea Cochrane va reprezenta o importantă sursă de informații pentru portal.

dovezi arată că orice campanie mass-media poate avea efecte pozitive dacă este utilizată ca măsură de sprijin pentru consolidarea altor strategii (Bühler și Kröger, 2006).

În Scoția, în cadrul unei evaluări a campaniei anticocaină *Know the score*, studiul efectuat de Binnie *et al.* (2006) a demonstrat că 30 % dintre consumatori au fost mai puțin dispuși să consume cocaină după ce au văzut reclamele, 56 % au raportat că urmărirea campaniei nu le-a schimbat intențiile de a consuma cocaină, iar 11 % au declarat că în urma campaniei au fost și mai dispuși spre consum. În plus, recenta reevaluare a campaniei anticannabis a guvernului SUA a confirmat unele concluzii anterioare conform cărora, în vreme ce campania (în ciuda ratelor pozitive de receptare a mesajului și a diferențierii pe grupuri-jintă) nu a avut nici un efect asupra atitudinilor tinerilor neconsumatori față de consumul de cannabis, expunerea la respectiva campanie poate fi asociată cu efectul nefavorabil asupra percepției pe care o au tinerii față de consumul de marijuana de către alții (GAO, 2006).

În câteva cazuri izolate s-a produs totuși o deplasare a accentului de la extinderea cunoașterii (scopul majorității campaniilor mass-media) la oferirea de informații social-emoționale (încercarea de a schimba percepția despre, de exemplu, consumul de cannabis). De exemplu,

în Țările de Jos o campanie a folosit mesajul „Nu ești nebul dacă nu fumezi cannabis, pentru că nici alți 80 % dintre tineri nu fumează”⁽¹⁴⁾. De asemenea, câteva elemente ale campaniilor naționale de prevenire a consumului de droguri din Irlanda încearcă să destrame câteva dintre miturile care s-au jucat în jurul cannabisului, cum este faptul că ar fi „organic” și „natural”.

Strategii de proximitate privind substanțele legale

S-a demonstrat că o creștere a prețului unei substanțe și/sau a limitei legale de vârstă pentru consumul acesteia are un efect pozitiv asupra reducerii consumului, dar este aplicabilă doar în cazul substanțelor legale, cum sunt alcoolul și tutunul (Bühler și Kröger, 2006). Astfel de strategii de proximitate au fost până în prezent un fenomen specific țărilor nordice sau SUA, concentrându-se în special pe alcool și dând rezultate promițătoare (Lohrmann *et al.*, 2005; Stafström *et al.*, 2006). Totuși, apar din ce în ce mai multe abordări comunitare cuprinzătoare care tratează alcoolul și tutunul în mod similar cu substanțele ilegale. Belgia, Bulgaria, Danemarca, Lituania, Luxemburg, Țările de Jos, Polonia, Slovacia și Norvegia raportează în prezent existența unor strategii la nivelul comunității sau a unor discuții în jurul introducerii

(14) A se vedea <http://www.drugsinfo.nl>

de taxe suplimentare sau de legi care să reglementeze disponibilitatea alcoolului și a tutunului. Acest tip de strategii urmăresc reducerea consumului în rândul tinerilor, crearea de zone libere de alcool sau creșterea securității în localurile de noapte. În ceea ce privește școlile, studii recente din Europa (Kuntsche și Jordan, 2006) și din alte zone (Aveyard *et al.*, 2004) confirmă influența puternică a cadrului normativ și a rețelelor neoficiale asupra comportamentului de consum al drogurilor legale și al cannabisului. Introducerea regulilor în școli se bucură în prezent de o atenție sporită în Germania, Irlanda și Italia ⁽¹⁵⁾.

Prevenirea universală

Programele interactive bazate pe modelul influenței sociale sau al aptitudinii de integrare socială s-au dovedit eficiente în școli, dar măsurile individuale adoptate în izolare (de exemplu, simpla comunicare de informații, educația afectivă sau alte măsuri non-interactive) au primit o apreciere negativă (Bühler și Kröger, 2006). Din motive organizatorice, prevenirea în școli este, de obicei, responsabilitatea autorităților locale, în special în țările nordice, Franța și Polonia.

Unii comentatori au sugerat că programele care îmbină educația pentru sănătate cu educarea în vederea dobândirii aptitudinilor de integrare socială produc schimbări mai mari decât programele simple de educare a aptitudinilor, arătând că este optim să se integreze intervențiile într-o programă bine construită de educație pentru sănătate (Hawks *et al.*, 2002). Acest model pare să fi fost realizat în majoritatea statelor membre. De asemenea, mai multe state membre (de exemplu, Italia, Lituania, Țările de Jos, Slovacia, Regatul Unit) abordează prevenirea consumului de droguri împreună cu sănătatea și cu aspecte sociale cum ar fi violența, problemele de sănătate mintală, excluderea socială, rezultatele școlare slabe și consumul de tutun și de alcool, toate acestea sub umbrela prevenirii în domeniul sănătății publice, ceea ce permite o mai bună concentrare asupra reacțiilor specifice la necesitățile grupurilor vulnerabile.

Un motiv invocat adesea pentru neimplementarea programelor-model este că acestea nu s-ar putea adapta la condițiile locale și că nu ar trata nevoile comunităților individuale (Ives, 2006). Cu toate acestea, un contraargument este că programele standardizate de prevenire oferă avantaje prin faptul că protocoalele furnizează orientări clare ce permit crearea de infrastructuri de învățământ și sisteme de formare a profesorilor stabile, lucru ce facilitează utilizarea unor standarde comune de implementare, chiar și în cazurile în care specificul școlilor și al comunităților este foarte disparat.

În multe state membre (Bulgaria, Italia, Letonia, Lituania, Luxemburg, Austria, România), conținutul programelor de prevenire se axează pe sensibilizarea publicului, pe

informare și pe organizarea de evenimente izolate (cum sunt vizitele experților) ⁽¹⁶⁾, în ciuda dovezilor care sugerează că alte metode ar putea fi mai eficiente.

Programele de influență socială în școli sunt larg răspândite, în special în Regatul Unit și în țări care oferă programe standardizate, cum sunt Germania, Irlanda, Grecia, Spania, Norvegia și, în curând, Danemarca.

În ceea ce privește prevenirea în cadrul comunităților, 12 state membre raportează că majoritatea sau toate municipalitățile dispun de planuri în domeniul drogurilor și că în zece țări aceste planuri reprezintă o prioritate politică. Acest tip de programe îmbracă în principal forma evenimentelor de informare și, într-o măsură mai mică, a promovării unor modele alternative de ocupare a timpului liber. Prevenirea universală în cadrul familiei constă în special din reuniuni ale părinților sau în sesiuni de informare a acestora și, mai rar, din sesiuni de instruire intensivă a părinților.

Prevenirea selectivă

Statele membre acordă tot mai multă atenție strategiilor de prevenire orientate spre comunitățile vulnerabile în ansamblul lor ⁽¹⁷⁾. Acest fapt implică necesitatea de a identifica acest tip de comunități, de exemplu prin utilizarea unor instrumente standardizate de evaluare, cum este indicele de precaritate multiplă (*Index of Multiple Deprivation*) folosit în Regatul Unit, sau prin indicatori socioeconomici, cum sunt standardele din domeniul condițiilor de locuit sau al educației (numărul de elevi rămași în urmă cu școlarizarea sau numărul de elevi care beneficiază de subvenții).

Odată ce s-au identificat comunitățile-țintă (de exemplu, Franța recunoaște „zonele urbane sensibile” sau, în cazul școlilor, „zonele educaționale prioritare”), se pot direcționa fonduri suplimentare către aceste grupuri defavorizate. În Irlanda, Cipru și Regatul Unit se aplică proiecte de prevenire selectivă în majoritatea acestor zone, iar în Portugalia o strategie de acest gen este în curs de implementare. Tipurile de măsuri variază de la serviciile de consiliere din Estonia, Grecia, Franța și Slovacia la proiectele de intervenție de proximitate din Luxemburg și Austria, orientate uneori în mod specific spre anumite grupuri etnice. De asemenea, anumite noi state membre (Bulgaria, Ungaria, Lituania, Polonia și România) raportează multe intervenții care vizează familiile vulnerabile. În majoritatea statelor membre, accentul se pune pe consumul de droguri în familie, deși în câteva țări (Grecia, Lituania, Ungaria, Regatul Unit) s-a adoptat o abordare mai largă, orientată spre toate familiile defavorizate din punct de vedere social.

Utilizate și în cadrul prevenirii universale, abordările de tip *peer to peer* sunt raportate tot mai mult în situațiile de

⁽¹⁵⁾ A se vedea și <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=19197>

⁽¹⁶⁾ Date din SQ 22 și 25.

⁽¹⁷⁾ Pentru a afla mai multe informații despre prevenirea selectivă, în special despre grupurile și factorii de risc, a se vedea rapoartele anuale anterioare și extrasul din 2007 privind consumul de droguri în rândul minorilor.

aplicare a prevenirii selective (Irlanda, Țările de Jos, Austria, Polonia și Norvegia). În analiza lor asupra abordărilor de tip *peer to peer*, Parkin și McKeganey (2000) au conchis că cel mai mare impact al acestui tip de programe se produce asupra colegilor educatori înșiși, mai degrabă decât asupra grupului-țintă. Se pare că abordările de acest tip au o eficiență mai mare în schimbarea cunoștințelor și a atitudinilor decât în schimbarea comportamentelor. Proiectele de tip *peer to peer* sunt rareori evaluate, dar, în cazurile în care se întâmplă acest lucru (de exemplu, *Free Style* în Norvegia), se evaluează de obicei doar succesul înregistrat în recrutarea de tineri lideri în școli și dacă s-au consolidat sau nu cunoștințele sau atitudinile colegilor lideri.

Deși prevenirea selectivă câștigă popularitate, este nevoie de prudență, mai ales atunci când se promovează implicarea în programele de tip *peer to peer* a tinerilor cu comportament de risc (Cho *et al.*, 2005; Dishion și Dodge, 2005), deoarece în cadrul grupurilor vulnerabile se pot propaga „efecte contagioase” negative. Aceste efecte involuntare provocate de intervenția în sine pot duce la creșterea consumului substanței sau a comportamentului de risc. Din păcate, acest gen de rezultate nedorite nu se limitează doar la prevenirea selectivă, ci se observă și în cazul informării prin mass-media, precum și în cazul evenimentelor de prevenire individuală (a se vedea mai sus).

Tratament și reacții de reducere a riscurilor

Evoluții recente ale sistemelor de tratament

Marea parte a tratamentelor oferite consumatorilor de droguri se desfășoară în regim ambulatoriu, inclusiv în cabinete de medicină generală. Extinderea rețelei centrelor de tratament în regim ambulatoriu a continuat în ultimii ani, producându-se o nouă expansiune geografică în mai multe țări, printre care Bulgaria, Estonia, Grecia, Lituania, România și Finlanda; în schimb, numărul de centre de tratament care oferă asistență în regim de internare a rămas stabil în majoritatea țărilor.

Printre țările în care acoperirea geografică națională a centrelor de tratament specializat în acordarea de asistență pentru consum de droguri este neuniformă se numără Letonia, Ungaria, Slovacia și România. În ciuda extinderilor recente ale rețelei de furnizori de servicii, există în continuare liste de așteptare pentru tratamentul de substituție în Grecia, precum și în Ungaria și Polonia.

Tratamentul administrat în centre spitalicești, care era înainte tipul predominant de abordare pentru consumul de heroină în multe țări europene, este mai puțin răspândit în prezent, iar majoritatea consumatorilor de opiacee sunt tratați în ambulatoriu. Serviciile de tratament spitalicesc sunt însă din ce în ce mai importante pentru îngrijirea consumatorilor de droguri mai în vârstă sau cu antecedente îndelungate de consum, care au nevoi mai complexe de tratament,

din cauza coexistenței unei comorbidități grave somatice și psihologice. Filozofia centrelor cu internare și modul în care funcționează acestea s-au modificat considerabil de-a lungul anilor, ca reacție la nevoile în permanentă schimbare. Furnizarea, în același centru, a tratamentului și a îngrijirilor medicale, inclusiv a tratamentelor psihiatrice, a tratamentului antiretroviral intens activ și a tratamentului bolilor de ficat este mai răspândită în prezent, iar utilizarea tratamentului de menținere în vederea stabilizării pacienților a crescut.

Caracteristicile consumatorilor de droguri care primesc tratament în ambulatoriu

Datele obținute din indicatorul aferent cererii de tratament pot fi utilizate pentru a caracteriza situația socioeconomică a pacienților care frecventează centrele de tratament și, într-o anumită măsură, a tuturor consumatorilor de droguri ⁽¹⁸⁾. Deoarece tratamentul în ambulatoriu este mai accesibil și mai puțin selectiv în majoritatea țărilor, se poate extrapola de la acest grup de pacienți la ansamblul consumatorilor de droguri.

În 2005, 20 de țări europene din 29 au raportat informații privind 315 300 pacienți care frecventau centrele de tratament în ambulatoriu. Datele proveneau de la peste 4 000 de unități de tratament. Aproximativ jumătate (53 %) dintre pacienți sunt tratați pentru consum de opiacee (drog principal), iar cealaltă jumătate pentru alte droguri, în special canabis (22 %) și cocaină (16 %). Drogul care este consumat cel mai mult ca drog principal variază de la o țară la alta.

Aproximativ 80 % dintre pacienții tratați în ambulatoriu sunt bărbați, cu vârsta medie în jur de 30 de ani (28 de ani la pacienții noi), iar condițiile lor de trai sunt, în general, precare în comparație cu populația totală din același segment de vârstă. În jur de 60 % dintre pacienții tratați în ambulatoriu nu și-au continuat educația mai departe de învățământul primar, iar în jur de o zecime dintre aceștia nu au încheiat nici școala primară. Aproximativ jumătate dintre pacienți aveau un loc de muncă înainte de a începe tratamentul în ambulatoriu, iar cealaltă jumătate erau șomeri; majoritatea pacienților tratați în ambulatoriu au locuințe stabile (85 %), 40 % dintre ei locuind cu părinții, iar 19 % singuri. O minoritate considerabilă a pacienților tratați în ambulatoriu (15 %) locuiesc cu copiii lor, fie singuri, fie cu partenerul, ceea ce constituie un aspect care complică viața consumatorului de droguri și un factor de risc pentru copii.

Informațiile despre situația socioeconomică a pacienților toxicomani aflați în tratament sunt completate de informațiile naționale din anumite țări, defalcate în funcție de principala substanță consumată. De exemplu, în Germania, 67 % dintre consumatorii de heroină sunt șomeri sau inactivi din punct de vedere economic, față de 53 % dintre consumatorii de cocaină și de 35 % dintre consumatorii de canabis, iar 74 % dintre consumatorii de opiacee au un nivel de educație scăzut, față de 63 % dintre consumatorii de cocaină (Sonntag *et al.*, 2006).

⁽¹⁸⁾ A se vedea tabelele și graficele TDI din Buletinul statistic 2007 pentru a afla mai multe detalii privind cifrele menționate în prezenta secțiune.

Noi evoluții

În mai multe țări s-au creat recent centre specializate care sunt destinate anumitor grupuri specifice de consumatori de droguri: de exemplu, femeilor, consumatorilor de droguri injectabile fără locuință, persoanelor care practică sexul comercial sau consumatorilor tineri și foarte tineri (a se vedea extrasul din 2007 privind consumul de droguri în rândul minorilor). În alte țări, opțiunile de tratament farmacologic au fost extinse pentru a acoperi nevoile grupurilor specifice de consumatori, în vederea creșterii numărului de consumatori tratați. De exemplu, tratamentul de menținere cu buprenorfină este acum autorizat în Malta ⁽¹⁹⁾.

Tratamentul diferitelor grupuri de consumatori de droguri

Statele membre sunt din ce în ce mai conștiente de importanța furnizării de servicii adecvate de tratament consumatorilor problematici de canabis și de cocaină. În cazul canabisului, programele de tratament, de consiliere și de prevenire din Europa sunt adesea interrelaționate, astfel încât să ajungă la un număr mare de consumatori. Se implementează noi strategii de comunicare, de exemplu utilizarea internetului, pentru a se ajunge la consumatorii de canabis la care consumul se situează undeva între experimental și problematic. Serviciile și programele de tratament specifice pentru canabis, care până în prezent nu au fost furnizate pe scară largă în Europa, sunt acum în curs de dezvoltare (a se vedea capitolul 3).

De asemenea, statele membre în care există o cerere mare de tratament pentru cocaină încep să comande studii în acest domeniu; acest aspect este complicat de faptul că consumatorii de cocaină pulbere și cocaină crack aparțin, în general, unor grupuri sociale foarte diferite (a se vedea capitolul 5). Cu toate acestea, în prezent, din cauza lipsei de servicii specifice, marea majoritate a consumatorilor de psihostimulente, inclusiv consumatorii de amfetamină, sunt tratați în cadrul serviciilor tradiționale, orientate spre opiacee; astfel, se face simțită nevoia de pregătire în acest sens a personalului din serviciile de tratament și a clinicienilor în întreaga Europă.

Tratamentul dependenței de heroină

După includerea în programele politice ca reacție la consumul de heroină, în a doua jumătate a anilor '80, tratamentul de substituție a devenit opțiunea predominantă de tratament al dependenței de opiacee în majoritatea țărilor (Figura 2).

Principalele droguri de substituție utilizate sunt metadona și buprenorfină. La modul ideal, tratamentul farmacologic ar trebui combinat cu consiliere psihologică și asistență socială. Tratamentul de substituție este administrat, de obicei, în ambulatoriu, în centre specializate în tratamentul dependenței, dar există din ce în ce mai multe cazuri de practică medicală privată în care se oferă acest tip de

Cadrul legislativ al tratamentului de substituție

În 2006, s-a realizat un studiu în cadrul rețelei specializate de corespondenți juridici, pentru a obține mai multe informații despre legislație și despre reglementările oficiale privind criteriile de admitere la tratamentul de substituție, precum și despre practicile de prescriere și de administrare a tratamentului. S-au obținut rezultate din 17 țări, completându-se cu date suplimentare un raport din 2003 al bazei de date legislative europene privind drogurile ⁽¹⁾.

Domeniul de aplicare a cadrului legislativ variază considerabil de la un stat membru la altul. În unele țări, de exemplu în Belgia, tratamentul de substituție este prevăzut printr-o lege specială adoptată de parlament, în timp ce în altele, de exemplu în Cipru, aplicarea tratamentului face obiectul interpretății legislației privind substanțele controlate. Există în permanență un compromis între rigoarea și flexibilitatea cadrului legislativ.

Substanțele care pot fi folosite în tratamentul de substituție sunt, de obicei, definite prin lege. În majoritatea cazurilor, doar metadona și buprenorfină (sau doar metadona) pot fi prescrise, deși, în câteva țări, sunt permise și alte droguri, precum morfina sau codeina. În mod similar, în aproape toate țările, criteriile naționale de admitere sunt prevăzute fie prin lege, fie prin decrete ministeriale sau instrucțiuni. Cele mai obișnuite criterii sunt diagnosticarea dependenței și stabilirea unei vârste minime, deși există și necesitatea de a dovedi că s-a aplicat anterior un tratament fără droguri, dar care nu a avut succes. În anumite țări, sancțiunile pentru încălcarea regulilor de tratament sunt stabilite în legislațiile naționale, în timp ce, în altele, acest aspect rămâne la latitudinea fiecărui centru de tratament.

Legislația definește, de asemenea, persoanele autorizate să prescrie acest tratament. În primul rând este vorba despre medicii din centrele de tratament, deși, în anumite țări, orice medic sau anumii medici instruiți sau acreditați în acest sens pot să prescrie tratamentul. În practică, sunt rare cazurile în care medicii din afara centrelor de tratament prescriu tratamentul de substituție ⁽²⁾. Dozele maxime sunt rareori definite în legislație. Pentru a preveni duplicarea rețetelor, majoritatea țărilor utilizează formulare speciale de rețetă, deși în mai multe țări există un registru central, iar câteva eliberează carduri speciale de identitate pacientului. Centrele ambulatorii autorizate sunt, de asemenea, specificate de obicei în legislație, în cea mai mare parte farmaciile sau centre de tratament, deși anumite țări permit și medicilor să administreze tratamentul. În sfârșit, în majoritatea țărilor a fost instituit un sistem de prescriere a medicamentelor pe rețetă, prin lege, orientări sau pur și simplu se tolerează practica, însă sunt și câteva cazuri în care această practică este strict interzisă.

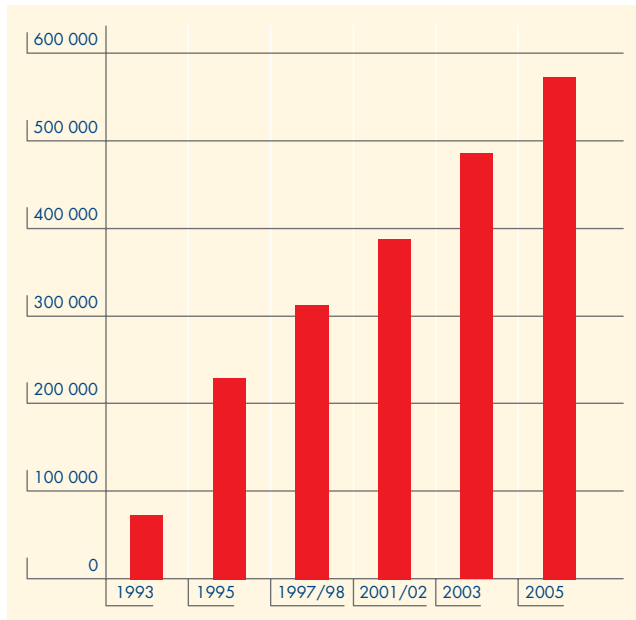
⁽¹⁾ Puteți afla mai multe detalii de la <http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5036>

⁽²⁾ A se vedea tabelul HSR-6 din Buletinul statistic 2007.

tratament. În unele țări, de exemplu, în Germania, Franța și Regatul Unit, medicii generaliști sunt foarte implicați în tratarea consumatorilor de droguri. În alte țări, nivelul

⁽¹⁹⁾ A se vedea „Practica de prescriere a tratamentului de substituție în Europa”, p. 66.

Figura 2: Disponibilitatea estimativă a tratamentului de substituție cu opiacee în statele membre ale UE-15, 1993-2005



NB: Pentru informații suplimentare, a se vedea tabelele HSR-7 și HSR-8 și figurile HSR-1 și HSR-5 din Buletinul statistic 2007.

Surse: Punctele focale naționale și rapoartele acestora; a se vedea figura HSR-5 din Buletinul statistic 2007 pentru lista detaliată a surselor.

de implicare a medicilor din cadrul comunităților este încă limitat, fie din considerente juridice, fie din cauza lipsei de interes pentru tratarea dependenței de droguri ⁽²⁰⁾. Controlul calității a fost și el inclus pe agenda mai multor țări, ceea ce a dus la înăsprirea reglementărilor și a cerințelor de formare sau la creșterea nivelurilor de supraveghere și de monitorizare ⁽²¹⁾. Tratarea dependenței de opiacee este analizată mai detaliat în capitolul 6.

Reacții de reducere a riscurilor

Prevenirea bolilor infecțioase și reducerea deceselor legate de droguri sunt obiectivele centrale ale UE la problema drogurilor, prin actualul plan de acțiune stabilindu-se obiectivul de a crește disponibilitatea și posibilitatea de acces la serviciile și centrele de prevenire și de reducere a riscurilor asupra sănătății.

În aprilie 2007, Comisia Europeană a prezentat Consiliului și Parlamentului European un raport privind punerea în aplicare a Recomandării Consiliului din 18 iunie 2003 privind prevenirea și reducerea riscurilor asupra sănătății cauzate de dependența de droguri ⁽²²⁾. Raportul menționează că reducerea riscurilor reprezintă un obiectiv de sănătate publică definit la nivel național în toate statele

membre. Documentul de fond care însoțește raportul Comisiei oferă o imagine cuprinzătoare la nivel european a politicilor și intervențiilor din domeniul reducerii riscurilor asociate consumului de droguri. Se bazează pe informații oferite în special de factorii de decizie politică, de experții Reitox și de asociațiile de cetățeni. Documentul de fond conține și inventare masive referitoare la fiecare țară în parte ⁽²³⁾.

Recomandarea Consiliului a determinat mai multe țări să-și alinieze politicile naționale la strategia europeană și să pună accent mai mare pe extinderea serviciilor de reducere a riscurilor. Recomandarea pare să aibă o mare influență în special în țările care au aderat la UE în 2004.

Reintegrarea socială

Condițiile precare de locuit, locurile de muncă instabile și un istoric de detenție sunt indicatorii excluderii sociale care caracterizează viața a numeroși consumatori de droguri. În multe țări europene, numărul de consumatori problematici de droguri contactați, reținuți la tratament și incluși în programele de tratament de substituție este mai mare ca oricând, ceea ce înseamnă o creștere considerabilă a cererii de locuințe, educație, locuri de muncă și asistență juridică. Prin urmare, sistemele de asistență se văd nevoite să aibă reacții noi, adaptate la noile profiluri ale pacienților, care sunt adesea caracterizați de nevoi multiple. Reintegrarea socială s-a consacrat drept un factor determinant al succesului pe termen lung al tratamentului.

În anumite țări, sectorul reintegrării se bucură de tot mai multă atenție și de investiții din sfera politică, iar în multe țări standardele tratamentului de menținere includ punerea la dispoziția pacienților a serviciilor de asistență și de reintegrare socială. De exemplu, analiza intermediară a strategiei privind drogurile din Irlanda a recomandat includerea reabilitării drept al cincilea pilon al strategiei, în vreme ce, în Danemarca, Ministerul Ocupării Forței de Muncă și Ministerul Afacerilor Sociale au lansat noi programe pentru grupurile vulnerabile (programe de „responsabilitate partajată”). Un alt exemplu este strategia guvernului norvegian de prevenire și combatere a pierderii locuinței, strategie care stabilește obiective măsurabile precum reducerea evacuărilor și creșterea accesibilității locuințelor permanente, astfel încât locuința temporară să devină o excepție. Tot în Norvegia, un plan de acțiune pentru combaterea sărăciei include un program de subvenții care, în 2006, a alocat 6,5 milioane EUR pentru furnizarea unor servicii de monitorizare rezidențială pentru persoanele fără locuință și pentru consumatorii de alcool și de droguri. În plus, Grecia, Franța, Italia, Lituania, Austria, Portugalia și Slovacia participă la inițiativa EQUAL a Comisiei în domeniul ocupării forței de muncă și al integrării sociale ⁽²⁴⁾.

⁽²⁰⁾ A se vedea „Cadru legislativ al tratamentului de substituție” (p. 32) și <http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5036>

⁽²¹⁾ A se vedea și p. 67.

⁽²²⁾ Recomandarea Consiliului din 18 iunie 2003 privind prevenirea și reducerea riscurilor asupra sănătății cauzate de dependența de droguri (JO L 165, 3.7.2003, p. 31).

⁽²³⁾ Ambele documente sunt disponibile la: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug/drug_rec_en.htm#1

⁽²⁴⁾ http://ec.europa.eu/employment_social/equal/index_en.cfm

UE a încurajat, de asemenea, crearea unui cadru numit „Metoda deschisă de coordonare” (OMC), prin care statele membre își coordonează politicile de combatere a sărăciei și a excluderii sociale cu ajutorul unui proces de schimb de politici și de învățare reciprocă.

Măsurile de reintegrare reflectă diferitele realități naționale socioculturale și economice din Europa, dar, în același timp, indică o oarecare diversitate în ceea ce privește obiectivele, grupurile-țintă și condițiile concrete de acțiune. De exemplu, Bulgaria și România sunt singurele țări care mai aplică proiecte specifice de reintegrare socială pentru copiii străzii.

Programele și acțiunile din multe țări nu sunt orientate în mod specific către consumatorii de droguri, ci se adresează grupurilor sociale vulnerabile în general și sunt implementate în mod tipic la nivel local sau regional. Astfel, *plans de prévention de proximité* (PPP) instituite de guvernul valon în 2003 abordează la nivel local sărăcia și dependența ca două aspecte interrelaționate, în timp ce, în Danemarca, Legea privind serviciile sociale obligă municipalitățile să prevadă un plan de acțiune socială pentru toți consumatorii de droguri. În mod similar, autoritățile locale din Polonia

au obligația legală de a reintegra social consumatorii de droguri, iar în Țările de Jos majoritatea noilor servicii de reintegrare socială sunt inițiate de municipalități. În fine, în Germania, sistemul de adăposturi, educația și locuințele sunt asigurate la nivel de landuri sau de municipalități, în vreme ce programele federale pentru persoanele cu dizabilități oferă asistență pentru integrarea profesională a consumatorilor de droguri.

Asistența în domeniul locuințelor variază de la adăposturi de urgență, cămine și centre rezidențiale pe termen scurt la apartamente temporare, cazare asistată și subvenții pentru chirie. Pentru a evita „condamnarea” pacienților la o dependență de servicii pe termen lung, se studiază soluții inovatoare în domeniul asistenței pentru locuințe și al gestiunii financiare. De exemplu, în Danemarca, pacienții care locuiesc în apartamente primite în cadrul serviciilor de reintegrare beneficiază de instruire pentru păstrarea locuinței, menite să reducă posibilele probleme viitoare pe care le vor întâmpina atunci când își vor administra propria locuință, iar în Regatul Unit pacienții primesc consiliere cu privire la cum să-și facă cumpărăturile, să gătească și să gestioneze bugetul gospodăriei.

Studii naționale privind rezultatele tratamentelor

Trei state membre (Irlanda, Italia, Regatul Unit) au derulat studii naționale privind rezultatele tratamentelor, menite să investigheze rezultatele obținute din administrarea tratamentelor prin monitorizarea în timp a unui grup de consumatori problematici de droguri incluși în centre de tratament diferite. O caracteristică importantă a studiilor este aceea că investighează rezultatele tratamentelor din serviciile existente în circumstanțe clinice cotidiene. Modalitățile obișnuite de tratament examinate includ menținerea cu metadonă, dezintoxicarea substitutivă cu metadonă, dezintoxicarea și intervențiile de tip „drog zero”, cum sunt comunitățile terapeutice și consilierea. Consumul de droguri, sănătatea fizică și psihologică, reținerea la tratament și comportamentul criminal sunt principalele variabile utilizate pentru evaluarea rezultatelor.

În Italia, studiul Vedette (1998-2001) a urmărit evaluarea eficienței tratamentului oferit în centrele publice de tratament din întreaga țară. Menținerea în tratament și mortalitatea în rândul consumatorilor de heroină au fost principalele variabile pentru evaluarea rezultatelor. În prezent, s-au inițiat trei studii ale rezultatelor tratamentului în Regatul Unit. Primul a fost National Treatment Outcome Research Study (NTORS) [Studiul național de cercetare a rezultatelor tratamentului], realizat de National Addiction Centre [Centrul național pentru dependență] în Anglia și Țara Galilor între 1995 și 2000. Acesta a investigat rezultatele tratamentului în programele de tratament în centre spitalicești sau în comunitate. Au existat câteva concluzii pozitive, cum sunt ratele crescute de abținere de la consumul ilegal de droguri, reducerea frecvenței consumului de droguri, reducerea criminalității și îmbunătățirea stării de sănătate. Totuși, câteva rezultate pe termen mai lung observate în perioada de cinci ani au fost mai puțin mulțumitoare, de exemplu îmbunătățirea

consumului de cocaină crack de la începutul perioadei s-a inversat după patru-cinci ani și mulți dintre consumatorii de droguri au continuat să consume și cantități masive de alcool (Gossop *et al.*, 2001).

O actualizare a studiului NTORS va fi oferită de Drug Treatment Outcomes Research Study (DTORS) [Studiul de cercetare privind rezultatele tratamentului dependenței de droguri] realizat în prezent la Universitatea din Manchester. Acest studiu a fost inițiat în 2006 și va monitoriza consumatori de droguri din întreaga Anglie pe o perioadă de 12 luni. Studiul vizează evaluarea impactului tratamentului dependenței printr-o serie de măsurători ale rezultatelor și se concentrează pe o analiză din care să reiasă care modalități de tratament produc cele mai bune rezultate la anumite subgrupuri de consumatori de droguri. În Scoția, Drug Outcome Research Study (DORIS) [Studiul de cercetare privind rezultatele în domeniul drogurilor], realizat de Universitatea din Glasgow, a fost inițiat în 2001. Acesta examinează impactul și eficiența serviciilor de tratament din cadrul centrelor de tratament, inclusiv a serviciilor din penitenciare. Consumatorii de droguri au fost monitorizați timp de 33 de luni.

În Irlanda, Research Outcome Study (ROSIE) [Studiul de cercetare a rezultatelor] realizat de Universitatea Națională a Irlandei, Maynooth, a fost lansat în 2003 și evaluează eficiența tratamentului dependenței de droguri prin monitorizarea timp de până la trei ani a consumatorilor de opiacee care încep tratamentul, consemnând modificările observate (Cox *et al.*, 2006). După un an de monitorizare, studiul a constatat reduceri importante în consumul de droguri și activități infracționale, o rată scăzută a mortalității și au fost obținute unele rezultate pozitive în ceea ce privește problemele de sănătate fizică și mintală ale participanților.

În timp ce multe țări raportează crearea de noi posibilități de formare și de educație ca pe o realitate curentă, asigurarea de locuri de muncă remunerate pentru aceste grupuri este mai dificilă. Totuși, acest aspect este de o deosebită importanță pentru grupul-jintă, deoarece oferă nu numai stabilitate economică, ci și respect față de propria persoană, statut și un ritm de viață regulat. Noile modalități de a asigura pacienților locuri de muncă remunerate includ crearea de parteneriate cu întreprinderile private, sisteme de asistență profesională și oferirea de stimulente, precum subvenționarea salariilor pentru perioadele de probă sau acordarea de credite pentru crearea de întreprinderi noi. În mai multe țări, centrele de tratament pentru droguri și-au deschis propriile întreprinderi socioeconomice, oferind cu succes locuri de muncă pacienților lor. Alte inițiative se axează pe îmbunătățirea condițiilor de muncă prin armonizarea mai bună dintre profilurile, așteptările și aptitudinile pacienților și realitățile mediului de muncă. De exemplu, centrul de plasament de la Viena funcționează ca intermediar între pacienți, agențiile antidrog și serviciile publice de ocupare a forței de muncă, oferind consiliere individualizată pentru a mări rata succesului la locul de muncă. De asemenea, contribuie la găsirea de soluții pentru pacienții a căror reintegrare ocupațională nu se mai poate realiza.

Reintegrarea consumatorilor de heroină marginalizați și cu o vârstă înaintată, afectați de probleme grave somatice

și mintale, prezintă o dificultate deosebită. În Belgia, consumatorii de droguri cu probleme psihice primesc îngrijiri în unitățile specializate în abuzul de droguri din cadrul spitalelor de psihiatrie sau al celor generale ori în alte centre de îngrijire psihiatrică; Danemarca raportează că persoanele consumatoare de droguri cu probleme psihice primesc îngrijiri în centre de psihiatrie și că există aziluri alternative pentru consumatorii de droguri în vârstă, care nu se pot întreține singuri din cauza consumului, a demenței sau a problemelor de comportament. În Țările de Jos s-a adoptat în 2007 o nouă Lege privind asistența socială, care include toxicomania în cadrul aceluiași reglementări aplicabile pentru (alte) probleme psihice cronice. Cu toate acestea, construirea unui centru rezidențial foarte mare, destinat să adăpostească 120 de consumatori de droguri cu probleme psihice și fără locuință a întâmpinat obiecții la nivel local. În ceea ce privește persoanele cu probleme de sănătate mintală, asistența profesională pentru restabilirea unei rețele de contacte de sprijin este identificată drept o componentă importantă a procesului de reintegrare socială.

În anumite țări (de exemplu, Bulgaria, Republica Cehă, Grecia, Slovenia), programele de reintegrare structurată sunt asigurate ca o măsură de continuare doar pentru cazurile care au finalizat cu succes tratamentul dependenței de droguri pe bază de abținere, măsurile specifice de reintegrare a pacienților aflați în tratament de menținere nefiind disponibile deocamdată.



Capitolul 3

Canabisul

Introducere: imaginea consumului de cannabis în Europa se schimbă

Canabisul este drogul ilegal cel mai consumat în întreaga lume. Această substanță s-a aflat în centrul dezbatelor europene despre droguri începând din anii '60, când consumul său a devenit aproape sinonim cu o contracultură tot mai răspândită a tinerilor. În ciuda familiarității problemei, înțelegerea tiparelor de consum de cannabis în Europa constituie o sarcină complicată. Un element important al acestui tablou îl reprezintă diferențele produse pe bază de cannabis disponibile în prezent pe piața europeană. De-a lungul anilor, au devenit comune în Europa trei forme principale de cannabis: rășina de cannabis, iarba de cannabis și, mult mai puțin frecvent, uleiul de cannabis. Pentru multe persoane, fumatul rășinii de cannabis în amestec cu tutunul rămâne modul obișnuit de administrare a drogului, deși, în anumite regiuni de pe mapamond, acest tipar de consum este relativ neobișnuit. În timp ce Europa rămâne piața globală dominantă pentru rășina de cannabis, se pare că produsele din iarba de cannabis devin mai prezente și ocupă un loc predominant pe anumite piețe. În ultimii ani, situația s-a complicat în urma disponibilității mai mari de cannabis produs în Europa; în anumite cazuri, cannabisul este cultivat în condiții controlate și poate ajunge la concentrații relativ ridicate. Acest tip de cannabis a devenit un produs specific în sine în multe țări, ceea ce complică evaluarea impactului asupra sănătății publice al tiparelor de consum de cannabis aflate în schimbare.

Ofertă și disponibilitate

Producția și traficul

Deoarece cannabisul poate fi cultivat în medii foarte diferite și crește în mod natural în multe părți ale lumii, este extrem de dificil să se realizeze estimări realiste ale producției globale. După ce, timp de mai mulți ani, a înregistrat o tendință ascendentă, datorată diversificării producției de cannabis, Oficiul pentru Droguri și Criminalitate al Națiunilor Unite (ONU) și-a redus estimările globale ale producției de plantă de cannabis de la 45 000 de tone în 2004 la 42 000 de tone în 2005, în special pe baza estimărilor de scădere a producției în America de Nord în urma eforturilor intensificate de eradicare a cannabisului. În prezent se estimează că aproximativ jumătate din totalul de cannabis se cultivă în continentele americane (46 %), urmate de Africa (26 %) și Asia (22 %) (ONU, 2007).

Interpretarea capturilor și a altor date de piață

De obicei se consideră că numărul capturilor de droguri dintr-o țară este un indicator indirect al ofertei și disponibilității drogurilor, deși reflectă, de asemenea, resursele, prioritățile și strategiile de aplicare a legii, precum și vulnerabilitatea traficantilor față de activitățile naționale și internaționale de reducere a ofertei de droguri și față de practicile de raportare. Cantitățile capturate pot fluctua considerabil de la un an la altul, mai ales dacă într-un an există câteva capturi foarte mari. Din acest motiv, numărul capturilor este uneori un indicator mai bun al tendințelor. În toate țările, numărul capturilor include o proporție ridicată de capturi mici la nivelul comerțului cu amănuntul (pe stradă). Acolo unde sunt cunoscute, originea și destinația drogurilor capturate pot indica rutele de trafic și zonele de producție. Majoritatea statelor membre furnizează date privind prețul și puritatea/concentrația drogurilor vândute cu amănuntul. Cu toate acestea, datele provin dintr-o varietate de surse diferite, care nu pot fi comparate întotdeauna, ceea ce îngreunează comparațiile corecte dintre țări.

Pentru a putea urmări capturile europene de droguri într-un context mai larg, prezentul raport prezintă informații sintetice despre situația globală. Biroul Organizației Națiunilor Unite de luptă împotriva drogurilor și a criminalității prezintă un raport anual privind situația internațională a drogurilor, acest raport constituind sursa principală a estimărilor globale incluse aici. Cititorul trebuie să țină seama de faptul că există dificultăți de compilare a informațiilor de acest tip și că, în multe părți ale lumii, sistemele de informații sunt slab dezvoltate. Prin urmare, aceste date ar trebui considerate cele mai bune estimări posibile pe baza resurselor de informații disponibile în acest moment.

Marocul rămâne principalul producător internațional de rășină de cannabis (hașiș) și, deși anumite studii recente sugerează că suprafața cultivată cu cannabis a scăzut cu aproximativ 40 % între 2004 și 2005, se estimează totuși că această țară produce aproximativ 70 % din totalul de rășină de cannabis consumată în Europa. Conform estimărilor privind suprafața totală cultivată, Marocul a avut o producție potențială de 1 066 tone în 2005, majoritatea cannabisului marocan fiind destinat piețelor din Europa și Africa de Nord (CND, 2007; ONU și guvernul Marocului, 2007). Rășina de cannabis este introdusă prin contrabandă în Europa prin Peninsula Iberică. Deși Marocul este de departe producătorul principal de rășină pentru piața europeană, în special

în țările Europei Centrale este disponibilă și rășină produsă în alte țări (Moldova și India).

Dacă rășina de canabis din Europa tinde să fie un produs destul de uniform, nu se poate spune același lucru despre planta de canabis. Țările de origine a capturilor raportate în 2005 includ Albania, Țările de Jos, țările din fosta Iugoslavie, Angola și Africa de Sud. Deși producția internă de plante de canabis este dificil de monitorizat în mod sistematic, în 2005 a fost remarcată în jumătate dintre țările raportate. Într-o oarecare măsură, plantele de canabis produse în Europa sunt cultivate în exterior și pot fi considerate aproape imposibil de distins de plantele de canabis importate. Cu toate acestea, canabisul de concentrație relativ ridicată cultivat în condiții intensive pare să devină o parte importantă și, probabil, în creștere pe piețele din multe țări, iar echipamentele care permit consumatorilor să producă canabis acasă sunt în prezent disponibile pe scară largă prin internet sau, în anumite țări, prin furnizorii specializați. Faptul că această formă a drogului este cultivată în interior și adesea în apropierea pieței-jintă poate însemna că este interceptată mai puțin frecvent și, prin urmare, că este mai puțin vizibilă în datele disponibile.

Capturi

În 2005, capturile globale de rășină de canabis au totalizat 1 302 de tone, față de 4 644 de tone de plantă de canabis;

ambele cifre sunt mai mici decât cele corespunzătoare din 2004. Europa Occidentală și Centrală continuă să înregistreze cea mai mare cantitate de rășină capturată (70 %), în timp ce cantitățile de plante de canabis capturată rămân concentrate în America de Nord (64 %) (ONU DC, 2007).

Numărul de capturi de rășină de canabis efectuate în Europa în 2005 este estimat la 303 000, respectiv la 909 tone ⁽²⁵⁾, în Spania înregistrându-se aproximativ jumătate din totalul capturilor, respectiv circa trei sferturi din totalul cantității capturate ⁽²⁶⁾. O ușoară creștere a numărului de capturi de rășină raportate în 2005 a continuat tendința ascendentă observată începând din 2000. Totuși, acest lucru nu este valabil și pentru cantitatea de rășină interceptată, care a scăzut în 2005, după ce fusese în creștere în perioada 2000-2004.

Raportul dintre rășina și planta de canabis se poate observa din faptul că în 2005 numărul capturilor de plante de canabis (152 000) s-a situat la aproximativ jumătate, iar cantitatea capturată (66 de tone) la mai puțin de o zecime din cantitatea totală. Numărul capturilor de plante de canabis din Europa a crescut constant în ultimii cinci ani, deși tabloul cantitativ pare mai puțin clar, cu o posibilă creștere în 2005, după o perioadă de scădere a cantităților între 2001 și 2004. În acest caz, concluziile sunt în mod necesar preliminare, deoarece Regatul Unit, țară în care au

Canabisul pentru uz propriu: statutul juridic

În ciuda diferitelor abordări juridice adoptate de statele membre în ceea ce privește canabisul (1), se poate observa o tendință generală la nivel european privind elaborarea de măsuri alternative la pedepsele penale pentru consumul și deținerea unor cantități mici de canabis pentru uz propriu fără circumstanțe agravante. În prezent se face adesea distincție între canabis și alte substanțe ilegale fie în legislație, prin dispoziții procedurale, fie în practica judiciară. În majoritatea țărilor europene, s-a produs o trecere de la pedepse privative de libertate la amenzi, cauțiuni, libertate condiționată, absolvirea de pedeapsă și consiliere. Exemple ale acestei tendințe se găsesc într-o serie de măsuri recente, inclusiv renunțarea la pedepsele privative de libertate în Luxemburg în 2001 și în Belgia în 2003, precum și reducerea pedepselor privative de libertate în Grecia în 2003 și în Regatul Unit în 2004. Directivele adresate poliției sau parchetului au fost adoptate în următoarele țări: Belgia în 2003 și 2005, Franța în 2005, Regatul Unit în 2004 și în 2006. În 2006, Republica Cehă aproape a reușit introducerea de categorii diferite pentru drogurile nemedicamentoase, dar proiectul de Cod Penal a fost respins din motive fără legătură cu această modificare. În ciuda acestor modificări, numărul raportat de infracțiuni asociate cu canabisul continuă să crească în Europa (a se vedea capitolul 1).

Dezbaterea legată de canabis rămâne controversată și există în continuare multe opinii divergente asupra costurilor și beneficiilor relative ale diverselor reacții din sistemele sănătății

publice și justiției penale. Acest lucru se reflectă în faptul că nu toate măsurile au fost orientate spre diminuarea pedepselor, ba chiar, în anumite țări, pedepsele au fost înăsprite sau situația actuală este analizată critic. În 2004, o directivă adresată procurorilor din Danemarca solicita impunerea de amenzi în loc de avertismente, iar în Italia, în 2006, distincția juridică între drogurile nemedicamentoase a fost eliminată, descurajând noțiunea de distincție între droguri „ușoare” și droguri „dure”. Alte țări și-au revizuit reacțiile la situația canabisului; de exemplu, în Țările de Jos s-a publicat o strategie specială pentru canabis în 2005, iar Germania a efectuat o evaluare a aplicării pedepselor pentru simpla deținere de canabis.

Politica privind canabisul rămâne un aspect care generează ample discuții publice și dezacorduri. Acest fapt poate fi urmărit în concluziile recentului sondaj realizat de Eurobarometru (2006), în care cetățenii europeni au fost întrebați dacă sunt de acord cu afirmația că ar trebui legalizat consumul de canabis în Europa. Doar puțin peste două treimi (68 %) dintre cei intervievați s-au declarat împotriva, în jur de un sfert (26 %) fiind de acord cu această propunere. În toate țările, deși procentul celor incluși în eșantion care s-au declarat pentru menținerea interdicției a fost variabil, aceasta a fost întotdeauna opinia majoritară.

(1) Pentru o discuție completă, a se vedea imaginea de ansamblu asupra subiectului oferită de ELDD: <http://eldd.emcdda.europa.eu/?nodeid=5036>

(25) Datele referitoare la capturile de droguri în Europa, pe care se bazează prezenta secțiune, pot fi găsite în tabelele SZR-1, SZR-2, SZR-3 și SZR-4 din Buletinul statistic 2007.

(26) Acest lucru ar trebui verificat și confruntat cu datele lipsă pentru 2005, atunci când acestea vor fi disponibile. În scopul estimării, datele lipsă pentru 2005 au fost înlocuite cu datele pentru 2004.

loc majoritatea capturilor de plantă de cannabis, atât în ceea ce privește numărul, cât și cantitățile, nu a raportat încă datele pentru 2005.

În 2005, în cadrul a 13 500 de capturi în Europa au fost interceptate aproximativ 24 de milioane de plante de cannabis (majoritatea în Turcia) și 13,6 tone de plante de cannabis (majoritatea în Spania). Per total, numărul de capturi de plante de cannabis din Europa indică o tendință ascendentă continuă începând cu 2000. Dacă studiem statele membre UE, numărul de plante de cannabis capturate a atins un maxim în 2001 și a crescut din nou începând din 2003, în timp ce, în Turcia, după o creștere în perioada 2001-2003, numărul de plante de cannabis capturate a scăzut în 2004 și a crescut din nou în 2005.

Prețul și concentrația

În 2005, prețul mediu sau tipic de vânzare cu amănuntul al rășinei de cannabis, precum și al ierbii de cannabis, a variat atât între țări, cât și în interiorul țărilor, majoritatea țărilor raportând prețuri ale produselor din cannabis situate între 4 și 10 EUR pe gram ⁽²⁷⁾. Cu toate acestea, prețurile medii sau tipice raportate pentru ambele tipuri de cannabis au variat de la 2 EUR pe gram la peste 15 EUR. Prețurile medii ale rășinei de cannabis, corectate pe baza inflației, au scăzut în perioada 2000-2005 în toate țările raportate, cu excepția Poloniei, unde au rămas stabile. Prețurile medii ale plantelor de cannabis, corectate pe baza inflației, au scăzut și ele sau au rămas stabile în aceeași perioadă în toate țările raportate, cu excepția Sloveniei ⁽²⁸⁾.

Concentrația produselor din cannabis este determinată de conținutul lor de delta-9-tetrahidrocannabinol (THC), principalul ingredient activ (OEDT, 2004). În 2005, conținutul mediu sau tipic de THC raportat pentru rășina de cannabis la nivelul vânzării cu amănuntul a variat de la sub 1 % la 17 %; acest interval de variație este dificil de explicat, dată fiind sursa comună a majorității rășinii de cannabis europene. Variația raportată a concentrației plantelor de cannabis se situează în intervalul de la sub 1 % până la puțin peste 15 %. Nu este posibil să se diferențieze producția internă de plante de cannabis de cea importată pe baza datelor disponibile; totuși, Țările de Jos au reușit să estimeze la 17,7 % procentul de plante de cannabis produse local ⁽²⁹⁾.

Prevalența și tiparele de consum al cannabisului

La nivelul populației în general

Datele obținute din cele mai recente studii confirmă imaginea cannabisului drept substanța ilegală consumată cel mai frecvent în Europa. În anii '90, consumul acestui drog a crescut în aproape toate țările, în special în rândul tinerilor.

Anchetele – un instrument important pentru înțelegerea modelelor și a tendințelor consumului de droguri în Europa

Consumul de droguri în general sau în rândul populației școlare se evaluează prin anchete care oferă estimări ale proporției din cadrul populației care declară că a consumat droguri în intervale determinate de timp: pe parcursul vieții, în ultimul an sau în ultima lună.

OEDT, în colaborare cu experții naționali, a elaborat un set comun de întrebări specifice („European Model Questionnaire” – EMQ) [Chestionarul standard european] utilizat în anchetele realizate în rândul adulților, care a fost pus în aplicare în majoritatea statelor membre ale UE. Detalii privind EMQ sunt incluse în „Handbook for surveys about drug use among the general population” [Manual pentru anchete privind consumul de droguri în rândul populației] pe site-ul <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1380>. Cu toate acestea, există încă diferențe între țări în ceea ce privește metodologia și anul de colectare a datelor, iar diferențele mici dintre țări ar trebui interpretate cu prudență ⁽¹⁾.

Deoarece realizarea anchetelor antrenează costuri ridicate, puține țări colectează informațiile anual. În prezentul raport, datele prezentate se bazează pe cele mai recente anchete disponibile, în majoritatea cazurilor corespunzând intervalului 2003-2006.

În mod obișnuit se utilizează trei evaluări ale consumului de droguri în timp pentru a raporta datele de anchetă. Consumul sau prevalența de-a lungul vieții este cea mai răspândită. Această evaluare este utilizată în general pentru a raporta situația grupurilor foarte tinere, de exemplu elevii, dar are o valoare limitată în ceea ce privește reflectarea situației actuale din rândul adulților, deși ar putea oferi o perspectivă asupra modelelor de consum și a incidenței. În prezentul raport, accentul este pus pe raportarea consumului din ultimul an și din ultima lună, deoarece aceste două evaluări reflectă mai bine situația actuală, ultima categorie fiind adesea utilizată drept evaluare echivalentă a consumului actual. În mod cert, identificarea persoanelor care consumă droguri în mod regulat sau a celor care au probleme din cauza consumului de droguri este importantă și s-au realizat anumite progrese în acest sens, prin elaborarea unor scări pentru evaluarea formelor de consum mai intensiv; acestea sunt menționate atunci când sunt disponibile (a se vedea caseta privind elaborarea scării psihometrice, p. 42).

(1) Seriile de vârstă standard utilizate de OEDT sunt: totalitatea adulților (15-64 de ani) și adulții tineri (15-34 de ani). Datele provenite din anumite țări acoperă serii de vârstă ușor diferite (de exemplu, 16-64, 18-64, 16-59 de ani). Pentru informații suplimentare în legătură cu metodologia anchetelor la nivelul populației și metodologia folosită în fiecare anchetă națională, a se vedea Buletinul statistic 2007.

Cu toate acestea, anumite date mai recente sugerează că tendința ascendentă se diminuează, deși la niveluri dintre cele mai ridicate. Un alt aspect important este explorarea

(27) A se vedea tabelul PPP-1 din Buletinul statistic 2007.

(28) Datele referitoare la rășina de cannabis și la planta de cannabis au fost analizate pentru 19 țări (pentru aceste țări au fost disponibile date din cel puțin trei ani consecutivi).

(29) Datele referitoare la concentrația cannabisului se pot găsi în tabelele PPP-2 și PPP-5 din Buletinul statistic 2007.

tendințelor la persoanele care consumă drogul intensiv și pe perioade lungi de timp. În acest caz, datele sunt de o calitate mai scăzută, însă există bănuiala că numărul de tineri care consumă canabis în acest mod a crescut, acest fapt fiind reflectat parțial de creșterea cererii de tratament pentru canabis observată în anumite țări.

O estimare prudentă indică faptul că au consumat canabis cel puțin o dată (prevalența de-a lungul vieții) peste 70 de milioane de adulți europeni, ceea ce reprezintă în medie aproape un sfert (22 %) din segmentul de populație cu vârsta între 15 și 64 de ani ⁽³⁰⁾. Cifrele naționale variază de la 2 % la 37 %, cele mai mici fiind înregistrate în Bulgaria, Malta și România, iar cele mai mari în Danemarca (36,5 %), Franța (30,6 %), Regatul Unit (29,8 %) și Italia (29,3 %) ⁽³¹⁾. În ciuda acestui interval global larg, 12 țări europene dintre cele 26 care au furnizat informații au raportat rate de prevalență de-a lungul vieții situate în intervalul 10-25 % ⁽³²⁾.

Deplasând punctul de referință de la prevalența de-a lungul vieții la prevalența în ultimul an, nivelurile consumului de canabis raportat scad, însă rămân considerabile. Estimările sugerează că peste 23 de milioane de adulți europeni au consumat canabis în ultimul an, ceea ce duce la o cifră medie de aproximativ 7 % din totalul persoanelor cu vârsta între 15 și 64 de ani. Cifrele la nivel național se situează între 1 % și 11,2 %, cele mai mici fiind raportate de Bulgaria, Grecia și Malta, iar cele mai mari de Italia (11,2 %), Spania (11,2 %), Republica Cehă (9,3 %) și Regatul Unit (8,7 %). Și în acest caz, în ciuda intervalului global larg, 13 dintre cele 25 de țări care au furnizat informații au raportat estimări ale prevalenței în ultimul an situate între 4 % și 9 % (Figura 3).

Estimările prevalenței în cursul ultimei luni vor include persoanele care consumă canabis mai frecvent, deși nu neapărat în mod intensiv. Se estimează că 13,4 milioane de adulți europeni au consumat drogul în luna precedentă, în medie 4 % din totalul persoanelor cu vârsta între 15 și 64 de ani. Cifrele pe țări variază între 0,5 % și 8,7 %. Cele mai scăzute cifre au fost raportate de Bulgaria, Malta, Lituania și Suedia, iar cele mai ridicate de Spania (8,7 %), Italia (5,8 %), Regatul Unit (5,2 %) și Franța (4,8 %). Dintre cele 26 de țări care au furnizat informații, pentru 13 țări cifrele se încadrează în intervalul 2-6 % ⁽³³⁾.

Consumul de canabis în rândul tinerilor adulți

Consumul de canabis este disproporționat de ridicat în rândul tinerilor. În funcție de țara observată, între 3 %

și 49,5 % dintre tinerii adulți din Europa (15-34 de ani) raportează că au consumat canabis, 3-20 % raportând un consum în ultimul an, iar 1,5-15,5 % raportând un consum în ultimele treizeci de zile. Cele mai mari cifre ale prevalenței de-a lungul vieții sunt raportate de Danemarca, Franța, Regatul Unit și Spania, iar cele mai mari niveluri ale prevalenței pe parcursul ultimului an sunt raportate de Spania, Republica Cehă, Franța și Italia. În medie, 30 % din tinerii adulți raportează un consum de-a lungul vieții, iar 13 % raportează un consum în ultimul an, peste 7 % raportând un consum în ultima lună. Pentru a face o comparație, estimările pentru ultimul an și pentru ultima lună în ceea ce-i privește pe adulții între 35 și 64 de ani sunt de 3 %, respectiv 1,6 % ⁽³⁴⁾.

Dacă analizăm numai tinerii din segmentul de vârstă 15-24 de ani, estimările prevalenței de-a lungul vieții se înscriu în intervalul 3-44 % (majoritatea țărilor raportează cifre în intervalul 20-40 %). Ratele de prevalență în ultimul an variază între 4 % și 28 % (în majoritatea țărilor 10-25 %); în ceea ce privește prevalența în ultima lună, ratele de prevalență sunt cuprinse între 1 % și 19 % (în majoritatea țărilor 5-12 %). În ceea ce-i privește pe bărbații din această grupă de vârstă, estimările prevalenței sunt în continuare mai mari decât cele corespunzătoare femeilor. Consumul de-a lungul vieții a fost raportat de 11-51 % dintre bărbații tineri (în majoritatea țărilor 25-45 %), consumul în ultimul an raportat a fost de 5-35 % (în majoritatea țărilor 15-30 %), iar consumul în ultima lună a fost raportat de către 1,7-23,7 % (în majoritatea țărilor 6-20 %) ⁽³⁵⁾.

Tipare de consum al canabisului

După cum s-a menționat anterior, consumul canabisului, ca, de altfel, al majorității celorlalte droguri ilegale, este mult mai ridicat în rândul tinerilor, deși se înregistrează și în acest caz variații notabile. Consumul este mult mai ridicat în rândul bărbaților decât al femeilor, deși în cazul tinerilor această diferență tinde să fie mai puțin pronunțată. În general, raportul bărbați/femei este mai ridicat în cazul ultimelor determinări ale consumului, putând fi observate, din nou, variații considerabile de la o țară la alta; de exemplu, raportul între cele două sexe privind consumul declarat de canabis din ultima lună variază de la 1,5 în Italia la 1,14 în Lituania (a se vedea extrasul privind consumul de droguri în funcție de sex din 2006).

În cazul multor persoane, consumul tinde să fie întrerupt după o scurtă perioadă experimentală, iar, în general, ratele de consum scad odată cu înaintarea în vârstă. Cu toate

⁽³⁰⁾ Proporția medie s-a calculat ca media ratelor de prevalență naționale ponderate în funcție de populația din segmentul de vârstă relevant din fiecare țară. Numărul total s-a calculat prin înmulțirea prevalenței din rândul populației în cauză din fiecare țară și, în țările pentru care nu există nici o informație disponibilă, prin atribuirea unei prevalențe medii. Cifrele din prezentul raport sunt probabil valorile minime, deoarece este posibil ca în unele cazuri să se fi raportat cifre mai mici.

⁽³¹⁾ În acest text, din rațiuni practice, cifrele pentru Regatul Unit se bazează pe *British Crime Survey (England and Wales)* din 2006 [Anchetă privind criminalitatea în Regatul Unit (Anglia și Țara Galilor)]. Mai sunt disponibile estimări suplimentare pentru Scoția, Irlanda de Nord și o estimare combinată pentru Regatul Unit (prezentate în Buletinul statistic 2007).

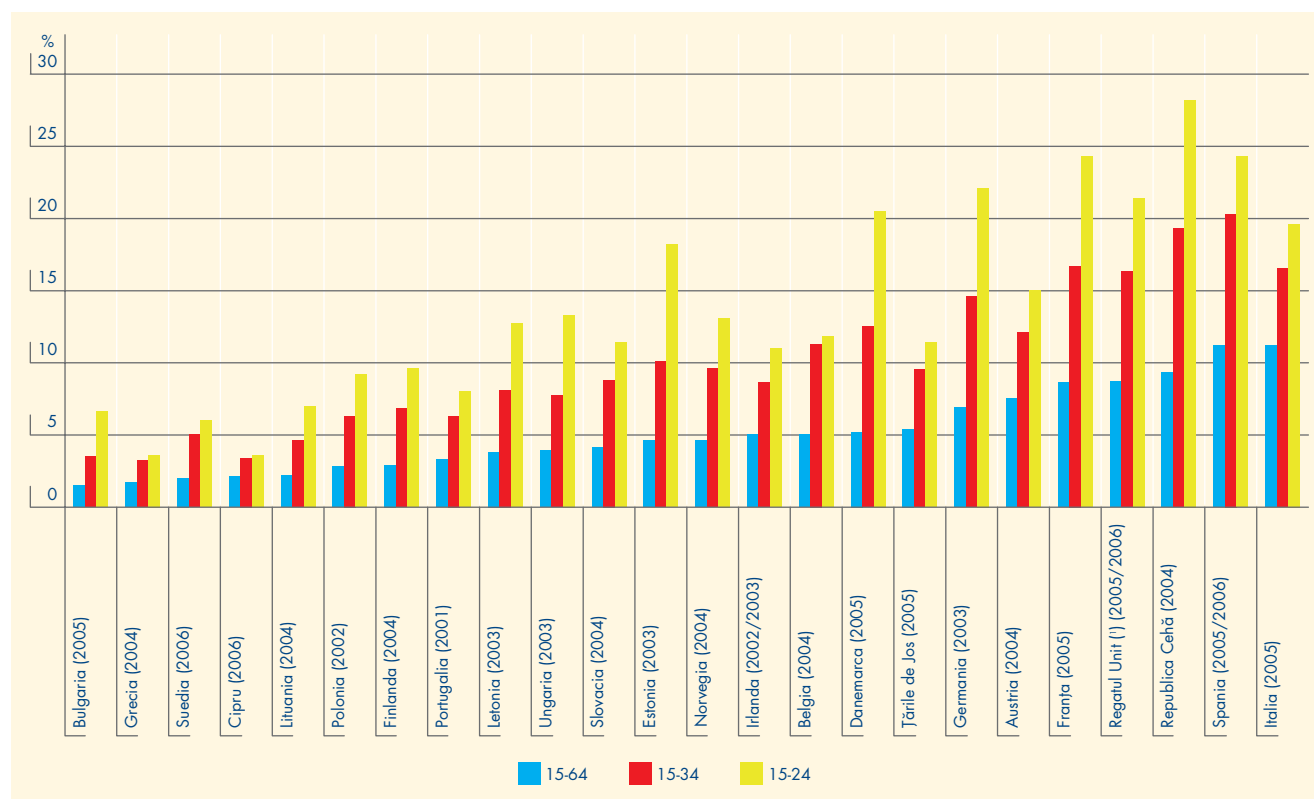
⁽³²⁾ A se vedea tabelul GPS-8 din Buletinul statistic 2007.

⁽³³⁾ A se vedea tabelul GPS-12 din Buletinul statistic 2007.

⁽³⁴⁾ A se vedea tabelele GPS-9, GPS-11 și GPS-13 din Buletinul statistic 2007.

⁽³⁵⁾ A se vedea tabelele GPS-17, GPS-18 și GPS-19 și figurile GPS-1, GPS-3, GPS-7 și GPS-12 din Buletinul statistic 2007.

Figura 3: Prevalența consumului de cannabis în ultimul an în rândul tuturor adulților (cu vârste cuprinse între 15-64 de ani) și în rândul adulților tineri (cu vârste cuprinse în intervalele 15-34 și 15-24 de ani)



(*) Anglia și Țara Galilor.

NB: Datele provin din cele mai recente anchete naționale existente în fiecare țară la data raportării. Țările sunt ordonate după prevalența globală (toți adulții). Pentru informații suplimentare, a se vedea tabelele GPS-10, GPS-11 și GPS-18 din Buletinul statistic 2007.

Surse: Rapoartele naționale Reitox (2006), preluate din anchete asupra populației, rapoarte și articole științifice.

acestea, e dificil să se monitorizeze parcursul consumatorilor de cannabis pe baza datelor disponibile și să se identifice modificările tiparului de consum de-a lungul timpului. Se poate obține o anumită imagine asupra acestui aspect prin compararea consumului raportat pe parcursul vieții cu măsurătorile mai recente ale consumului. În medie, această analiză sugerează că 32 % dintre adulții (15-64 de ani) care au consumat vreodată cannabis au consumat în ultimul an, iar 18 % în ultima lună. Aceste proporții, cunoscute uneori sub denumirea de „rate de continuitate”, variază considerabil de la o țară la alta și sunt influențate de o serie de factori, printre care evoluția istorică a consumului de cannabis într-o țară și numărul de noi cazuri. Cu toate acestea, cunoașterea procentului de consumatori de cannabis care trec la tipare de consum regulat și pe termen lung ar putea fi importantă pentru înțelegerea impactului potențial asupra sănătății

publice al consumului acestei substanțe. În ciuda preocupării că s-ar putea produce o creștere a numărului de consumatori care trec la un consum regulat sau intensiv al drogului ⁽³⁶⁾, în prezent există foarte puține informații disponibile despre acest aspect. OEDT lucrează în prezent în strânsă colaborare cu o serie de state membre la elaborarea unei abordări metodologice mai bune a acestui aspect. O estimare brută realizată de OEDT în 2004, bazată pe date limitate, sugerează că în jur de 1 % dintre europenii adulți, respectiv circa 3 milioane de persoane, ar putea fi consumatori „zilnici sau aproape zilnici” de cannabis. Se preconizează actualizarea acestei estimări în viitorul apropiat. Mai multe țări au raportat creșteri ale consumului regulat sau intensiv de cannabis, însă doar Spania a raportat date comparabile referitoare la „consumul zilnic” ⁽³⁷⁾, care a crescut de la 0,7 % în 1997 la 2 % în 2006.

⁽³⁶⁾ Deocamdată nu există o definiție universal acceptată a „consumului intensiv de cannabis”. Totuși, este un termen general care reprezintă consumul de cannabis ce depășește un anumit prag de frecvență. Nu implică neapărat existența „dependenței/abuzului” sau a altor probleme, dar se consideră că amplifică riscul unor consecințe negative, inclusiv dependența. În prezentul capitol, cifrele se referă la „consumul zilnic sau aproape zilnic” (definit ca fiind consumul în cel puțin 20 de zile din ultimele 30 de zile). Această valoare de referință a fost deseori utilizată în studii și se poate obține din modelul de chestionar folosit la nivel european. Studiile metodologice (naționale și ale OEDT) vor contribui la o înțelegere mai bună a relațiilor dintre consumul intensiv și consumul frecvent și problemele pe care le implică (a se vedea caseta privind elaborarea scării psihometrice, p. 42).

⁽³⁷⁾ 1997 (0,7 %), 1999 (0,8 %), 2001 (1,5 %), 2003 (1,5 %), 2005-2006 (2 %). Această determinare (consum în cel puțin 20 de zile din ultimele 30 de zile) este diferită de cea utilizată anterior (consum în cel puțin 20 de zile din ultimele 30 de zile), ceea ce va duce la o estimare mai ridicată. În Franța, un „consumator frecvent” este definit drept persoana care a consumat drogul „de cel puțin 10 ori în ultimele 30 de zile” (4,3 % dintre bărbajii adulți, 1,3 % dintre femeile adulte). În Regatul Unit, este considerat „consum frecvent” „consumul mai mult de o dată pe lună în ultimul an”, aceasta nefiind o dată comparabilă cu măsurătorile utilizate în prezenta secțiune.

Elaborarea de scări psihometrice pentru identificarea consumului intensiv, adictiv și problematic de canabis în datele anchetelor

Descrierile obținute din anchete privind consumul de droguri se bazează pe comportamentul autoraportat de-a lungul diferitelor intervale de timp. În trecut, consumul zilnic nu a fost monitorizat în mod sistematic, în parte datorită faptului că în majoritatea țărilor prevalența consumului de canabis era scăzută, iar îndreptarea atenției strict către consumul în ultima lună nu permite realizarea de estimări precise ale numărului de consumatori intensivi. Cu toate acestea, deoarece consumul de canabis în Europa a crescut și problemele asociate acestuia au devenit din ce în ce mai îngrijorătoare, a fost necesară o reevaluare a acestei abordări. De fapt, aproape toate țările UE colectează acum informații despre numărul de zile în care drogul a fost consumat în ultimele 30 de zile anterioare interviului. Pe baza acestor informații, se estimează că în jur de 3 milioane de persoane au consumat canabis zilnic sau aproape zilnic.

OEDT colaborează cu experții naționali în vederea îmbunătățirii raportării acestui tip de consum intensiv în datele obținute prin intermediul anchetelor desfășurate în rândul populației. Totuși, această abordare nu este suficientă atunci când se pune problema identificării celor care suferă de diverse probleme sau au dezvoltat dependență din cauza consumului de canabis. Această informație este vitală pentru a înțelege impactul consumului de canabis asupra sănătății publice și reprezintă acum aspectul principal în viziunea grupului de experți în realizarea de anchete ai OEDT.

Se desfășoară în prezent activități de elaborare a cadrului metodologic și conceptual necesar monitorizării „formelor intensive de consum”, care ar putea fi utilizat în anchetele la nivelul populației pentru a identifica mai bine persoanele care se confruntă cu probleme. Anumite țări încep acum să măsoare „dependența” sau „consumul problematic” de canabis la nivelul ansamblului populației, existând proiecte de pionierat în Germania, Franța, Țările de Jos, Polonia, Portugalia, Regatul Unit și, cel mai recent, în Spania.

Un motiv pentru care această activitate este importantă se regăsește în experiența acumulată de ancheta realizată în 2005 în Franța, care a inclus scara experimentală CAST (test de depistare a abuzului de canabis); o analiză preliminară a sugerat că 16 % dintre cei care au consumat canabis în ultimul an și 58 % dintre consumatorii zilnici ar putea fi expuși riscului de consum problematic.

O altă informație importantă și necesară în acest domeniu este o mai bună înțelegere a factorilor asociați cu întreruperea consumului. După cum s-a menționat anterior, majoritatea celor care încep să consume canabis vor întrerupe consumul după un anumit interval de timp. Înțelegerea factorilor asociați cu renunțarea la consum este foarte importantă pentru elaborarea intervențiilor în acest domeniu. Încep să fie disponibile anumite informații din acest domeniu; de exemplu, dintr-o anchetă efectuată în 2005

în Franța rezultă că, dintre persoanele care au consumat canabis de-a lungul vieții, dar nu au consumat acest drog în ultimul an, majoritatea (80 %) nu au consumat drogul în special din cauza lipsei de interes pentru el, în ciuda faptului că cei mai mulți dintre adulți (60 %) au considerat că ar putea obține cu ușurință canabis dacă ar dori.

Tendențe ale consumului de canabis în rândul adulților

Absența, în multe țări, a unor date sigure ordonate într-o serie cronologică îngreunează decelarea tendințelor pe termen lung ale consumului de droguri în Europa. Cu toate acestea, începând cu anii '90, un număr tot mai mare de țări au inițiat studii, acestea începând să furnizeze informații utile privind tendințele observate de-a lungul timpului.

Seriile cronologice de date furnizate de studii pot pune în lumină evoluția consumului de canabis în Europa. Una dintre concluzii este că există diferențe temporale importante între țări și valori de popularitate față de consumul acestui drog observabile de când a început să fie popular, în anii '60⁽³⁸⁾. Un exemplu în acest sens sunt datele din Suedia (raportul național Reitox pe 2005), țară în care s-a raportat un nivel relativ ridicat de consum experimental la sfârșitul anilor '70, în rândul recruților și al elevilor, urmat de o scădere substanțială în anii '80, apoi de o nouă creștere în anii '90, până la niveluri similare celor din anii '70, urmând o nouă scădere în ultimii ani. Fenomene similare se observă în datele finlandeze privind valorile majore de consum al drogului, mai întâi în anii '60, apoi din nou în anii '90.

Din datele studiilor se poate conchide că în anii '90 a existat o creștere substanțială a consumului de canabis în aproape toate țările UE. În multe țări, respectiva creștere a continuat până nu demult, în prezent înregistrându-se semne de stabilizare în anumite țări, în special în cadrul grupului cu prevalența cea mai ridicată. Un exemplu în acest sens este Regatul Unit, care apare adesea drept „frunzaș” în ceea ce privește tendințele consumului de droguri. La începutul anilor '90, Regatul Unit s-a remarcat ca țară cu prevalență ridicată, raportând, pentru majoritatea măsurătorilor, cele mai ridicate prevalențe din Europa. Cu toate acestea, nivelurile de prevalență în ultimul an în rândul tinerilor adulți (16-34) s-au stabilizat din 1998 și au scăzut între 2003 și 2006 (de la 20 % la 16,3 %). Este interesant de remarcat că s-a observat o scădere constantă începând din 1998 în cadrul celui mai tânăr grup de vârstă (16-24), ceea ce sugerează faptul că acest drog și-a pierdut din popularitate în rândul tinerilor⁽³⁹⁾.

În ultimii ani (mai precis, 2002, 2003 și 2005), nivelurile de consum al canabisului în Franța, Spania și Italia au început să se apropie de nivelurile de prevalență din Regatul Unit, după o perioadă de creșteri constante. Din nou, devin vizibile anumite indicii de stabilizare a situației: Franța a raportat o scădere a consumului în 2005 și, deși Spania raportează o ușoară creștere până în 2006, în general,

⁽³⁸⁾ A se vedea și figura 4 din Raportul anual 2004.

⁽³⁹⁾ A se vedea figura GPS-10 din Buletinul statistic 2007.

În datele recente, se pot identifica semne că ascensiunea s-ar putea stopa. În Republica Cehă, o țară cu rate ridicate de prevalență, este dificilă evaluarea tendințelor pe baza datelor disponibile; totuși, informațiile privind tinerii sugerează că s-ar putea ca nivelurile de prevalență să fi scăzut ușor.

În cadrul țărilor situate la mijlocul sau în partea inferioară a clasamentului ratelor de prevalență pe parcursul ultimului an în rândul tinerilor adulți (15-34 de ani), cele mai recente date din Danemarca și din Țările de Jos indică o ușoară scădere, în timp ce nivelurile de consum par să crească în continuare în Estonia, Germania, Ungaria, Slovacia și Norvegia ⁽⁴⁰⁾. Totuși, majoritatea acestor creșteri sunt mici și, în general, mai puțin pronunțate în cele mai recente estimări.

Finlanda și Suedia se află în continuare printre țările care raportează cele mai scăzute niveluri de consum de canabis și, deși nivelurile estimative ale prevalenței au crescut, nu există indicii de posibilă convergență cu țările care înregistrează niveluri ridicate de prevalență. Creșterea, observată în Suedia între 2000 și 2004, a prevalenței în ultimul an în rândul tinerilor adulți (de la 1,3 % la 5,3 %), deși este mare, este dificil de interpretat, din cauza modificărilor metodologice ale felului în care a fost efectuat studiul, iar estimările prevalenței în studiile din 2004, 2005 și 2006 sugerează o situație stabilă.

Consumul în rândul elevilor

O altă perspectivă utilă asupra tiparelor și a tendințelor de consum este oferită de datele obținute din anchetele realizate în școli, care indică niveluri de consum al canabisului în creștere în multe țări ale UE, la sfârșitul anilor '90 și în primii ani din secolul XXI.

În general, imaginea de ansamblu obținută din anchetele realizate în școli o reflectă pe cea identificată în anchetele referitoare la adulți. Cele mai ridicate rate de prevalență a consumului de canabis de-a lungul vieții în rândul elevilor cu vârsta de 15-16 ani din Europa sunt raportate de Belgia, Republica Cehă, Irlanda, Spania, Franța și Regatul Unit: toate raportând rate între 30 % și 44 %, iar Germania, Italia, Țările de Jos, Slovenia și Slovacia raportând rate de peste 25 %. În schimb, Grecia, Cipru, România, Suedia, Turcia și Norvegia raportează estimări ale prevalenței pe parcursul vieții sub 10 %.

Analiza datelor din primele trei runde ale anchetei ESPAD (*European schools project on alcohol and other drugs* – Proiectul școlilor europene în materie de alcool și alte droguri) (1996-2003) a indicat diferențe geografice pronunțate în tendințele prevalenței consumului de canabis de-a lungul vieții în rândul elevilor cu vârsta de 15-16 ani.

Țările pot fi împărțite în trei grupuri geografice. În Irlanda și Regatul Unit, care au o lungă istorie a consumului de canabis, prevalența de-a lungul vieții este ridicată, dar a rămas stabilă în cursul ultimului deceniu. În statele membre din estul și centrul Europei, precum și în Danemarca, Spania, Franța, Italia și Portugalia, prevalența consumului de canabis de-a lungul vieții a crescut substanțial între 1995 și 2003. În al treilea grup de state membre (Finlanda și Suedia în nord și Grecia, Cipru și Malta în sud), precum și în Norvegia, estimările prevalenței de-a lungul vieții în rândul elevilor s-au menținut la niveluri relativ scăzute (maximum 10 %). Datele din următoarea rundă a anchetei ESPAD vor fi disponibile anul viitor.

Numai patru țări (Italia, Polonia, Suedia, Regatul Unit) au raportat date noi din anchetele naționale realizate în școli în 2005, iar Belgia a raportat datele dintr-o anchetă din regiunea Flandrei. În Suedia, situația pare stabilă, remarcându-se ușoare scăderi în celelalte patru anchete.

Canabisul: date privind cererile de tratament ⁽⁴¹⁾

Imagine de ansamblu a tiparelor de cerere de tratament

Din totalul de aproximativ 326 000 de cereri de tratament înregistrate în 2005 (potrivit datelor disponibile din 21 de țări), canabisul a fost principalul motiv pentru începerea tratamentului în circa 20 % din cazuri, ceea ce îl face drogul cu cele mai multe raportări, după heroină. Cea mai mare cerere de tratament pentru consumul de canabis ca drog principal se înregistrează în servicii de tratament în ambulatoriu ⁽⁴²⁾.

La pacienții internați pentru tratarea dependenței se raportează adesea un consum problematic al altor droguri în combinație cu drogul principal pentru care solicită tratament; această situație este mai rară în ceea ce-i privește pe consumatorii de canabis, pentru care se raportează cel mai adesea consumul unei singure substanțe (canabisul). Totuși, unii dependenți de droguri consumă canabis în combinație cu alte substanțe psihoactive, cel mai adesea alcool (37 %) și amfetamine sau ecstasy (28 %). După alcool (38 %), canabisul este raportat drept cea mai consumată substanță secundară de către cei care primesc tratament ⁽⁴³⁾.

Creșterea numărului cererilor de tratament

Dintre cele aproximativ 130 000 de noi cereri de tratament pentru dependența de droguri, pacienții care consumă canabis reprezintă 29 % din totalul pacienților noi, urmând îndeaproape procentul de noi cereri de tratament

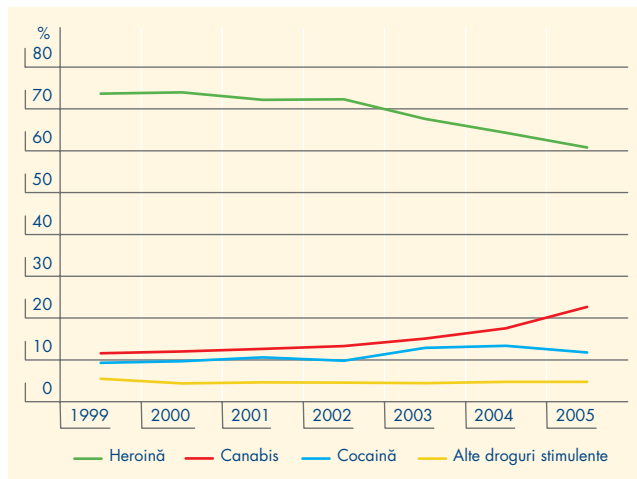
⁽⁴⁰⁾ A se vedea figura GPS-4 din Buletinul statistic 2007.

⁽⁴¹⁾ Analiza distribuției generale și a tendințelor se bazează pe datele privind pacienții care au solicitat tratament în toate centrele de tratament; analiza profilului pacienților și a tiparelor de consum al drogului se bazează în special pe datele provenite de la centrele de tratament în ambulatoriu.

⁽⁴²⁾ A se vedea figura TDI-2 din Buletinul statistic 2007.

⁽⁴³⁾ A se vedea tabelele TDI-22 și TDI-23 (partea i) și (partea iv) din Buletinul statistic 2007.

Figura 4: Tendințe în tiparul de utilizare a serviciilor de tratament (1999-2005) – principalul drog pentru care pacienții solicită tratament ca procent din totalul cererilor de tratament



NB: Pe baza datelor din 21 de state membre ale UE: Bulgaria, Republica Cehă, Danemarca, Germania, Irlanda, Grecia, Spania, Franța, Italia, Cipru, Lituania, Luxemburg, Ungaria, Malta, Țările de Jos, România, Slovenia, Slovacia, Finlanda, Suedia și Regatul Unit.

Datele absente au fost interpolate pentru fiecare țară prin reținerea tendinței medii la nivelul UE din datele disponibile pentru fiecare an.

Pentru a afla mai multe informații și note detaliate, a se vedea figura TDI-3 din Buletinul statistic 2007.

Surse: Punctele focale naționale Reitox.

pentru consumul de heroină (35 %; aceste date provin din 22 de țări) ⁽⁴⁴⁾. Deși problemele legate de disponibilitatea datelor fac dificil orice comentariu precis asupra tendințelor, se pot identifica principalele tendințe ale cererilor de tratament pentru consum de canabis. Între 1999 și 2005, numărul complet de cereri de tratament, noi și total admiteri, pentru consum de canabis raportate aproape s-a triplat. Totuși, tendința ascendentă pare să se stabilizeze în cadrul celor mai recente date. În toate țările (cu excepția Lituaniei), procentul celor care solicită tratament pentru consumul de canabis ca drog principal calculat din numărul noilor pacienți este mai mare decât procentul corespunzător calculat din totalul pacienților ⁽⁴⁵⁾.

În perioada 1999-2005, procentul pacienților care au solicitat tratament pentru consumul de canabis ca drog principal a crescut în toate țările care au raportat date (Figura 4). Totuși, există variații interesante de la o țară la alta, canabisul fiind menționat de mai puțin de 5 % din totalul pacienților care au început tratamentul în Bulgaria, Lituania, Polonia și România și de peste 30 % în Ungaria și Franța. În ceea ce privește restul țărilor, în 12 dintre ele procentul pacienților consumatori de canabis este între 5 % și 20 %, iar în șapte dintre ele se situează între 21 % și 29 %. În mod similar, în cadrul noilor cereri de tratament există variații considerabile de la o țară la alta, canabisul fiind menționat de mai puțin de 10 % dintre pacienții noi în Bulgaria, Lituania, Luxemburg, Polonia și România,

respectiv de peste 50 % în Danemarca, Germania, Franța și Ungaria ⁽⁴⁶⁾.

Creșterea cererii de tratament pentru canabis nu pare să aibă o explicație simplă. Nu este clar în ce măsură cererea mai mare de tratament este un rezultat al creșterii prevalenței consumului intensiv de canabis și al consecințelor acestuia asupra populației, precum și al unei conștientizări mai mari a riscurilor. Este posibil să fi contribuit și alți factori la această creștere, inclusiv creșterea numărului de servicii de tratament în ambulatoriu pentru consumatorii de canabis de la care s-au cules date, aceste servicii fiind în general centre de tratament la cerere, precum și, eventual, numărul mai mare de diagnosticări și de rapoarte privind consumul problematic de canabis. Trebuie luată în considerare și contribuția a două alte posibile cauze: diversificarea ofertei de tratament, de exemplu deschiderea centrelor de tratament pentru consumul de canabis în Franța spre sfârșitul anului 2004, precum și creșterea numărului de trimeri la tratament de către sistemul de justiție penală. În primul caz, ca reacție la cererea crescută de tratament pentru consumul de canabis, mai multe țări au pus în aplicare programe specifice pentru adolescenți sau tineri, cu o ofertă de tratament orientată în special către consumatorii de canabis; în acest caz, o creștere a cererii a produs o creștere a ofertei, care, la rândul său, se poate să fi accentuat cererea. În al doilea caz, trimerile la tratament de către sistemul de justiție penală sunt adesea legate de infracțiuni asociate cu consumul de canabis; concluziile studiilor indică faptul că majoritatea persoanelor trimise la tratament de sistemul de justiție penală consumă canabisul ca drog primar; conform acestui scenariu, creșterea numărului de trimeri la tratament de către sistemul de justiție penală ar fi contribuit la cererea crescută de tratament pentru consum de canabis.

Profilurile pacienților

Oricare ar fi factorii care stau la baza creșterii numărului cererilor de tratament pentru consumul de canabis, sunt interesante caracteristicile persoanelor care ajung să solicite tratament, deși nu se poate spune că această mică proporție a populației consumatoare de canabis este reprezentativă. Studiind profilul persoanelor care încep tratamentul în ambulatoriu pentru consum de canabis ca drog principal, se constată că pacientul tipic este bărbat, tânăr, încă la studii (spre deosebire de persoane angajate sau aflate în șomaj) și locuiește cu părinții (spre deosebire de persoane care dețin locuință proprie) ⁽⁴⁷⁾. În comparație cu alți pacienți tratați pentru consumul de droguri, grupul persoanelor care încep tratamentul pentru consumul de canabis ca drog principal se caracterizează prin cel mai mare procent de bărbați și de tineri (vârsta medie este de 24,5 ani). Cei care se află pentru prima dată la tratament sunt chiar mai tineri decât totalul pacienților tratați pentru consumul de canabis (vârsta

⁽⁴⁴⁾ A se vedea figura TDI-2 din Buletinul statistic 2007.

⁽⁴⁵⁾ A se vedea tabelele TDI-3 (partea iii) și TDI-5 (partea ii) din Buletinul statistic 2007.

⁽⁴⁶⁾ A se vedea tabelele TDI-5 (partea ii) și TDI-4 (partea ii) din Buletinul statistic 2007.

⁽⁴⁷⁾ A se vedea tabelele TDI-13, TDI-14 și TDI-21 (partea i) și (partea ii) din Buletinul statistic 2007.

medie 23,8 ani); 67 %, respectiv 80 % dintre persoanele cu vârsta între 15 și 19 ani sau mai tinere de 15 ani sunt noi pacienți tratați pentru consumul de cannabis. Cu toate acestea, în ultimii trei ani s-au înregistrat indicii privind o creștere a vârstei noilor pacienți tratați pentru consumul de cannabis (48). Per ansamblu, pacienții tratați pentru consumul de cannabis se pot împărți în trei grupe: cei care consumă cannabis ocazional (34 %), cei care îl consumă o dată sau de câteva ori pe săptămână (27 %) și cei care îl consumă zilnic (39 %).

Este foarte posibil ca aceste diferențe referitoare la tiparul de consum al drogurilor în rândul pacienților tratați pentru consum de cannabis să se datoreze diferitelor căi prin care se ajunge la tratament și se poate specula că creșterea numărului de trimiteri la tratament de către sistemul de justiție penală poate fi asociată cu creșterea numărului de pacienți cu niveluri scăzute de consum. Există diferențe între țări în ceea ce privește frecvența consumului de cannabis, jumătate dintre țări raportând că peste 30 % dintre pacienți sunt consumatori zilnici de cannabis, iar cealaltă jumătate raportând sub 30 % pentru respectiva categorie. Țările de Jos, Danemarca și Spania înregistrează cele mai ridicate procente de consumatori frecvenți din totalul pacienților aflați la tratament, în timp ce Ungaria, Germania și Italia raportează cel mai ridicat procent de consumatori ocazionali (49). În plus, după cum se menționează în continuare, reacțiile la consumul intensiv de cannabis pot pune accentul pe prevenire, mai degrabă decât pe tratament, iar astfel de diferențe din cadrul practicilor naționale pot afecta nivelurile globale de raportare; acest fapt poate explica, în parte, de ce anumite țări cu prevalență ridicată raportează cifre relativ mici privind tratamentul pentru consumul de cannabis.

Reacția la problemele cauzate de cannabis

Datele referitoare la tratamentul pentru consumul de cannabis trebuie privite în contextul a ceea ce constituie tratamentul pentru consumul de cannabis în Europa, care include în prezent o serie largă de măsuri, de la intervenții rapide la tratamentul în centre spitalicești. Unele dintre programe sunt orientate atât spre prevenire și reducerea riscurilor, cât și spre tratarea problemelor legate de droguri.

Identificarea persoanelor expuse la risc și intervenția timpurie sunt recunoscute drept o componentă importantă a tuturor programelor antidrog, iar cadrele didactice ar putea fi printre primele persoane care identifică consumatorii de cannabis printre elevii lor. Germania, Italia și Polonia au elaborat programe adresate profesorilor, care îi instruiesc cum să reacționeze la consumul de cannabis și cum să solicite ajutor profesionist atunci când este nevoie.

Nu există o bază solidă de dovezi pe care să se întemeieze practicile de tratare a dependenței de cannabis, iar cercetarea din acest domeniu este limitată și se bazează în special pe experiența din Statele Unite ale Americii și Australia. În Europa, cele mai frecvent raportate modalități de abordare a problemelor legate de cannabis includ: serviciile de tratament în ambulatoriu pe termen scurt, consilierea, programele în școli și activitățile de prevenire prin intervenție de proximitate. În general, intervențiile par să se bazeze pe metode de intervenție rapidă, care utilizează o combinație de interviu motivațional cu elemente cognitiv-comportamentale. Deși nu există un consens puternic privind componentele unei practici eficiente, unele studii au sugerat că acest tip de abordare poate fi util. Un exemplu de inițiativă europeană în acest domeniu este proiectul Incant, în cadrul căruia Belgia, Franța, Germania, Țările de Jos și Elveția au cooperat la explorarea utilității terapiei familiale multidimensionale (MDFT) în cazul consumatorilor de cannabis. După ce a primit o evaluare pozitivă în faza-pilot (Rigter, 2005), acest proiect a fost extins și transformat într-un studiu clinic randomizat controlat multi-sit, care compară MDFT cu tratamentul convențional pentru problemele legate de consumul de cannabis.

Doar 13 state membre raportează disponibilitatea unor servicii de tratament specializate pentru consumatorii problematici de cannabis, ceea ce sugerează că majoritatea consumatorilor de cannabis sunt incluși în programe generale de tratament al consumului de droguri sau în servicii medicale generale ori adresate tinerilor. S-a exprimat temerea că s-ar putea să fie inadecvată tratarea tinerilor consumatori de cannabis în cadrul serviciilor generale pentru consumul de droguri dacă acest lucru presupune întâlnirea acestora cu consumatori mai în vârstă și problematici de alte droguri. Deși nu este clar în ce măsură acest fapt constituie o problemă, el rămâne un aspect important în atenția serviciilor de planificare din acest domeniu.

Franța oferă un exemplu de serviciu specializat pentru consumatorii de cannabis, în această țară deschizându-se 250 de centre de consultații în 2005. Aceste centre tratează în prezent aproximativ 2 900 de pacienți pe lună, în jur de o treime dintre aceștia (31 %) prezentându-se din proprie inițiativă la tratament, o altă treime fiind trimiși de o altă persoană (31 %) și puțin mai mult de o treime fiind trimiși la tratament în urma unei hotărâri judecătorești (38 %). Alte exemple de programe specifice de tratament pentru consumatorii de cannabis includ Centrul pentru tineri „Maria” din Suedia, care oferă consumatorilor de cannabis problematici tineri un program de consiliere, urmat de ședințe de asistență. În Germania s-a elaborat o terapie modulară pentru tulburările legate de consumul de cannabis în rândul adolescenților (Candis) în cadrul Departamentului de cercetare în ambulatoriu din Dresda, începând cu ianuarie 2006.

(48) A se vedea tabelul TDI-10 (partea i), (partea ii) și (partea ix) din buletinele statistice 2007, 2006 și 2005.

(49) A se vedea tabelul TDI-18 (partea iii) și (partea iv) din Buletinul statistic 2007.

Intervențiile cvasiobligatorii

În ciuda unei tendințe generale de a direcționa consumatorii de canabis care au venit în contact cu sistemul de justiție penală către serviciile de tratament și consiliere mai degrabă decât de a-i sancționa penal, disponibilitatea și structura acestor mecanisme diferă substanțial de la o țară europeană la alta, puține țări (Germania, Franța, Luxemburg, Austria, Suedia) raportând punerea la dispoziție de programe sau servicii structurate în acest domeniu.

În ceea ce privește serviciile pentru consumatorii de canabis trimiși la tratament de către instanțele penale, intervențiile sub formă de tratament nu sunt singura reacție abordată. Consumatorilor ocazionali li se oferă cursuri intensive în anumite țări; de exemplu, Germania, Austria și Luxemburg raportează existența cursurilor destinate să modifice convingerile și tiparele de consum ale consumatorilor de canabis ⁽⁵⁰⁾.

Noi strategii de comunicare cu persoanele consumatoare de canabis

O serie de programe europene inovatoare încearcă să exploateze noi instrumente de comunicare cu consumatorii

de canabis. În unele țări (Germania, Regatul Unit) au fost elaborate metode de intervenție rapidă prin internet care permit consumatorilor de canabis să-și controleze consumul și să-și identifice problemele. Un exemplu în acest sens este programul german „quit the shit” ⁽⁵¹⁾, care oferă asistență consumatorilor care doresc să renunțe la consumul de canabis. Un studiu de evaluare a arătat că persoanele care utilizează acest serviciu au raportat reducerea consumului de canabis, atât în ceea ce privește cantitatea consumată, cât și în ceea ce privește numărul de zile în care au consumat drogul.

În Danemarca, SMASH este un proiect de asistență și consiliere anonim adresat consumatorilor de canabis tineri, care urmărește să reducă efectele nocive ale consumului și să ofere tinerilor informații și asistență care să-i ajute să renunțe la fumatul canabisului ⁽⁵²⁾. Proiectul se bazează pe abonarea la două pachete de SMS-uri. Primul pachet (*hashfacts*) oferă informații și cifre legate de consumul de canabis, iar al doilea oferă asistență și motivație celor care încearcă să renunțe la droguri. Tinerii pot primi, de asemenea, mesaje text cu sfaturi personalizate, care să-i ajute să reducă sau să renunțe la consumul de canabis. Un serviciu similar există în Irlanda, deși, în acest caz, accentul este pus pe diseminarea informațiilor.

Consumul de droguri în rândul minorilor, în Extrasele OEDT 2007

Extrasul privind consumul de droguri în rândul europenilor foarte tineri (sub 15 ani) a constatat că prevalența consumului de droguri în cadrul acestei grupe de vârstă este scăzută și că reflectă în special consumul experimental. Consumul regulat de droguri de către persoanele foarte tinere este rar, fiind întâlnit adesea la un segment extrem de problematic al populației.

Reacția principală față de consumul de droguri în rândul tinerilor sub 15 ani se concentrează în mare parte pe strategii de prevenire sau de intervenție timpurie. Cu toate acestea, extrasul

estimează că în jur de 4 000 de persoane foarte tinere primesc tratament pentru dependență în Europa. Tratamentul dependenței adaptat după nevoile persoanelor foarte tinere reprezintă o excepție, însă majoritatea țărilor europene au identificat nevoia aplicării unor astfel de programe.

Extrasul studiază, de asemenea, modul în care politicile europene de sănătate publică au abordat recunoașterea legăturilor dintre consumul de substanțe psihoactive legale și ilegale la o vârstă tânără și dependența de substanța respectivă mai târziu pe parcursul vieții.

Acest extras este disponibil în format tipărit și pe internet numai în limba engleză (<http://issues07.emcdda.europa.eu>).

⁽⁵⁰⁾ http://www.lwl.org/LWL/Jugend/KS/Projekte_KS1/FreD/FreD-Basics/

⁽⁵¹⁾ <http://www.drugcom.de>

⁽⁵²⁾ <http://www.smash.name>



Capitolul 4

Amfetaminele, ecstasy și LSD

În multe țări europene, a doua substanță ilegală cel mai frecvent consumată este o formă de drog sintetic, deși, la scară europeană, există în prezent mai mulți consumatori de cocaină. La nivelul populației generale, consumul acestor substanțe este de obicei scăzut, însă ratele de prevalență în rândul grupurilor de vârstă mai tânără sunt considerabil mai ridicate, iar consumul acestor droguri poate fi deosebit de mare în anumite medii sociale sau grupuri culturale. În ansamblu, amfetaminele (amfetamină și metamfetamină) și ecstasy sunt dintre cele mai prevalente droguri sintetice ilegale.

Amfetamina și metamfetamina sunt substanțe stimulative ale sistemului nervos central. Dintre cele două, amfetamina este de departe cea mai ușor de procurat în Europa, în timp ce consumul semnificativ de metamfetamină pare să fie limitat la Republica Cehă și la Slovacia.

Amfetamina și metamfetamina: diferențe și asemănări

Pe piața drogurilor ilegale, principalii reprezentanți ai grupului amfetaminelor sunt amfetamina și metamfetamina (plus sărurile lor), două substanțe înrudite, membri ai familiei feniletilaminei. Ambele substanțe sunt stimulente ale sistemului nervos central, au în comun același mecanism de acțiune, aceleași efecte asupra comportamentului, aceeași toleranță, aceleași efecte la renunțare și la consum prelungit (cronicizare). Amfetamina este mai puțin puternică decât metamfetamina, însă în situații necontrolate efectele lor sunt aproape imposibil de diferențiat.

Produsele din amfetamină și metamfetamină constau în cea mai mare parte din prafuri, însă se consumă și sub formă de cristale (sare clorhidrică de metamfetamină cristalină). Tabletele care conțin fie amfetamină, fie metamfetamină pot avea marcaje similare cu cele inscripționate pe MDMA și pe alte tablete de ecstasy.

În funcție de forma fizică în care sunt disponibile, amfetamina și metamfetamina pot fi ingerate, prizate, inhalate și, mai rar, injectate. Spre deosebire de sarea sulfurică de amfetamină, hidrociorura de metamfetamină, în special forma ei cristalină (ice), este suficient de volatilă pentru a fi fumată.

Sursa: Profilurile drogurilor de la OEDT (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=25328>).

Ecstasy se referă la substanțele sintetice asociate din punct de vedere chimic amfetaminelor, care însă diferă într-o oarecare măsură de acestea în ceea ce privește efectele. Cel mai cunoscut drog din grupul ecstasy este 3,4-metilendioxi-metamfetamina (MDMA), dar tabletele de ecstasy conțin uneori și alte substanțe similare (MDA, MDEA). Prevalența consumului de ecstasy în UE a crescut în mod constant din anii '90.

Din punct de vedere istoric, dietilamida acidului lisergic (LSD) a fost de departe cel mai cunoscut drog halucinant, însă nivelurile consumului global au fost scăzute și oarecum stabile pe parcursul unei lungi perioade de timp. Recent, au apărut noi dovezi cu privire la disponibilitatea și consumul în cantități mai mari de substanțe halucinogene de origine naturală, în special de ciuperci halucinogene.

Ofertă și disponibilitate ⁽⁵³⁾

Amfetamina

Producția globală de amfetamină a fost estimată la 88 de tone în 2005 (ONU DC, 2007). Cu toate că zonele de producție ilegală s-au extins și spre alte părți ale lumii, producția este în continuare concentrată în vestul și centrul Europei. În 2005 au fost desființate laboratoare care produceau în mod ilegal amfetamină în Belgia, Bulgaria, Germania, Estonia, Lituania, Țările de Jos și Polonia. Conform raportărilor, amfetamina capturată în Europa provine în special din Belgia, Țările de Jos și Polonia și, într-o mai mică măsură, din Estonia și Lituania.

La nivel global, s-au capturat 12,9 tone de amfetamină în 2005, majoritatea în două regiuni: Europa Occidentală și Centrală, respectiv Asia de Est și de Sud-Est.

În 2005, în Europa s-au făcut aproximativ 40 300 de capturi de amfetamină, cantitatea totală capturată fiind de 6,6 tone. Până în 2004, Regatul Unit a înregistrat, în mod constant, cel mai mare număr de capturi și cele mai mari cantități de amfetamină capturate în Europa. În ciuda anumitor fluctuații, la nivel european, atât numărul total de capturi de amfetamină, cât și cantitățile capturate au crescut începând cu anul 2000 ⁽⁵⁴⁾. Totuși, în 2005, majoritatea țărilor raportoare au înregistrat o tendință de scădere a numărului

⁽⁵³⁾ Pentru informații privind interpretarea capturilor și a altor date de piață, a se vedea p. 31. Datele privind capturile și cantitățile de amfetamină, ecstasy și LSD capturate în 2005 nu sunt disponibile pentru toate țările; a se vedea tabelele privind capturile din Buletinul statistic 2007 pentru a afla mai multe informații.

⁽⁵⁴⁾ A se vedea tabelele SZR-11 și SZR-12 din Buletinul statistic 2007.

Ațiunea internațională împotriva producției și deturnării precursorilor drogurilor

S-au instituit mai multe inițiative internaționale de prevenire a deturnării precursorilor chimici utilizați la fabricarea drogurilor ilegale. Proiectul Cohesion se axează pe permanganatul de potasiu (utilizat la fabricarea cocainei) și pe anhidrida acetică (utilizată la fabricarea heroinei), în timp ce Proiectul Prism se ocupă de precursorii drogurilor sintetice⁽¹⁾. Toate datele de mai jos provin din raportul INCB privind precursorii (INCB, 2007b).

În 2005, capturile globale de permanganat de potasiu au fost cele mai mari din istoria raportărilor către INCB: s-au capturat 183 de tone în 16 țări, aproape toate capturile fiind făcute în afara Europei.

Din cei 22 400 de litri de anhidridă acetică capturați la nivel mondial în 2005, doar un mic procent au fost capturați în Europa.

În 2005, s-au raportat către INCB capturi de 41 de tone de efedrină și pseudoefedrină, precursori principali ai metamfetaminei, majoritatea capturilor fiind făcute în China, în timp ce 1,7 tone au fost capturate în statele membre ale UE (în special Bulgaria, Republica Cehă, Grecia și România) și în Federația Rusă.

Capturile globale de 1-fenil-2-propanonă (P-2-P), utilizată în producția ilegală de metamfetamină și de amfetamină, au ridicat la 2 900 de litri în 2005, țările europene contribuind cu 1 700 de litri (în special Germania și Țările de Jos).

Procentul european din capturile globale de 3,4-metilendioxiifenil-2-propanonă (3,4-MDP-2-P), utilizată pentru producția de MDMA, a scăzut în 2005 la 38 %, fiind raportați 5 100 de litri capturați (mai ales în Franța și în Țările de Jos). Capturile de 3,4-MDP-2-P în creștere în alte regiuni par să indice extinderea producției ilegale de MDMA dincolo de frontierele Europei.

(1) Descrierea etapelor în conformitate cu tabelul I din Convenția Organizației Națiunilor Unite din 1988.

de capturi de amfetamină. Această imagine ar trebui confirmată de datele din 2005 pentru Regatul Unit, atunci când acestea vor fi disponibile.

În 2005, prețul mediu sau tipic de vânzare cu amănuntul al amfetaminei a variat de la 7 EUR pe gram la 37,5 EUR pe gram, majoritatea țărilor europene raportând prețuri de 10-20 EUR pe gram⁽⁵⁵⁾. În perioada 2000-2005, prețurile medii la amfetamină, corectate în funcție de inflație, au scăzut în majoritatea celor 17 țări care au furnizat suficiente date.

Puritatea medie sau tipică a amfetaminei vândute cu amănuntul în 2005 a variat considerabil, însă majoritatea țărilor europene au raportat purități între 15 % și 50 %⁽⁵⁶⁾.

Metamfetamina

Producția globală de metamfetamină a fost estimată la 278 de tone în 2005. Producția se concentrează în Asia de Est și de Sud-Est și în America de Nord. În Europa, producția ilegală de metamfetamină se limitează în continuare, în mare parte, la Republica Cehă (sub denumirea locală de „pervitin”), deși s-a raportat producerea acestui drog și în Lituania, Moldova și Slovacia (INCB, 2007a; ONUDC, 2007).

În 2005, capturile globale de metamfetamină au crescut la circa 17,1 tone, mai mult de jumătate din această cantitate fiind capturată în Asia de Est și de Sud-Est (China și Thailanda), iar o treime fiind raportată de America de Nord (Statele Unite ale Americii). În același an, o cifră estimativă de 2 200 de capturi, însumând 104 kg de metamfetamină, a fost raportată pentru ansamblul a 15 țări europene⁽⁵⁷⁾. Norvegia și Suedia au înregistrat cele mai multe capturi și cele mai mari cantități de metamfetamină interceptată.

Prețul mediu sau tipic de vânzare cu amănuntul al metamfetaminei (raportat doar de câteva țări) a variat în 2005 de la 5 EUR la 35 EUR pe gram. Majoritatea țărilor au raportat purități medii sau tipice de 30-65 %⁽⁵⁸⁾ ale metamfetaminei vândute cu amănuntul.

Ecstasy

Producția globală de ecstasy a fost estimată la 113 tone în 2005 (ONUDC, 2007). Europa rămâne principalul centru de producție pentru ecstasy, deși importanța sa relativă pare să scadă, deoarece producția de ecstasy s-a răspândit și în alte părți ale lumii, mai ales în America de Nord, în Asia de Est și de Sud-Est și în Oceania (CND, 2006; ONUDC, 2006). În Europa, producția de ecstasy se înregistrează mai ales în Țările de Jos (deși în acest caz s-au raportat scăderi ale producției), urmate de Belgia. Capturile de ecstasy realizate în Europa în 2005 provin din cele două țări menționate și, într-o măsură mai mică, din Polonia și din Regatul Unit.

Din cele 5,3 tone de ecstasy estimate a fi fost capturate la nivel global în 2005, majoritatea continuă să fie reprezentată de capturile făcute în Europa occidentală și centrală (38 %), urmată de Oceania (27 %) și de America de Nord (20 %).

(55) A se vedea tabelul PPP-4 din Buletinul statistic 2007.

(56) A se vedea tabelul PPP-8 din Buletinul statistic 2007. De remarcat că nivelurile medii raportate pentru puritatea amfetaminei pot masca o importantă variație a purității mostrelor analizate.

(57) În cazul Regatului Unit, din cauza lipsei de date pentru 2005, s-au utilizat datele pentru 2004 în scopuri estimative. A se vedea tabelele SZR-17 și SZR-18 din Buletinul statistic 2007.

(58) A se vedea tabelele PPP-4 și PPP-8 din Buletinul statistic 2007.

Un număr estimativ de 26 500 de capturi a condus la confiscarea a circa 16,3 milioane de tablete de ecstasy în Europa în 2005 ⁽⁵⁹⁾. Cele mai mari cantități de ecstasy continuă să fie capturate în Regatul Unit, Belgia, Țările de Jos și Germania. După un punct de maxim înregistrat în 2001, capturile de ecstasy făcute în Europa au crescut din nou din 2003. Cantitatea totală de ecstasy capturat a fluctuat în jurul cifrei de 20 de milioane de tablete pe an între 2000 și 2004. Totuși, în 2005, datele disponibile indică o scădere a cantităților de ecstasy capturate în majoritatea țărilor. Această imagine ar trebui confirmată de datele din 2005 pentru Regatul Unit, când acestea vor fi disponibile.

În 2005, prețul mediu sau tipic de vânzare cu amănuntul a tabletelor de ecstasy a variat între aproximativ 3 EUR și 15 EUR pe tabletă ⁽⁶⁰⁾. În perioada 2000-2005, prețurile medii de vânzare cu amănuntul pentru ecstasy, corectate în funcție de inflație, au scăzut în majoritatea celor 21 de țări care au furnizat suficiente date.

În Europa, majoritatea tabletelor de ecstasy conțineau în continuare, în 2005, MDMA sau o altă substanță de tipul ecstasy (MDEA, MDA), aceasta fiind de obicei singura substanță psihoactivă prezentă. În zece state membre, acest tip de tablete a reprezentat peste 80 % din numărul total de tablete analizate. Există câteva excepții de la această concluzie: în Slovenia, MDMA/MDEA/MDA se găsește cel mai adesea în combinație cu amfetamina și/sau cu metamfetamina, în timp ce, în Polonia, amfetamina și/sau metamfetamina este întâlnită mai frecvent ca singura substanță psihoactivă din tabletele analizate. Conținutul de MDMA al tabletelor de ecstasy variază considerabil de la un lot la altul (chiar și în cazul loturilor marcate cu aceeași pictogramă), atât de la o țară la alta, cât și în interiorul aceleiași țări. În 2005, conținutul mediu sau tipic de MDMA per tabletă de ecstasy a variat de la 2 la 130 mg în țările raportoare, deși în majoritatea țărilor media s-a situat între 30 și 80 mg de MDMA.

LSD

După o scădere continuă înregistrată timp de mai mulți ani, atât numărul capturilor, cât și cantitățile de LSD interceptate au crescut începând cu 2003 ⁽⁶¹⁾. Deși LSD este produs și traficat într-un grad mult mai mic decât celelalte droguri sintetice, s-au făcut aproximativ 800 de capturi (850 000 de unități de LSD) în Europa în 2005, Țările de Jos înregistrând circa 75 % din cantitatea totală capturată. Prețul mediu sau tipic al unei unități de LSD a variat de la 4 la 30 EUR ⁽⁶²⁾.

Prevalența și tiparele de consum în rândul populației generale și în rândul tinerilor

Conform măsurătorilor consumului recent, ecstasy este în prezent cel mai consumat drog sintetic în 17 țări europene, iar amfetaminele în nouă țări ⁽⁶³⁾. Experimentarea consumului de amfetamine de-a lungul vieții tinde să fie mai mare, reflectând apariția de dată mai recentă a ecstasy pe piața ilicită a drogurilor din Europa. Datele obținute din studiile în școli sugerează că un număr limitat de elevi consumă ecstasy, amfetamină și alte droguri psihotrope (altele decât canabis). De exemplu, elevii care au încercat ecstasy raportează și rate de prevalență a consumului de cocaină și de droguri halucinogene la niveluri de peste 20 de ori mai mari decât cele care caracterizează populația totală de elevi ⁽⁶⁴⁾ și în jur de cinci ori mai mari decât cele care caracterizează elevii care au încercat vreodată în viață canabisul.

Dintre statele membre ale UE, consumul de amfetamine sau de ecstasy pare să fie relativ ridicat doar în câteva țări: Republica Cehă, Estonia și Regatul Unit și, într-o măsură mai mică, Letonia și Țările de Jos.

Amfetaminele

Anchetele recente realizate în rândul populației adulte demonstrează că prevalența de-a lungul vieții pentru consumul de amfetamine în Europa variază de la 0,1 % la 3,6 % în rândul tuturor grupelor de adulți (15-64 de ani), cu excepția Danemarcei (6,9 %) și a Regatului Unit (Anglia și Țara Galilor), unde consumul atinge cifra de 11,5 % (ceea ce reflectă un consum mai mare în trecut, consumul prezent fiind similar cu cel din alte țări.) Țările cu cele mai înalte niveluri după cele menționate anterior sunt Norvegia (3,6 %), Germania și Spania (3,4 %). În medie, aproximativ 3,5 % dintre toți europenii adulți au consumat cel puțin o dată amfetamine. ⁽⁶⁵⁾ Consumul din anul anterior este mult mai mic: în medie 0,7 % (valori între 0 și 1,3 %). Datele obținute din anchete efectuate în rândul populației generale sugerează că, în linii mari, circa 11 milioane de persoane au încercat amfetaminele, iar circa 2 milioane de europeni au consumat acest drog în decursul ultimului an.

În rândul adulților tineri (15-34 de ani), se raportează o prevalență a consumului de-a lungul vieții de 0,2-16,8 %, deși, dacă cifrele referitoare la Regatul Unit (Anglia și Țara Galilor) (16,8 %) și Danemarca (12,7 %) se iau în considerare separat, intervalul este limitat la 0,2-5,9 % ⁽⁶⁶⁾.

⁽⁵⁹⁾ A se vedea tabelele SZR-13 și SZR-14 din Buletinul statistic 2007.

⁽⁶⁰⁾ A se vedea tabelul PPP-4 din Buletinul statistic 2007.

⁽⁶¹⁾ A se vedea tabelele SZR-15 și SZR-16 din Buletinul statistic 2007.

⁽⁶²⁾ A se vedea tabelul PPP-4 din Buletinul statistic 2007.

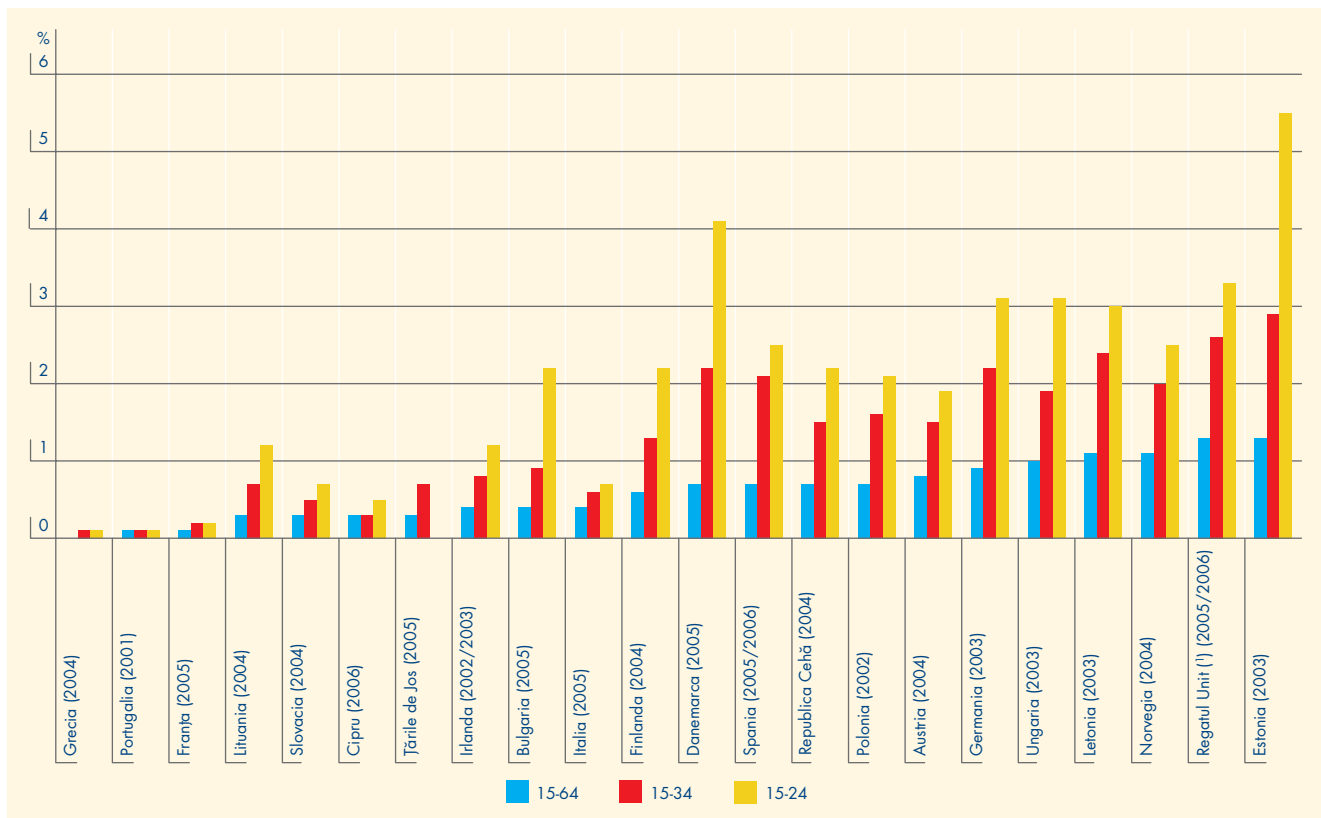
⁽⁶³⁾ În general, datele anchetelor privind „consumul de amfetamină” nu fac distincția între amfetamină și metamfetamină; cu toate acestea, se poate considera că în cele mai multe cazuri este vorba despre consumul de amfetamină (sulfat sau dexametamină), deoarece consumul metamfetaminei este mai rar.

⁽⁶⁴⁾ A se vedea figura EYE-1 (partea iv) din Buletinul statistic 2007.

⁽⁶⁵⁾ Pentru metoda de calcul, a se vedea nota de subsol ⁽⁶⁰⁾.

⁽⁶⁶⁾ A se vedea tabelul GPS-9 din Buletinul statistic 2007.

Figura 5: Prevalența consumului de amfetamine în ultimul an în rândul tuturor adulților (cu vârste cuprinse între 15-64 de ani) și în rândul adulților tineri (cu vârste cuprinse în intervalele 15-34 și 15-24 de ani)



(*) Anglia și Jara Galilor.

NB: Datele provin din cele mai recente anchete naționale existente în fiecare țară la data raportării. Țările sunt ordonate după prevalența globală (toți adulții). Pentru informații suplimentare, a se vedea tabelele GPS-10, GPS-11 și GPS-18 din Buletinul statistic 2007.

Surse: Rapoartele naționale Reitox (2006), preluate din anchete asupra populației, rapoarte și articole științifice.

Jumătate dintre țările care au furnizat date raportează rate de prevalență sub 4 %, cele mai ridicate rate (după Regatul Unit și Danemarca) fiind raportate de Norvegia (5,9 %), de Germania (5,4 %) și de Letonia (5,3 %). În medie, 5,1 % dintre tinerii europeni au încercat amfetaminele ⁽⁶⁷⁾. Consumul în decursul ultimului an în cadrul acestui grup de vârstă variază de la 0,1 % la 2,9 %, cele mai ridicate rate de prevalență fiind raportate de Estonia (2,9 %), de Regatul Unit (2,6 %) și de Letonia (2,4 %) (Figura 5). Trebuie remarcat faptul că, dacă se ia în considerare consumul în decursul ultimului an, cifrele din Regatul Unit și din Danemarca sunt mai apropiate de cele înregistrate în alte țări. Se estimează că, în medie, 1,5 % dintre tinerii adulți europeni au consumat amfetamine în ultimul an.

Doar Finlanda a putut furniza o estimare recentă a consumului problematic de amfetamină (definit drept consum prin injectare sau consum pe termen lung/frecvent), care a fost estimat pentru 2002 la 10 900-18 500 de consumatori problematici de amfetamină (3,1-5,3 cazuri la 1 000 de persoane cu vârsta între 15-64 de ani), ceea ce înseamnă triplul numărului de consumatori problematici de opiacee.

Metamfetamina

Nivelurile consumului de metamfetamină în Europa par limitate, în contrast cu situația la nivel internațional, care a înregistrat o creștere a consumului acestui drog în ultimii ani. Țările europene sunt totuși preocupate de faptul că nivelul potențial de consum al acestui drog ar putea să crească în statele membre, făcând necesare anumite măsuri de precauție; de exemplu, în Regatul Unit s-a luat o decizie de reclasificare a metamfetaminei printre drogurile cu cel mai ridicat grad de risc (Clasa A).

În trecut, consumul de metamfetamină din Europa s-a concentrat în Republica Cehă și, parțial, în Slovacia. Două țări (Republica Cehă și Slovacia) au raportat estimări recente ale consumului problematic de metamfetamină. S-a estimat că în 2005 existau în Republica Cehă 18 400-24 000 de consumatori de metamfetamină (2,5-3,2 cazuri la 1 000 de persoane cu vârsta între 15-64 de ani), aproape dublu față de numărul consumatorilor problematici de opiacee, iar în Slovacia erau 6 000-14 000 de consumatori de metamfetamină (1,5-3,7 cazuri la 1 000 de persoane cu vârsta între

⁽⁶⁷⁾ A se vedea figura GPS-18 (partea ii) din Buletinul statistic 2007.

15-64 de ani), ceva mai puțin decât numărul estimat al consumatorilor de opiacee. Metamfetamina a devenit drogul primar cel mai frecvent în rândul persoanelor care solicită tratament pentru prima dată în Slovacia și, în prezent, se constată niveluri ridicate ale consumului de metamfetamină în rândul unor subgrupuri de populație din Ungaria.

În alte regiuni ale Europei nu se constată un consum semnificativ de metamfetamină. În acest caz se impun două avertismente importante: majoritatea studiilor nu permit operarea unei distincții între consumul de metamfetamină și amfetamină; și s-a depistat ocazional metamfetamină în tabletele vândute drept ecstasy și, prin urmare, este posibil să fi fost consumată fără știrea consumatorului ⁽⁶⁸⁾.

Ecstasy

Ecstasy a fost experimentat de 0,3-7,2 % dintre toți europenii adulți. Jumătate dintre țări raportează rate de prevalență de-a lungul vieții de maximum 2,5 %, cele mai mari rate de prevalență fiind raportate de Regatul Unit (7,2 %), Republica Cehă (7,1 %), Spania (4,4 %) și Țările de Jos (4,3 %). Prevalența consumului de ecstasy în decursul ultimului an variază de la 0,2 % la 3,5 % dintre adulți, cele mai mari rate fiind raportate de Republica Cehă (3,5 %), de Estonia (1,7 %) și de Regatul Unit (1,6 %), deși jumătate dintre țări raportează rate de prevalență de maximum 0,5 %. S-a estimat că aproape 9,5 milioane de europeni (în medie 3 %) au încercat ecstasy și aproape 3 milioane au consumat această substanță în ultimul an.

În rândul tinerilor adulți (15-34 de ani), prevalența consumului de ecstasy de-a lungul vieții variază de la 0,5 % la 14,6 %, cele mai mari cifre fiind raportate de Republica Cehă (14,6 %), Regatul Unit (13,3 %) și Țările de Jos (8,1 %) ⁽⁶⁹⁾. În medie, peste 5 % dintre tinerii europeni au încercat ecstasy.

În rândul tinerilor cu vârsta între 15 și 24 de ani, prevalența consumului de ecstasy de-a lungul vieții variază de la 0,4 % la 18,7 %, cele mai mari cifre fiind raportate de Republica Cehă (18,7 %), de Regatul Unit (10,4 %) și de Ungaria (7,9 %) ⁽⁷⁰⁾. Consumul din ultimul an pentru această grupă de vârstă variază de la 0,3 % la 12 %, Republica Cehă (12,0 %) și Estonia (6,1 %) raportând cele mai mari cifre (Figura 6).

În cadrul grupului de vârstă 15-24 de ani, la bărbați se înregistrează rate mai mari de prevalență (0,3-23,2 %) a consumului de ecstasy de-a lungul vieții decât la femei (0,3-13,9 %). Conform anchetelor recente efectuate în școli, creșterea prevalenței consumului de ecstasy de-a lungul vieții

s-a produs în mare parte în paralel la băieți și la fete, deși se înregistrează o creștere progresivă a diferenței dintre sexe odată cu creșterea vârstei. În rândul tinerilor se pot produce creșteri mari ale nivelurilor de prevalență odată cu creșteri mici de vârstă; de exemplu, datele disponibile din 16 țări indică faptul că prevalența consumului de ecstasy de-a lungul vieții în rândul elevilor de 17-18 ani este, în cele mai multe cazuri, mai ridicată în comparație cu elevii mai mici. ⁽⁷¹⁾.

LSD

Prevalența consumului de LSD de-a lungul vieții în rândul adulților variază de la 0,2 % la 5,5 %, două treimi dintre țări raportând rate de prevalență de-a lungul vieții între 0,4 % și 1,7 %. În rândul tinerilor adulți (15-34 de ani), prevalența consumului de LSD de-a lungul vieții variază de la 0,3 % la 7,6 %, iar în cadrul grupului cu vârste între 15 și 24 de ani variază de la 0 la 4,2 %. Consumul acestui drog în ultimul an este scăzut, iar în cadrul grupului cu vârsta între 15 și 24 de ani depășește 1 % doar în șapte țări (Bulgaria, Republica Cehă, Estonia, Italia, Letonia, Ungaria, Polonia).

Tendențe

În întreaga Europă se înregistrează în permanență indicii ale tendinței de stabilizare sau chiar de scădere a consumului de amfetamină și de ecstasy. Consumul de amfetamină în rândul tinerilor adulți (15-34 de ani) a scăzut substanțial în Regatul Unit (Anglia și Țara Galilor) începând cu 1996 și, într-un grad mai mic, în Danemarca și Republica Cehă, în timp ce, în alte țări, nivelurile de prevalență par să fie în mare parte stabile, deși se raportează câteva mici creșteri ⁽⁷²⁾.

În ceea ce privește consumul de ecstasy în rândul tinerilor adulți (15-34 de ani), situația este mai complicată ⁽⁷³⁾. După ce, în anii '90, se înregistraseră creșteri generale ale consumului, în ultimii ani, mai multe țări, inclusiv două țări cu prevalență ridicată, Spania și Regatul Unit, au raportat o anumită stabilizare sau chiar scăderi moderate. În anumite țări, scăderea prevalenței se înregistrează în cadrul grupului de vârstă 15-24 de ani, dar nu și în cadrul grupului 15-34 de ani ⁽⁷⁴⁾, ceea ce sugerează un declin al popularității drogului în rândul celor mai tinere grupuri de vârstă. Întrebarea care se ridică studiind datele culese din anumite țări (Spania, Danemarca, Regatul Unit) este dacă amfetaminele și ecstasy ajung să fie înlocuite de cocaină, ce se impune ca drogul stimulent preferat ⁽⁷⁵⁾.

În noile studii realizate în școli la nivel național sau regional, disponibile și raportate în 2006 (Italia, Polonia, Suedia și Flandra în Belgia), nu se înregistrează nici o modificare

⁽⁶⁸⁾ A se vedea „Amfetamina și metamfetamina: diferențe și asemănări”, p. 48.

⁽⁶⁹⁾ A se vedea tabelul GPS-9 din Buletinul statistic 2007.

⁽⁷⁰⁾ A se vedea tabelul GPS-17 din Buletinul statistic 2007.

⁽⁷¹⁾ A se vedea figura EYE-1 (partea ii) din Buletinul statistic 2007.

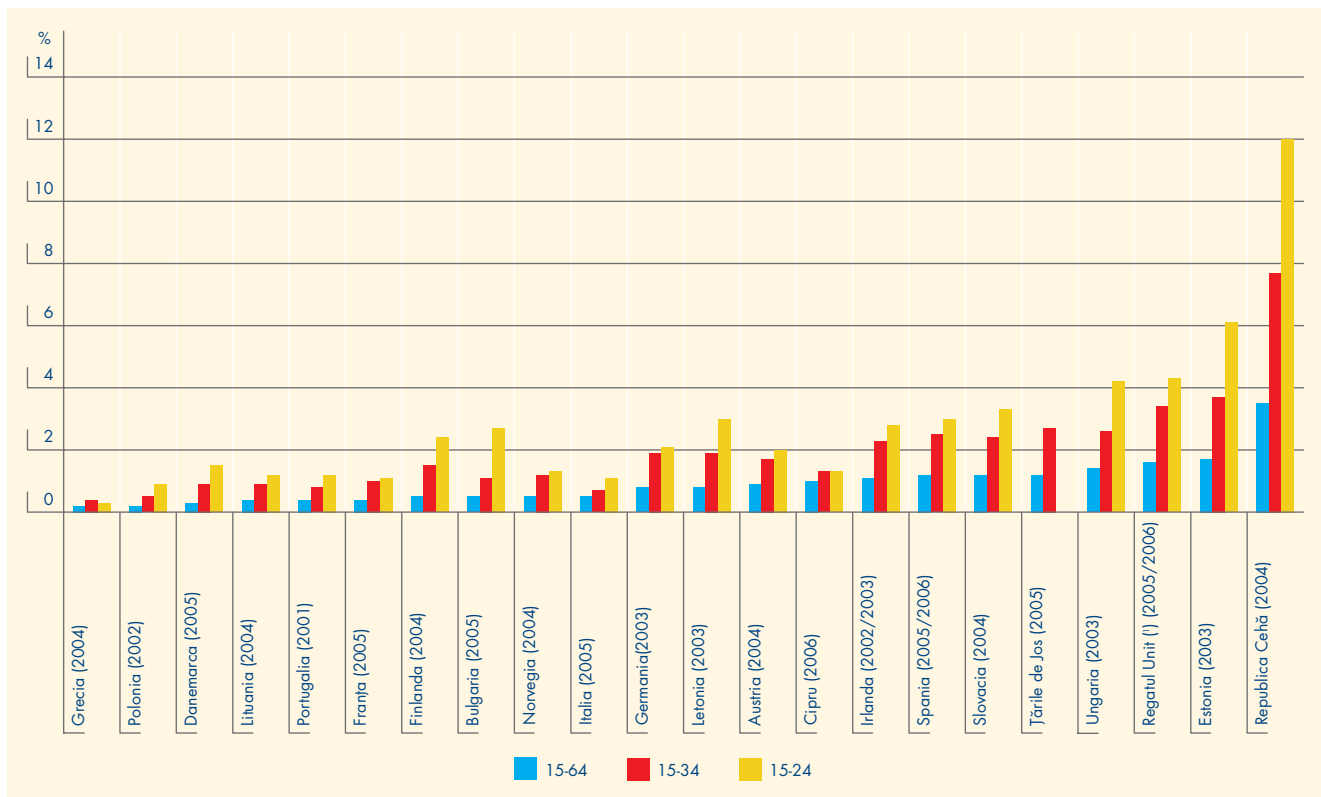
⁽⁷²⁾ A se vedea figura GPS-8 din Buletinul statistic 2007.

⁽⁷³⁾ A se vedea figura GPS-21 din Buletinul statistic 2007.

⁽⁷⁴⁾ A se vedea tabelele GPS-4 și GPS-15 din Buletinul statistic 2007.

⁽⁷⁵⁾ A se vedea figura GPS-20 din Buletinul statistic 2007.

Figura 6: Prevalența consumului de ecstasy în ultimul an în rândul tuturor adulților (cu vârste cuprinse între 15-64 de ani) și în rândul adulților tineri (cu vârste cuprinse în intervalele 15-34 și 15-24 de ani)



(1) Anglia și Țara Galilor.

NB: Datele provin din cele mai recente anchete naționale existente în fiecare țară la data raportării. Țările sunt ordonate după prevalența globală (toți adulții). Pentru informații suplimentare, a se vedea tabelele GPS-10, GPS-11 și GPS-18 din Buletinul statistic 2007.

Surse: Rapoartele naționale Reitox (2006), preluate din anchete asupra populației, rapoarte și articole științifice.

sau se remarcă ușoare scăderi ale prevalenței consumului de amfetamine sau de ecstasy de-a lungul vieții ⁽⁷⁶⁾.

Spații recreaționale

Studiile privind consumul de droguri în spațiile recreaționale (de exemplu discotecii) pot oferi o perspectivă utilă asupra comportamentului celor care consumă droguri stimulente în mod regulat și intensiv. Ratele de consum al drogurilor în aceste locuri sunt în general ridicate, dar nu pot fi generalizate la o populație mai extinsă. De exemplu, anumite studii realizate în rândul unor persoane monitorizate în anumite discotecii și cluburi selectate indică niveluri ridicate de consum de ecstasy și niveluri relativ mai mici, dar tot ridicate, de consum de amfetamină ⁽⁷⁷⁾.

Un sondaj anual realizat pentru cititorii săi de către revista muzicală *Mixmag* din Regatul Unit, al cărui public cititor este compus din persoane care frecventează în mod regulat discotecile, indică faptul că procentul celor definiți drept consumatori mari de ecstasy (care consumă, de obicei, mai mult de patru tablete per ocazie) a crescut mai mult decât de două ori între 1999 și 2003, crescând de la

16 % la 36 % (McCambrige *et al.*, 2005). Deși caracterul reprezentativ al acestui eșantion este discutabil, acesta confirmă preocuparea generală că s-a înregistrat o creștere a cantității de tablete de ecstasy consumate de anumite grupe de consumatori. Un studiu realizat în Regatul Unit prin internet (Scholey *et al.*, 2004) arată, de asemenea, creșterea consumului intensiv de ecstasy și a policonsumului de droguri. Cu toate acestea, trebuie remarcat că unele raportări de la Amsterdam sugerează o scădere cu 20 % a consumului de ecstasy în ultimul an și ultima lună între 1998 și 2003, iar cantitatea medie de ecstasy consumat în fiecare ocazie a scăzut și ea în perioada respectivă (rapoartele naționale Reitox 2005). Conform unui studiu din 2005 realizat la Amsterdam printre persoanele care frecventează barurile, doar 3 % dintre cei sondați consumau ecstasy atunci când ieșeau în oraș.

Deși datele privind consumul combinat de droguri și de alcool rămân limitate, consumul de alcool în discotecii și cluburi, adesea în cantități considerate periculoase pentru sănătate și în combinație cu droguri stimulente, reprezintă un motiv tot mai serios de îngrijorare.

⁽⁷⁶⁾ A se vedea figura EYE-4 din Buletinul statistic 2007.

⁽⁷⁷⁾ A se vedea extrasul din 2006 privind consumul de droguri în locurile de recreere.

Date privind cererile de tratament

Numărul de cereri de tratament legate de consumul de amfetamine și ecstasy este relativ mic. În general, această formă de consum de droguri este rareori motivul principal pentru care se urmează un tratament pentru consumul de droguri în majoritatea celor 21 de țări pentru care sunt disponibile date ⁽⁷⁸⁾. Cererile de tratament de acest tip se referă în cea mai mare parte la consumul de amfetamine ca drog principal și doar în mică proporție la ecstasy ⁽⁷⁹⁾.

Există un număr limitat de țări în care procentul de consumatori de amfetamine și de ecstasy calculat din totalul pacienților tratați pentru consum de droguri este semnificativ, iar acești consumatori pot fi împărțiți în trei grupuri. Republica Cehă și Slovacia raportează un procent substanțial de cereri de tratament legate de consumul de amfetamine ca drog principal (58 %, respectiv 24 % din totalul pacienților); cea mai mare parte sunt cazuri de consum de metamfetamină ca drog principal; Suedia, Finlanda și Letonia raportează că aproximativ o treime din totalul pacienților tratați pentru droguri solicită tratament pentru consum de amfetamină ca drog principal; Irlanda, Țările de Jos, Regatul Unit și Franța raportează că între 1 % și 5 % dintre pacienți solicită tratament pentru consum de ecstasy ca drog principal ⁽⁸⁰⁾.

În toate țările, cu excepția Greciei și a Suediei, procentul de noi pacienți care încep tratamentul pentru consum de amfetamine și de ecstasy ca drog principal este mai mare decât procentul tuturor pacienților care primesc tratament pentru consumul acestor droguri ⁽⁸¹⁾. Deși acest lucru poate avea mai multe explicații, este, în același timp, în acord cu datele privind tendințele: din 1999 până în 2005, numărul celor care au solicitat pentru prima dată tratament pentru consum de amfetamine și de ecstasy a crescut cu peste 3 000, de la 6 500 la 10 000 ⁽⁸²⁾.

Pacienții care încep tratamentul pentru consum de substanțe stimulente (altele decât cocaina) au, în medie, vârsta de 27 de ani (26 în cazul celor care încep pentru prima dată tratamentul) și au consumat drogul pentru prima dată la o vârstă medie de 19 ani ⁽⁸³⁾. Pacienții consumatori de ecstasy sunt, alături de consumatorii de cannabis, grupul cel mai tânăr care începe un tratament împotriva drogurilor. În Țările de Jos, cel mai ridicat procent de femei tratate pentru consum de droguri se constată în rândul pacientelor consumatoare de ecstasy. Procentul de femei din totalul pacienților tratați pentru consum de amfetamine este mai ridicat decât în cazul consumului altor droguri, cel mai ridicat

procent de femei tratate în ambulatoriu fiind raportat din cadrul grupului celui mai tânăr ⁽⁸⁴⁾.

Pacienții tratați pentru consum de amfetamine consumă, de obicei, drogul în combinație cu alte substanțe, în special cu cannabis și alcool, iar în unele țări injectarea drogului este raportată frecvent ⁽⁸⁵⁾. În Republica Cehă s-a raportat o variație geografică interesantă, fiind raportați mai mulți consumatori în afara capitalei; acest fapt este similar cu raportările din Statele Unite ale Americii, unde zonele nemetropolitane înregistrează rate mai mari de admitere la tratament pentru consumul de metamfetamină și amfetamină (Dasis, 2006).

Reacția la consumul de droguri în spații recreaționale

Activități de prevenire a consumului

În general, s-a produs o modificare a metodelor de prevenire, fiind recunoscut mai bine rolul important pe care factorii legați de stilul de viață îl joacă în modelarea atitudinilor față de consumul de droguri, precum și o modificare a importanței acordate efortului de a înlătura convingerea conform căreia consumul de droguri reprezintă un comportament normal sau acceptabil. Acest tip de abordare are o importanță deosebită în cadrul muncii de prevenire în locurile care sunt asociate din punct de vedere cultural cu consumul de droguri. Prevalența ridicată a consumului de droguri în anumite locuri de recreere, cum sunt cluburile, barurile și discotecile, înseamnă că respectivele locuri au fost identificate drept obiective adecvate ale inițiativelor de reducere a cererii de droguri. Nevoia de a dezvolta în continuare activitățile de prevenire în locurile de recreere este prevăzută și în planul de acțiune al UE în domeniul drogurilor (2005-2008).

Una dintre abordări a presupus amplasarea, la vedere, în locurile de recreere, a unor materiale informative cu mesaje de prevenire și, uneori, de reducere a riscurilor. Materialele sunt concepute de obicei într-un stil prietenos, care reflectă cultura tinerilor, a grupului-țintă, iar uneori sunt distribuite prin echipe mobile de intervenție de proximitate. Pentru a ajunge la tineri, echipele de intervenție de proximitate abordează, în general, o atitudine neutră și, cu toate că afirmă că cea mai bună opțiune este să nu consumi deloc droguri, pot da și sfaturi de reducere a riscurilor (Belgia, Republica Cehă, Austria, Portugalia).

⁽⁷⁸⁾ A se vedea figura TDI-2 (partea ii) și tabelul TDI-5 din Buletinul statistic 2007.

⁽⁷⁹⁾ A se vedea tabelul TDI-1 13 din Buletinul statistic 2007.

⁽⁸⁰⁾ A se vedea tabelul TDI-5 (partea ii) din Buletinul statistic 2007.

⁽⁸¹⁾ A se vedea tabelele TDI-4 (partea ii) și TDI-5 (partea ii) din Buletinul statistic 2007.

⁽⁸²⁾ A se vedea figura TDI-1 (partea ii) din Buletinul statistic 2007.

⁽⁸³⁾ A se vedea tabelele TDI-10, TDI-11 și TDI-102 - TDI-109 din Buletinul statistic 2007.

⁽⁸⁴⁾ A se vedea tabelele TDI-21 și TDI-25 din Buletinul statistic 2007.

⁽⁸⁵⁾ A se vedea tabelele TDI-4, TDI-5 (partea ii), TDI-24, TDI-1 16 și TDI-1 17 din Buletinul statistic 2007.

Pe lângă reacțiile care urmăresc informarea și convingerea persoanelor să nu consume droguri, un număr tot mai mare de state membre elaborează, de asemenea, metode care au scopul de a reglementa mai bine locurile de recreere. Unele dintre aceste metode, inclusiv organizarea de evenimente declarate în mod explicit „fără droguri”, au încercat să modifice convingerile unora că a consuma droguri înseamnă a te distra mai bine. Într-un număr tot mai mare de țări (Belgia, Danemarca, Irlanda, Italia, Lituania, Țările de Jos, Suedia, Regatul Unit, Norvegia), se pare că există un interes din partea municipalităților de a stabili o legătură mai strânsă cu industria agrementului și de a elabora metode menite să limiteze disponibilitatea drogurilor și să reducă riscurile asupra sănătății în discotecă, cluburi și alte locuri similare. De exemplu, regulile funcționării cluburilor în condiții de siguranță create în Regatul Unit ⁽⁸⁶⁾ sunt în prezent adoptate într-o serie de țări.

Printre cele mai frecvente reacții în fața consumului de ecstasy, amfetamină și droguri psihotrope se numără campaniile de informare a publicului și, din ce în ce mai mult, site-urile internet. Strategiile de prevenire au utilizat

internetul pentru a stabili contactul, într-un mod cât mai discret, cu tinerii care consumă ecstasy, amfetamine sau alte droguri psihotrope sau care intenționează să înceapă să le consume. În multe state membre, informarea și prevenirea sunt oferite prin site-uri internet, care promovează atitudinea critică a tinerilor față de propriul model comportamental de consum. Aceste site-uri oferă consiliere, de exemplu despre cum poți să te ferești de pericole când ieși seara în oraș, despre sexul protejat, riscurile implicate de traficul rutier, diete sănătoase, turismul pentru petreceri și aspecte juridice (Belgia) ⁽⁸⁷⁾.

Tratamentul pentru consumul de droguri

Serviciile de tratament pentru consumatorii de ecstasy, de amfetamină și de alte droguri psihotrope sunt oferite, în general, prin intermediul serviciilor de tratament adresate consumatorilor problematici de droguri sau al serviciilor mai specializate adresate consumatorilor de cocaină și de alte droguri stimulative. Pentru informații suplimentare legate de serviciile de tratament pentru consumul de droguri în UE, a se vedea capitolul 2 și capitolul 5.

⁽⁸⁶⁾ A se vedea extrasul din 2006 privind locurile de recreere.

⁽⁸⁷⁾ Câteva linkuri către unele dintre acestea se pot găsi la <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5575>



Capitolul 5

Cocaina și cocaina crack

Deoarece consumul de cocaină a crescut, consumul acestui drog a devenit un aspect major al politicii europene în domeniul drogurilor. Ca recunoaștere a importanței din ce în ce mai mari acordate acestui subiect, tiparele de consum de cocaină sunt studiate detaliat în extrasul din 2007 privind cocaina.

Ofertă și disponibilitate ⁽⁸⁸⁾

Producția și traficul

După cannabis, cocaina se află pe locul doi printre drogurile care fac obiectul celui mai intens trafic ilegal din lume. Capturile globale de cocaină au continuat să crească în 2005, în prezent ridicându-se la 756 de tone, cele mai mari cantități fiind capturate în America de Sud, urmată de America de Nord.

Columbia rămâne, de departe, cea mai importantă sursă de coca ilegală din lume, fiind urmată de Peru și de Bolivia (ONU DC, 2007). Cea mai mare parte a cocainei confiscate în Europa provine din America de Sud, fie direct, fie via America Centrală, Caraibe și Africa de Vest.

Principalul punct de intrare în Europa rămâne Peninsula Iberică, Portugalia devenind din ce în ce mai importantă în acest sens. Cocaina este importată direct și în alte țări, Țările de Jos rămânând un punct principal de intrare. Atât Spania, cât și Țările de Jos sunt considerate centre de distribuție majore ale acestui drog. O serie de alte țări, printre care Belgia, Germania, Franța și Regatul Unit, raportează importuri din afara Europei; este posibil ca distribuția să se diversifice și ea: în prezent se constată o creștere a activității în estul și centrul Europei, iar țările din Uniunea Europeană, precum și cele învecinate, sunt raportate uneori drept locuri secundare de tranzit.

Capturi

În 2005, în Europa s-au făcut aproximativ 70 000 de capturi de cocaină, însumând 107 tone. Majoritatea capturilor de cocaină continuă să fie raportate în țările Europei

Occidentale, în special în Spania, care înregistrează aproximativ jumătate din capturile și din cantitatea de cocaină interceptată în Europa ⁽⁸⁹⁾. În general, în perioada 2000-2005, atât numărul de capturi, cât și cantitatea de cocaină capturată au crescut la nivel european ⁽⁹⁰⁾. Acest fapt se datorează în principal creșterilor pronunțate din Spania și din Portugalia, aceasta din urmă depășind în 2005 Țările de Jos ca țară situată pe locul doi în ceea ce privește dimensiunea interceptărilor de cocaină, Spania fiind pe locul întâi.

Prețul și puritatea

În 2005, prețul mediu sau tipic de vânzare cu amănuntul a cocainei a variat considerabil în Europa, de la 45 EUR la 120 EUR per gram, majoritatea țărilor raportând prețuri de 50-80 EUR per gram ⁽⁹¹⁾. Prețurile medii ale cocainei, corectate în funcție de inflație, au indicat o tendință generală descendentă în perioada 2000-2005 în majoritatea celor 19 țări care au raportat suficiente date.

Puritatea medie sau tipică a cocainei la nivelul consumatorului a variat în 2005 de la 20 % la 78 %, majoritatea țărilor raportând purități în intervalul 30-60 % ⁽⁹²⁾. Datele disponibile pentru perioada 2000-2005 indică o scădere generală a purității medii a cocainei în majoritatea celor 21 de țări raportoare.

Prevalența și tiparele de consum al cocainei

După cannabis, cocaina se situează în prezent pe locul doi printre drogurile ilegale consumate cel mai frecvent în multe state membre ale UE și în UE, în general. Pe baza unor sondaje naționale recente din UE și din Norvegia, se estimează că acest drog a fost consumat cel puțin o dată în viață (prevalența de-a lungul vieții) de peste 12 milioane de europeni, adică aproape 4 % din totalul adulților ⁽⁹³⁾. Cifrele naționale raportate pentru prevalența de-a lungul vieții variază de la 0,2 la 7,3 %, trei țări raportând valori de peste 5 % (Spania, Italia, Regatul Unit) ⁽⁹⁴⁾.

⁽⁸⁸⁾ A se vedea „Interpretarea capturilor și a altor date de piață”, p. 37.

⁽⁸⁹⁾ Acest lucru ar trebui verificat și confruntat cu datele lipsă pentru 2005, atunci când acestea vor fi disponibile. În scopul estimării, datele lipsă pentru 2005 au fost înlocuite cu datele pentru 2004.

⁽⁹⁰⁾ A se vedea tabelele SZR-9 și SZR-10 din Buletinul statistic 2007.

⁽⁹¹⁾ A se vedea tabelul PPP-3 din Buletinul statistic 2007.

⁽⁹²⁾ A se vedea tabelul PPP-7 din Buletinul statistic 2007.

⁽⁹³⁾ Pentru metoda de calcul, a se vedea nota de subsol ⁽⁹⁰⁾.

⁽⁹⁴⁾ A se vedea tabelul GPS-8 din Buletinul statistic 2007.

Consumul de cocaină în ultimul an este raportat de cel puțin 4,5 milioane de europeni (în medie 1,3 %). Consumul de cocaină în ultimul an variază de la 0,1 % în Grecia la 3,0 % în Spania, Italia și Regatul Unit raportând, de asemenea, niveluri de prevalență de peste 2 % ⁽⁹⁵⁾. Anchetele estimează că 2 milioane de europeni (în medie 0,6 %) au consumat cocaină în ultima lună ⁽⁹⁶⁾.

Prevalența consumului de cocaină, la fel cum se întâmplă în cazul altor droguri ilegale, este concentrată în rândul tinerilor adulți (15-34 de ani). În jur de 7,5 milioane de tineri adulți europeni (în medie 5,3 %) au consumat acest drog cel puțin o dată în viață, cinci țări raportând niveluri de prevalență de-a lungul vieții de cel puțin 5 % (Germania, Italia, Danemarca, Spania, Regatul Unit) ⁽⁹⁷⁾. Estimările consumului de cocaină pe perioade mai scurte de referință ⁽⁹⁸⁾ sugerează că, în ultimul an, din cele 3,5 milioane (2,4 %) de tineri care au consumat drogul, 1,5 milioane (1 %) l-au consumat în ultima lună.

În rândul elevilor, ratele globale de prevalență a consumului de cocaină sunt mult mai mici decât cele corespunzătoare consumului de canabis. În majoritatea țărilor, prevalența consumului de cocaină de-a lungul vieții în rândul elevilor cu vârsta de 15-16 ani este de maximum 2 %, urcând la 6 % doar în Spania și în Regatul Unit ⁽⁹⁹⁾. Datele privind elevii cu vârsta de 17-18 ani, disponibile pentru 16 țări, indică prevalențe estimative considerabil mai mari ale consumului de cocaină în rândul grupului de vârstă mai înaintată din Spania, deși datele preliminare pentru această țară sugerează un declin în ultima perioadă ⁽¹⁰⁰⁾. În majoritatea celorlalte 15 țări, prevalența este mai ridicată în rândul elevilor mai mari, dar diferențele sunt mai puțin pronunțate. Totuși, trebuie remarcat faptul că nivelurile de prevalență a consumului de cocaină în ultimul an și ultima lună sunt mult mai scăzute.

Consumul de cocaină nu se limitează la anumite grupuri sociale, însă consumul drogului în spații recreative, de către tineri integrați din punct de vedere social, poate atinge niveluri mai ridicate decât cele raportate în anchetele realizate în rândul populației generale. Studiile orientate spre discotecile și cluburile din mai multe țări europene au dezvăluit niveluri de prevalență a consumului de cocaină de-a lungul vieții variind de la 10 % la 75 % ⁽¹⁰¹⁾.

Tiparele de consum al cocainei variază considerabil de la un grup de consumatori la altul. În rândul consumatorilor integrați din punct de vedere social, de obicei drogul se prizează; multe dintre aceste persoane consumă și alte

substanțe, inclusiv alcool, tutun, canabis și alte droguri stimulente decât cocaina ⁽¹⁰²⁾, iar acest tip de policonsum poate genera pericole mari pentru sănătate.

La nivel global, consumul de cocaină crack în Europa rămâne relativ rar și se concentrează în grupurile de populație marginalizate și excluse din câteva orașe. Totuși, fumătorii de cocaină reprezintă un procent semnificativ din cererile de tratament, deși rămân o minoritate. În rândul celor care nu își injectează alte droguri, injectarea cocainei nu pare să fie obișnuită, nici chiar la pacienții aflați sub tratament (a se vedea mai jos). Cu toate acestea, s-au înregistrat creșteri ale numărului raportat de consumatori de heroină prin injectare care își injectează și cocaină sau amestecuri de cocaină și heroină.

Estimările prevalenței consumului problematic de cocaină ⁽¹⁰³⁾ sunt disponibile doar pentru trei țări (Spania, Italia, Regatul Unit). Estimările obținute în respectivele țări se înscriu în intervalul 3-6 consumatori problematici de cocaină la 1 000 de adulți (cu vârste între 15-64 de ani) ⁽¹⁰⁴⁾.

Tendențele consumului de cocaină

Semnele de stabilizare a consumului de cocaină în rândul tinerilor adulți menționate în Raportul anual 2006 nu sunt susținute de date recente. Creșterile prevalenței consumului de cocaină în ultimul an în cadrul grupului de vârstă de 15-34 de ani s-au înregistrat în toate țările care au raportat date recente, deși s-ar putea să existe o anumită diminuare în Spania și în Regatul Unit (Anglia și Țara Galilor), adică în statele membre cu cele mai ridicate niveluri de prevalență. S-au raportat creșteri considerabile și în Italia și Danemarca (Figura 7).

Analiza datelor pentru țările cu serii cronologice de date și rate de prevalență considerabile pot permite depistarea tendințelor care se manifestă în anumite subgrupuri de populație. Atât în Spania, cât și în Regatul Unit, creșterea prevalenței a fost, în general, mai mare la bărbați decât la femei. Creșterea raportată a prevalenței consumului de cocaină în ultimul an înregistrată în Spania începând cu 2001 poate fi atribuită nivelurilor crescute de consum în cadrul grupului de vârstă 15-24 de ani, mai degrabă decât în ansamblul grupului de vârstă 15-34 de ani.

S-a sugerat că, în anumite țări europene, s-ar putea să fi avut loc o „înlocuire” a altor droguri stimulente cu cocaina ⁽¹⁰⁵⁾. Datele obținute din studiile efectuate asupra tinerilor în discoteci și cluburi trebuie să fie tratate cu prudență, din

⁽⁹⁵⁾ A se vedea tabelul GPS-10 din Buletinul statistic 2007.

⁽⁹⁶⁾ A se vedea tabelul GPS-12 din Buletinul statistic 2007.

⁽⁹⁷⁾ A se vedea tabelul GPS-9 din Buletinul statistic 2007.

⁽⁹⁸⁾ A se vedea tabelele GPS-11 și GPS-13 din Buletinul statistic 2007.

⁽⁹⁹⁾ A se vedea tabelul EYE-3 din Buletinul statistic 2007.

⁽¹⁰⁰⁾ A se vedea tabelul EYE-2 din Buletinul statistic 2007.

⁽¹⁰¹⁾ A se vedea extrasul din 2006 privind consumul de droguri în spații recreative.

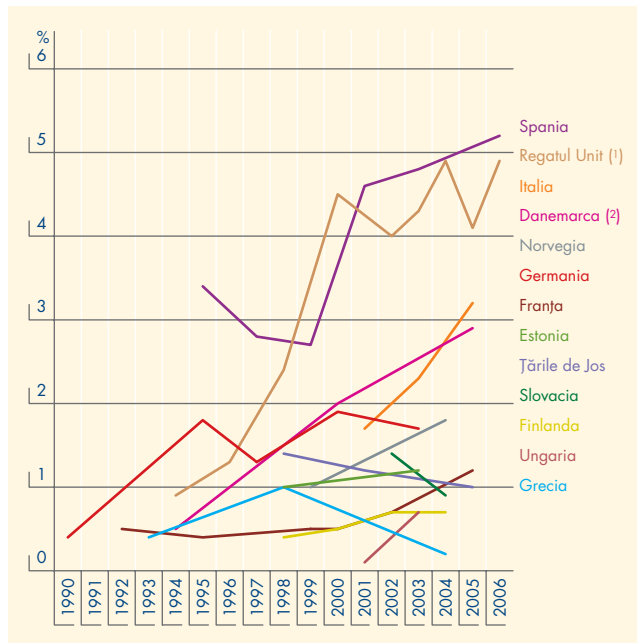
⁽¹⁰²⁾ A se vedea figura 15 din Raportul anual 2006.

⁽¹⁰³⁾ Definit drept consumul de cocaină pe termen lung și/sau frecvent și/sau prin injectare.

⁽¹⁰⁴⁾ A se vedea tabelul PDU-2 din Buletinul statistic 2007 și extrasul din 2007 privind cocaina.

⁽¹⁰⁵⁾ A se vedea capitolul 4 din prezentul raport.

Figura 7: Tendințe ale prevalenței consumului de cocaină în ultimul an în rândul adulților tineri (cu vârste cuprinse între 15-34 de ani)



(1) Anglia și Jara Galilor.

(2) În Danemarca, valoarea pentru 1994 corespunde „drogurilor dure”.

NB: Datele provin din cele mai recente anchete naționale existente în fiecare țară la data raportării. Pentru informații suplimentare, a se vedea tabelul GPS-4 din Buletinul statistic 2007.

Surse: Rapoartele naționale Reitox (2006), preluate din anchete asupra populației, rapoarte și articole științifice.

cauza naturii extrem de selective a eșantionului. Totuși, aceste date pot oferi o perspectivă asupra comportamentului consumatorilor frecvenți ai drogului, iar studiile efectuate în Țările de Jos indică faptul că, în anumite municipalități, cocaina a depășit ecstasy drept cel mai consumat stimulent în rândul tinerilor care frecventează cluburile, drogul câștigând tot mai multă acceptare în rândul anumitor grupuri.

Cocaina: date privind cererile de tratament

După opiacee și canabis, cocaina este drogul pentru consumul căruia se înregistrează cele mai multe cereri de tratament în Europa. În 2005, s-au raportat aproximativ 48 000 de cereri de tratament pentru consumul de cocaină ca drog principal, ceea ce reprezintă 13 % din totalul cererilor de tratament raportate în UE ⁽¹⁰⁶⁾; de asemenea, cocaina a fost raportată ca drog secundar de aproximativ 15 % din totalul pacienților tratați în ambulatoriu ⁽¹⁰⁷⁾. Cifra globală nu lasă să se vadă variația largă de la o țară la

alta, majoritatea țărilor raportând procente scăzute de consumatori de cocaină printre pacienții aflați în tratament pentru consum de droguri, în timp ce procente mari de consumatori de cocaină din totalul pacienților aflați în tratament pentru consum de droguri sunt raportate de Țările de Jos (35 %) și de Spania (42 % în 2004). Dintre pacienții noi aflați în tratament, procentul pacienților consumatori de cocaină este mai mare: la nivel global, aproximativ 22 % din totalul noilor cereri de tratament (33 000 de persoane din 22 de țări) sunt cereri legate de consumul de cocaină.

Tendențele ascendente în rândul pacienților care au solicitat tratament pentru consumul de cocaină raportate în anii anteriori se manifestă în continuare. Din 1999 în 2005, procentul noilor pacienți care solicită tratament pentru consum de cocaină a crescut de la 11 % la 24 % din totalul noilor pacienți tratați pentru consum de droguri, iar numărul cazurilor raportate a crescut de la 13 000 la 33 000 ⁽¹⁰⁸⁾. O analiză mai detaliată a tendințelor privind cererea de tratament pentru consumul acestui drog este prezentată în extrasul privind cocaina din 2007.

Datele europene privind consumatorii de droguri care încep un tratament pentru consumul de cocaină ca drog principal se referă, în special, la cocaina praf (85 %), doar 15 % referindu-se la cocaina crack; aproape toate tratamentele pentru dependența de cocaină raportate au loc în centre de tratament ambulatoriu (94 %) ⁽¹⁰⁹⁾. Cu toate acestea, trebuie remarcat faptul că datele privind cererile de tratament al dependenței de cocaină înregistrate în centrele cu internare și în centrele de medicină generală sunt incomplete.

Conform datelor raportate, pacienții consumatori de cocaină care încep tratamentul în ambulatoriu sunt cei mai în vârstă pacienți tratați pentru droguri după consumatorii de opiacee, media de vârstă a grupului fiind de 31 de ani ⁽¹¹⁰⁾. Aceștia sunt mai ales bărbați, grupul fiind caracterizat de unul dintre cele mai mari rapoarte bărbați/femei din toate tipurile de grupuri de pacienți tratați pentru consum de droguri (aproape cinci bărbați/o femeie din totalul pacienților, respectiv șase bărbați/o femeie dintre pacienții noi) ⁽¹¹¹⁾. Majoritatea consumatorilor de cocaină aflați la tratament în ambulatoriu au început să consume drogul între vârsta de 15 și 24 de ani ⁽¹¹²⁾.

Tratamentul dependenței de cocaină

Furnizarea de servicii specializate pentru consumul problematic de cocaină și de cocaină crack din Europa rămâne limitată și, după cum s-a menționat anterior, majoritatea tratamentelor pentru consum de cocaină sunt raportate de Spania și Țările de Jos. Cu toate acestea,

⁽¹⁰⁶⁾ A se vedea figura TDI-2 din Buletinul statistic 2007.

⁽¹⁰⁷⁾ A se vedea tabelul TDI-22 (partea i) din Buletinul statistic 2006.

⁽¹⁰⁸⁾ A se vedea figura TDI-1 din Buletinul statistic 2007.

⁽¹⁰⁹⁾ A se vedea tabelele TDI-24 și TDI-15 din Buletinul statistic 2007.

⁽¹¹⁰⁾ A se vedea tabelul TDI-10 din Buletinul statistic 2007.

⁽¹¹¹⁾ A se vedea tabelul TDI-21 din Buletinul statistic 2007.

⁽¹¹²⁾ A se vedea tabelul TDI-11 (partea i) și (partea iv) din Buletinul statistic 2007.

În țările cu grupuri semnificative de consumatori de cocaină pare să se manifeste un interes tot mai mare față de furnizarea de servicii specializate. Nu este surprinzător faptul că, în țările cu prevalență scăzută, furnizarea de servicii de tratament specific pentru dependența de cocaină nu constituie o prioritate. Spre deosebire de tratamentul dependenței de opiacee, unde populația-țintă este relativ omogenă, tratamentul cocainei în Europa se confruntă cu dificultatea de a furniza intervenții unui spectru mai larg de consumatori. În ceea ce-i privește pe consumatorii de cocaină ca drog principal, modul de administrare raportat de pacienții tratați în ambulatoriu este prizarea, urmat de fumat sau inhalare, relativ puțini (sub 10 %) dintre pacienți raportând injectarea drogului. În cadrul grupului de pacienți noi, nivelurile de injectare sunt chiar mai mici (5 %) ⁽¹¹³⁾. În jur de 16 % dintre pacienții tratați pentru cocaină consumă acest drog în combinație cu opiaceele și, în anumite țări, mulți pacienți tratați pentru probleme cu opiaceele consumă și cocaină, cel puțin ocazional.

Prin urmare, serviciile de tratament s-ar putea confrunta cu necesitatea de a acorda îngrijiri celor trei grupuri, care pot fi caracterizate simplu în felul următor: mai întâi, consumatorii de cocaină mai integrați social, care pot prezenta și antecedente de policonsum „recreativ” frecvent care include alcoolul; în al doilea rând, consumatorii de cocaină care ar putea avea și probleme cu opiaceele; în al treilea rând, consumatorii de cocaină crack foarte marginalizați și problematici.

Nevoile celor trei grupuri sunt, foarte probabil, diferite, necesitând abordări diferențiate din partea furnizorilor de servicii. Majoritatea tratamentelor pentru cocaină raportate în Europa au loc în ambulatoriu, serviciu care, în multe cazuri, este orientat spre nevoile consumatorilor de opiacee. Este discutabil cât de atractive sunt aceste servicii pentru consumatorii de cocaină relativ bine integrați care au început să aibă probleme din cauza consumului în scop recreativ al acestui drog. Este de așteptat ca un procent din acest grup să solicite asistență la furnizorii de servicii generale de asistență medicală, cum ar fi medicii generalişti sau consilierii sau, dacă își permit, la clinici private specializate.

Spre deosebire de tratamentul dependenței de opiacee, opțiunile farmacologice pentru tratamentul dependenței de cocaină sunt limitate, chiar dacă prescrierea de medicamente poate fi utilă pentru a oferi o atenueare a simptomelor asociate. În prezent, nu este disponibil nici un agent farmacologic care să ajute consumatorii să treacă la abstinerea de la cocaină sau să o mențină – deși s-ar putea ca în viitor să existe anumite soluții în acest sens. În Europa, accentul se pune pe furnizarea de intervenții psihosociale, care se bazează în mare parte pe abordări cognitiv-comportamentale. O analiză detaliată și aprofundată a opțiunilor pentru tratamentul dependenței de cocaină poate fi găsită în extrasul din 2007 privind cocaina și într-un studiu tehnic al OEDT (OEDT, 2007b).

Prevalența scăzută și natura foarte limitată din punct de vedere geografic a problemelor legate de cocaina crack în Europa indică faptul că experiența reacțiilor la nevoile acestui grup de consumatori este mult mai limitată. Există un volum mare de literatură de specialitate bazată pe experiența Statelor Unite ale Americii în domeniul problemelor legate de cocaina crack, însă măsura în care această literatură ar putea fi aplicată direct în context european rămâne neclară. Regatul Unit, care, în comparație cu alte țări europene, raportează un nivel relativ ridicat al consumului problematic de cocaină crack, a elaborat orientări pentru profesioniști, sugerând că tratamentul dependenței de cocaina crack ar trebui administrat în contextul unui program structurat de tratament pentru consumul de droguri, care include abținerea și măsuri de minimalizare a riscurilor (NTA, 2002). O evaluare recentă a furnizării de servicii în Regatul Unit a raportat, de asemenea, anumite rezultate pozitive obținute la pacienții consumatori de cocaină crack aflați sub îngrijire în centre spitalicești (Weaver, 2007).

Riscuri și reducerea riscurilor

Persoanele care consumă cocaină în spații „recreative” se expun nu numai riscului de a dezvolta dependență, ci și interacțiunii dintre cocaină și alte droguri și problemelor cardiovasculare implicate. Majoritatea țărilor europene raportează că persoanele consumatoare de cocaină pot avea acces la informații referitoare la cocaină și la riscurile consumului de cocaină, prin intermediul diverselor surse de informații cum sunt site-urile internet, liniile telefonice de asistență și alte mijloace. Este interesant de remarcat că European Foundation of Drug Helplines [Fundajia europeană a liniilor telefonice de asistență în domeniul drogurilor] raportează o creștere a numărului de apeluri legate de cocaină în 2005 și 2006 ⁽¹¹⁴⁾.

Consumul de cocaină poate fi asociat și cu un comportament de risc privind activitatea sexuală sau cu participarea la industria sexului. Studiile realizate au raportat că femeile care consumă cocaină pot fi deosebit de vulnerabile și pot adopta comportamente sexuale de risc fie pentru a obține bani, fie droguri, iar, în unele țări, programele de reducere a riscurilor și de intervenție de proximitate se adresează în mod specific persoanelor care practică sexul comercial, acționând în același timp asupra comportamentelor de risc sexuale și de consum de droguri.

Deși puțini, consumatorii de cocaină crack pot fi expuși unui risc deosebit de ridicat de confruntare cu problemele asociate consumului de droguri și pot fi dificil de inclus în programe de tratament și în alte servicii. În anumite orașe în care există probleme mari legate de cocaina crack, programele de reducere a riscurilor au încercat să intervină prin furnizarea de intervenții de proximitate, de intervenții în situații de criză, de asistență pentru probleme medicale acute, precum și de direcționări ale consumatorilor spre servicii structurate. De

⁽¹¹³⁾ A se vedea tabelul TDI-17 (partea ii) și (partea vi) și tabelul TDI-110 din Buletinul statistic 2007.

⁽¹¹⁴⁾ <http://www.fesat.org/>

exemplu, la Viena sunt disponibile, în cadrul serviciilor de tratament în ambulatoriu, încăperi care oferă un spațiu sigur consumatorilor de cocaină și de cocaină crack care suferă adesea de anxietate; se oferă, de asemenea, asistență medicală elementară și direcționarea spre alte servicii. În țările care oferă încăperi pentru consum prin injecție, acest tip de serviciu a fost uneori extins și la consumatorii de cocaină crack: de exemplu, în Germania există centre speciale pentru fumătorii de cocaină crack la Frankfurt și la Hamburg.

Programele de reducere a riscurilor pentru consumatorii de cocaină prin injecție nu sunt, în general, diferite de cele furnizate persoanelor care își injectează alte droguri (a se vedea capitolul 8), deși unele studii au sugerat că consumatorii de droguri stimulatoare își vor injecta cantități mai mari, expunându-se astfel unor riscuri crescute. În plus, există riscuri specifice legate de injecția cocainei crack în cazul în care aceasta nu a fost corect pregătită.

Cocaina și cocaina crack: o problemă îngrijorătoare de sănătate publică, în *Extrasele OEDT 2007*

În ultimii ani, s-au înregistrat indicii conform cărora consumul de cocaină reprezintă o problemă tot mai mare în Europa. Extrasul arată că, în anumite țări europene, s-a înregistrat o creștere pronunțată a cererilor de tratament și a capturilor de cocaină. Se examinează potențialul de impact major al cocainei asupra sănătății publice. Se acordă o atenție deosebită consecințelor

cocainei asupra sănătății, consecințe care de multe ori nu sunt bine delimitate în sistemele actuale de raportare. Extrasul analizează în detaliu dificultățile de furnizare a unui tratament eficient pentru dependența de cocaină și de cocaină crack, aspect care s-a dovedit a fi extrem de dificil, nu în ultimul rând din cauza tipurilor foarte diverse de consumatori de cocaină și a nevoilor lor foarte diferite.

Acest extras este disponibil în format tipărit și pe internet numai în limba engleză (<http://issues07.emcdda.europa.eu>).



Capitolul 6

Consumul de opiacee și injectarea drogurilor

Oferta de heroină și disponibilitatea acesteia ⁽¹¹⁵⁾

În Europa s-au utilizat în trecut două forme de heroină importată: heroină brună obișnuită (în formă bazică), provenită în principal din Afganistan, și forma mai puțin comună și mai scumpă, respectiv heroina albă (sub formă de sare), provenită în mod obișnuit din Asia de Sud-Est – deși această formă a drogului devine din ce în ce mai rară. O cantitate redusă de opiacee este produsă în Europa, dar fabricarea a fost limitată, în 2005, la producerea pe scară redusă a preparatelor „de casă” din mac opiaceu (de exemplu, tulpini de mac opiaceu, concentrat de mac opiaceu obținut din tulpini sau capsule zdrobite de mac) într-o serie de țări din estul Europei (Letonia, Lituania, Polonia).

Producția și traficul

Heroina consumată în Europa este fabricată în cea mai mare parte în Afganistan, care rămâne liderul mondial în oferta de opiu ilegal, urmat de Myanmar. Se estimează că în 2006 s-au produs aproximativ 6 610 tone de opiu, dintre care 92 % au fost obținute în Afganistan. Această cifră indică o creștere de 43 % față de estimarea din 2005, datorată unei creșteri substanțiale a zonei cultivate. S-a estimat că producția potențială globală de heroină ar fi fost de 606 tone în 2006, ceea ce înseamnă o creștere față de cele 472 de tone din 2005 (ONU DC, 2007). Capturile de opiacee și laboratoarele desființate par să indice faptul că opiu produs în Afganistan este tot mai mult transformat în morfină sau în heroină înainte de a fi exportat (CND, 2007).

Heroina pătrunde în Europa pe două rute principale de trafic. Ruta tradițională balcanică (cea mai scurtă) continuă să joace un rol crucial în traficul heroinei. După tranzitul prin Pakistan, Iran și Turcia, ruta se desparte într-un traseu sudic, prin Grecia, Fosta Republică Iugoslavă a Macedoniei (FYROM), Albania, Italia, Serbia, Muntenegru și Bosnia-Herțegovina, și un traseu nordic, prin Bulgaria, România, Ungaria, Austria, Germania și Țările de Jos, ultima țară funcționând ca centru de distribuție secundară pentru celelalte țări ale Europei Occidentale. De la mijlocul

anilor '90, contrabanda cu heroină în Europa s-a realizat tot mai mult (însă la un nivel mai redus decât pe ruta balcanică) pe „drumul mătășii”, prin republicile Asiei Centrale, Marea Caspică și Federația Rusă, Belarus sau Ucraina, către Estonia, Letonia, unele țări nordice, Germania și Bulgaria. Deși aceste rute sunt cele mai importante, țări din Peninsula Arabică (Oman, Emiratele Arabe Unite) au devenit locuri de tranzit pentru heroina expedită din Asia de Sud-Vest și de Sud-Est (INCB, 2006), o parte din această heroină fiind apoi introdusă clandestin în Africa de Est (Etiopia, Kenya, Mauritius) și uneori și prin Africa de Vest (Nigeria), pentru a fi expedită pe piețele ilegale din Europa și, într-o măsură mai mică, din America de Nord (INCB, 2007a). Se raportează, de asemenea, că heroina din Asia de Sud-Vest este introdusă clandestin în Europa prin țările din Asia de Sud și de Est (India, Bangladesh, Sri Lanka, China).

Capturi

În 2005 s-au capturat, la nivel mondial, 342 de tone de opiu, 32 de tone de morfină și 58 de tone de heroină. Asia (China, Afganistan, Iran, Pakistan) a continuat să înregistreze cele mai mari cantități de heroină (54 %) din totalul capturilor mondiale, urmată de Europa (38 %) (ONU DC, 2007).

În 2005, un număr estimativ de 52 000 de capturi au dus la confiscarea a circa 16,8 tone de heroină în statele membre ale Uniunii Europene, în țările candidate și în Norvegia. Conform datelor din 2004, Regatul Unit continuă să înregistreze cel mai mare număr de capturi din Europa, urmat de Spania, Germania și Grecia, în timp ce Turcia a capturat cele mai mari cantități (urmată de Regatul Unit, Italia și Țările de Jos), înregistrând aproape jumătate din cantitatea totală interceptată în 2005 ⁽¹¹⁶⁾. În general, capturile de heroină au scăzut între 2000 și 2003 și, pe baza datelor disponibile, au crescut și începând cu 2003. În perioada 2000-2005, cantitățile totale de heroină capturate în statele membre ale Uniunii Europene au fluctuat în limitele unei tendințe ușor descendente, în timp ce, în aceeași perioadă, în Turcia s-a raportat o creștere considerabilă ⁽¹¹⁷⁾.

⁽¹¹⁵⁾ A se vedea „Interpretarea capturilor și a altor date de piață”, p. 37.

⁽¹¹⁶⁾ Acest lucru ar trebui verificat și confruntat cu datele lipsă pentru 2005, atunci când acestea vor fi disponibile. În scopul estimării, datele lipsă pentru 2005 au fost înlocuite cu datele pentru 2004.

⁽¹¹⁷⁾ A se vedea tabelele SZR-7 și SZR-8 din Buletinul statistic 2007.

Prețul și puritatea

Evidențierea tendințelor în ceea ce privește prețul și puritatea este dificil de realizat, din cauza lipsei de date consecvente și, prin urmare, estimările se bazează doar pe datele oferite de un număr limitat de țări ⁽¹¹⁸⁾. Majoritatea țărilor au raportat un preț mediu sau tipic de vânzare pe stradă a heroinei brune în intervalul 35-80 EUR pe gram. Între 2000 și 2005, prețurile medii ale heroinei, corectate în funcție de inflație, par să fi scăzut în majoritatea celor 18 țări care au furnizat date comparabile. Conform datelor raportate, puritatea medie a heroinei brune vândute pe stradă a variat considerabil, majoritatea țărilor raportând valori între 15 % și 50 %; cifrele referitoare la heroina albă (acolo unde au fost disponibile) au indicat valori mai mari (30-70 %). Puritatea medie sau tipică a produselor din heroină a fluctuat în majoritatea celor 18 țări raportoare începând cu anul 2000.

Estimările prevalenței consumului problematic de opiacee

Datele din această secțiune provin din indicatorul CPD (consum problematic de droguri) al OEDT, indicator care conține în special estimări ale consumului prin injecție și ale consumului de opiacee, deși, în câteva țări, consumatorii de amfetamine reprezintă și ei o componentă importantă ⁽¹¹⁹⁾. Estimarea numărului de consumatori problematici de opiacee este dificilă și sunt necesare analize sofisticate pentru a obține estimări ale prevalenței din sursele de date disponibile. De asemenea, deoarece majoritatea studiilor se concentrează pe o zonă geografică localizată, de exemplu un oraș sau un cartier, este dificil să se extrapoleze datele pentru a genera estimări naționale.

Realizarea de estimări este complicată și de faptul că tiparele de consum problematic de droguri din Europa par să se diversifice. De exemplu, problemele legate de policonsumul de droguri au devenit treptat tot mai importante în cele mai multe țări, iar unele țări în care problemele legate de opiacee (aproape exclusiv probleme legate de heroină) au fost predominante în trecut raportează acum ca importante alte droguri, de exemplu cocaina.

Estimările recente ale prevalenței consumului problematic de opiacee la nivel național se înscriu între unul și șase cazuri la 1 000 de persoane cu vârsta între 15 și 64 de ani. Comparativ, prevalența totală estimată a CPD se înscrie între unul și opt cazuri la 1 000 de persoane. Unele dintre cele mai scăzute estimări bine documentate disponibile provin de la noile state membre ale UE, deși acesta nu este

și cazul Maltei, unde s-a raportat o prevalență relativ ridicată (5,8-6,7 cazuri la 1 000 de persoane cu vârsta între 15 și 64 de ani) (Figura 8).

Din datele limitate disponibile se poate deduce o prevalență medie a consumului problematic de opiacee între patru și cinci cazuri la 1 000 de persoane cu vârsta între 15 și 64 de ani. Aceasta înseamnă că există aproximativ 1,5 milioane (între 1,3 și 1,7 milioane) de consumatori problematici de opiacee în UE și în Norvegia. Totuși, aceste estimări sunt departe de a fi suficient de solide, fiind necesare date mai complete în domeniu.

Tendențele consumului problematic de opiacee

Absența unor date istorice sigure complică evaluarea tendințelor consumului problematic de opiacee; de aceea, tendințele trebuie interpretate cu prudență. Rapoartele anumitor țări sugerează că, în medie, consumul problematic de opiacee este posibil să se fi stabilizat într-o anumită măsură în ultimii ani. Datele obținute din estimări repetate ale consumului problematic de opiacee în perioada 2001-2005 sunt disponibile doar în opt țări și oferă o imagine de relativă stabilitate, doar una dintre țări (Austria) raportând o creștere evidentă ⁽¹²⁰⁾.

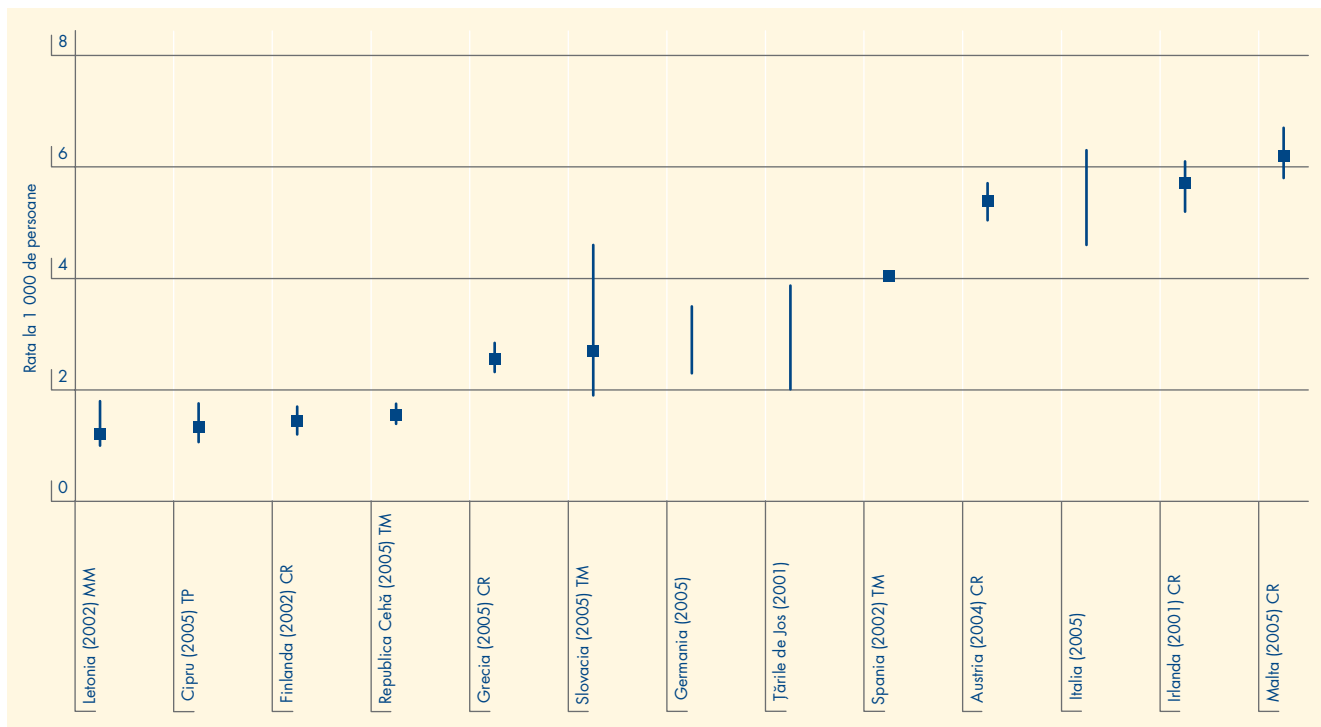
În ciuda indiciilor generale conform cărora tendința globală a prevalenței consumului de opiacee este relativ stabilă, există indicii ale unor creșteri ale capturilor de heroină (a se vedea anterior), posibil legate de disponibilitatea crescută a heroinei pe piața europeană, precum și indicii ale unui număr mai mare de cazuri raportate de deturnare a opiaceelor de la anumite utilizări legitime. În Italia, estimările incidenței consumului de heroină, bazate pe datele privind cererile de tratament, sugerează o creștere începând cu 1998, după o perioadă de declin, cu o incidență anuală de circa 30 000 de noi consumatori de heroină în 2005. În Austria, de asemenea, a crescut procentul persoanelor sub 25 de ani între noii pacienți aflați în tratament de substituție, ceea ce sugerează o creștere a numărului de tineri care se confruntă cu probleme, asociată cu deturnarea și consumul necontrolat al opiaceelor prescrise. În mod similar, după o perioadă de scădere, Republica Cehă raportează o creștere a consumului prin injecție a unei substanțe deturnate (în acest caz, buprenorfina), iar informațiile disponibile din Belgia sugerează că s-a produs o creștere a consumului ilegal de metadonă. Monitorizarea recentă a serviciilor de acces necondiționat din Franța ridică semne de întrebare cu privire la consumul ilegal de buprenorfina, inclusiv prin injecție, precum și la consumul în rândul tinerilor care au început consumul problematic de droguri cu buprenorfina,

⁽¹¹⁸⁾ A se vedea tabelele PPP-2 și PPP-6 din Buletinul statistic 2007.

⁽¹¹⁹⁾ Deși definiția tehnică utilizată de OEDT pentru indicatorul CPD este „consumul prin injecție sau consumul pe termen lung/frecvent de opiacee, cocaină și/sau amfetamine”, estimările referitoare la consumul problematic de droguri reflectă în special consumul de heroină. Pentru cele câteva țări care au raportat un consum problematic de amfetamine sunt disponibile estimări bine documentate. Estimările consumului problematic de cocaină sunt rare și este probabil ca indicatorul CPD să fie, cu excepția câtorva țări cu prevalență ridicată, mai puțin sigur pentru consumul acestui drog.

⁽¹²⁰⁾ A se vedea figura PDU-4 (partea ii) din Buletinul statistic 2007.

Figura 8: Estimările prevalenței consumului problematic de opiacee (rata la 1 000 de persoane cu vârste cuprinse între 15-64 de ani), 2001-2005



NB: Simbolul indică o estimare punctuală, iar bara indică un interval de incertitudine a estimării, care poate fi un interval de încredere de 95 % sau un interval bazat pe analiza sensibilității (a se vedea tabelul PDU-3 pentru a afla informații detaliate). Grupurile-jintă pot varia ușor din cauza diferitelor metode și surse de date; prin urmare, comparațiile trebuie realizate cu precauție. Unde nu se indică metoda, linia marcată reprezintă un interval între cea mai mică limită inferioară a tuturor estimărilor și cea mai mare limită superioară a acestora. Metode de estimare: CR = captură-recaptură; TM = multiplicator tratament; TP = distribuție Poisson; MM = multiplicator mortalitate. Pentru mai multe informații, a se vedea tabelele PDU-1, PDU-2 și PDU-3 din Buletinul statistic 2007.

Surse: Punctele focale naționale.

mai degrabă decât cu heroină; s-au raportat, de asemenea, preocupări față de noi subgrupuri de tineri marginalizați care își injectează drogul. Și în Finlanda, heroina pare să fi fost înlocuită masiv cu buprenorfina în rândul noilor cereri de tratament al dependenței de opiacee, buprenorfina fiind menționată din ce în ce mai frecvent în raportările cu privire la decesele provocate de supradoză.

Consumul de droguri injectabile

Consumatorii de droguri injectabile (CDI) se expun unui risc ridicat de probleme de sănătate rezultate din injectare, cum sunt infecțiile transmise pe cale sanguină (HIV-SIDA, hepatită), precum și pericolului supradozei. În ciuda importanței acestui tip de date pentru sănătatea publică, puține țări sunt în prezent în măsură să furnizeze estimări ale nivelurilor de consum prin injectare (Figura 9) și, prin urmare, îmbunătățirea monitorizării acestui grup special de consumatori reprezintă o provocare majoră pentru dezvoltarea sistemelor de monitorizare a sănătății din Europa.

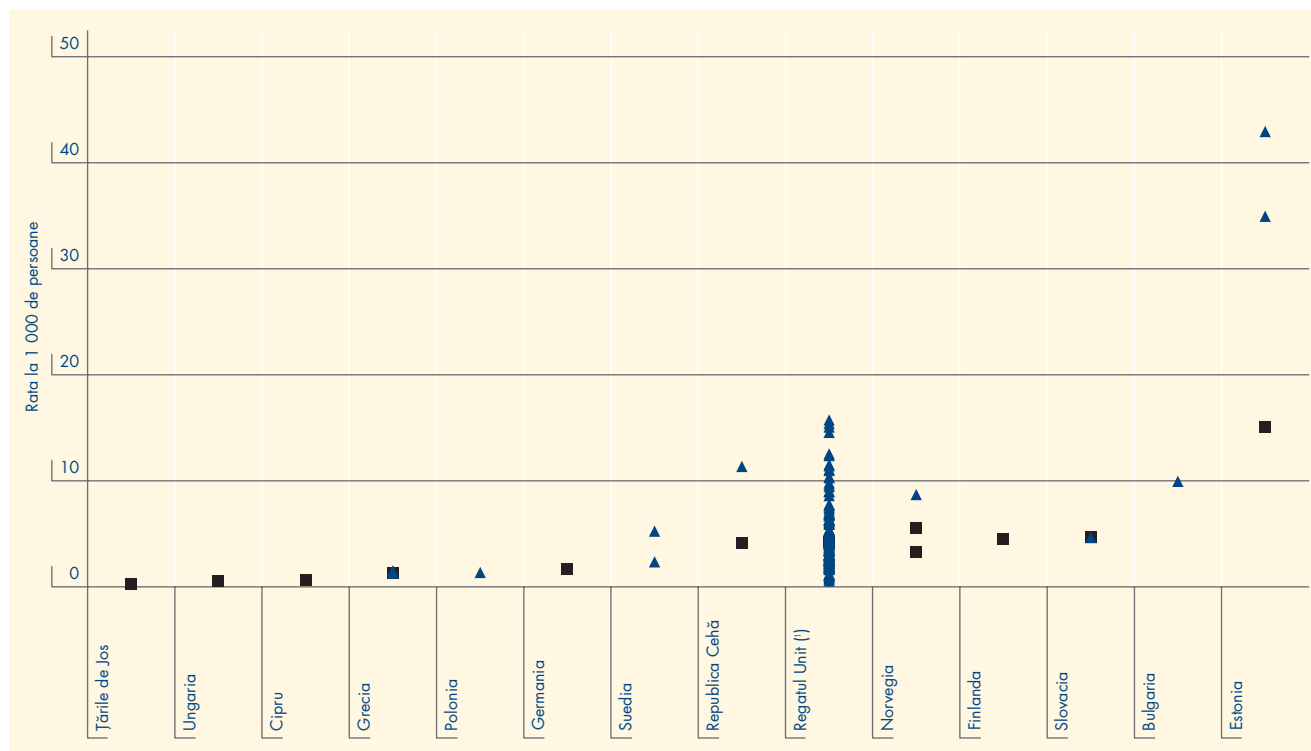
Estimări indirecte ale prevalenței consumului de droguri injectabile

Majoritatea estimărilor consumului prin injectare sunt derivate fie din ratele de supradoze fatale, fie din

datele privind bolile infecțioase (cum este HIV). Se raportează variații considerabile de la o țară la alta, estimările naționale variind în general între 0,5 și șase cazuri la 1 000 de persoane cu vârsta între 15 și 64 de ani, în perioada 2001-2005. O excepție o reprezintă Estonia, unde s-a raportat o estimare mult mai mare, de 15 cazuri la 1 000. Dintre celelalte țări care au fost în măsură să furnizeze date, cele mai mari estimări au fost raportate de Republica Cehă, Slovacia, Finlanda și Regatul Unit, între patru și cinci cazuri la 1 000 de persoane cu vârsta între 15 și 64 de ani, iar cele mai mici cifre provin din Cipru, Ungaria și Țările de Jos: sub un caz la 1 000.

Extrapolarea datelor limitate disponibile trebuie făcută cu prudență, însă sugerează o prevalență medie a CDI (persoane care își injectează în mod frecvent drogul) între trei și patru cazuri la 1 000 de persoane din populația adultă. Acest lucru înseamnă că s-ar putea să existe în prezent în jur de 1,1 milioane (0,9-1,3 milioane) de persoane care își injectează drogul în UE și în Norvegia. Respectivul persoane își injectează în special opiacee, deși s-ar putea să-și injecteze și alte droguri, iar unele țări (Republica Cehă, Slovacia, Finlanda, Suedia) raportează drept o problemă majoră injectarea de amfetamină sau de metamfetamină.

Figura 9: Estimări din studiile naționale și subnaționale ale prevalenței consumului de droguri injectabile (rata la 1 000 de persoane cu vârste cuprinse între 15-64 de ani), 2001-2005



(*) Estimările regionale din Anglia pentru perioada 2004/2005.

NB: Pătrat negru = eșantion cu acoperire națională; triunghi albastru = eșantion cu acoperire subnațională.

Modelul estimărilor subnaționale ale prevalenței depinde în mare măsură de disponibilitatea și de localizarea studiilor într-o țară. Grupurile-țintă pot varia ușor din cauza diferitelor metode și surse de date; prin urmare, comparațiile trebuie realizate cu prudență.

Pentru mai multe informații, a se vedea tabelele PDU-1, PDU-2 și PDU-3 din Buletinul statistic 2007.

Surse: Punctele focale naționale.

Tendențele consumului de droguri injectabile pe baza datelor privind cererile de tratament

Evaluarea tendințelor consumului prin injectare este dificilă din cauza lipsei de date, deși o perspectivă asupra acestui comportament este oferită de informațiile privind consumatorii de droguri care încep tratamentul. Cererile de tratament ale consumatorilor de opiacee, de exemplu, pot oferi indicii despre tiparele de consum la nivelul populației generale. Procentul consumatorilor de droguri injectabile, calculat din totalul consumatorilor de heroină ca drog primar care au început tratamentul pentru droguri (perioada 2001-2005), indică diferențe pronunțate între nivelurile de injectare din diversele țări. În general, aceste date sugerează că injectarea s-ar putea să-și piardă din popularitate, observându-se scăderi ale practicii în Danemarca, Irlanda, Grecia, Ungaria, Regatul Unit și Turcia. În unele țări (Spania, Țările de Jos, Portugalia), un procent relativ mic al consumatorilor de heroină aflați sub tratament își injectează drogul. Totuși, acest tablou nu este identic pretutindeni; de exemplu, în mai multe dintre noile state membre, injectarea pare să rămână modul predominant de administrare a heroinei. Trebuie remarcat faptul că tendințele de injectare în rândul celor care nu consumă heroină pot fi diferite.

Tratamentul dependenței de opiacee

Tratamentul de menținere

În prezent este disponibilă o bază de dovezi relativ solidă, sprijinită de date obținute din studiile privind rezultatele tratamentului și din studii clinice controlate, această bază fiind utilă pentru evaluarea eficacității tratamentelor de substituție în tratarea dependenței de heroină sau de alte opiacee (a se vedea Gossop, 2006 pentru a consulta o analiză). Efectele pozitive s-au făcut simțite în reducerea consumului de droguri ilegale, a comportamentelor de risc pentru sănătate și a criminalității, precum și într-o mai bună funcționare socială. Programele de tratament de substituție includ, de obicei, pe lângă un element de prescriere, alte tipuri de intervenții care promovează schimbarea de comportament. În general, există în acest domeniu un consens conform căruia constituie o bună practică integrarea programelor în cadrul mai larg al asistenței medicale și al asistenței sociale.

Practica de prescriere a tratamentului de substituție în Europa

În ultimii cincisprezece ani, furnizarea de tratament pentru dependența de heroină a crescut foarte mult în UE. Conform

Asigurarea calității și tratamentul de substituție

Eficiența oricărui serviciu depinde de calitatea îngrijirilor pe care le oferă. S-a exprimat preocuparea că anumite programe de tratament de substituție sunt de slabă calitate, punându-se prea mare accent pe prescriere și insuficient pe furnizarea unui pachet mai cuprinzător de asistență socială și medicală. Criticile aduse menționează și: absența unei monitorizări clinice adecvate; practici slabe de prescriere, care duc la deturnarea drogurilor spre piața ilicită; în fine, faptul că programele de tratament cu doze mici nu se adaptează dovezilor clinice privind eficiența (Loth *et al.*, 2007; Schifano *et al.*, 2006; Strang *et al.*, 2005).

Multe țări au luat foarte în serios aceste preocupări, iar Danemarca, Germania și Regatul Unit raportează desfășurarea de analize care au obiectivul de a îmbunătăți calitatea serviciilor oferite. În mod similar, Danemarca a încheiat recent un proiect de trei ani care a studiat impactul asistenței psihosociale mai ample în cadrul tratamentului de substituție și a testat procesele de asigurare a calității.

În Germania, două studii recente au examinat practicile terapeutice de substituție și posibilitățile de îmbunătățire a îngrijirii (COBRA) și au explorat problemele legate de asigurarea calității, această din urmă activitate conducând la elaborarea unui nou manual pentru medici (ASTO). În Regatul Unit, s-a realizat recent un audit în Anglia, cu obiectivul de a analiza practicile de prescriere și de gestionare clinică și de a evalua gradul în care acestea sunt în conformitate cu principiile clinice existente.

Disponibilitatea principiilor clinice, a standardelor și a protocoalelor de tratament naționale este importantă pentru asigurarea calității tratamentului de substituție. Se raportează principii clinice și protocoale de tratament naționale în curs de pregătire sau de revizuire în Danemarca, Irlanda, Ungaria, Portugalia, Regatul Unit și Norvegia, iar Slovacia a publicat orientări privind administrarea tratamentului cu metadonă în 2004. În Țările de Jos, tratamentul de menținere se realizează acum tot mai mult în conformitate cu standardele de tratament medical, iar administrarea metadonei este supravegheată în timpul primei faze a tratamentului. În Austria, s-au redactat în 2005 două decrete care stabilesc un cadru pentru tratamentul asistat medical, cu scopul de a îmbunătăți tratamentul de substituție și de a include măsuri privind consumul supravegheat, precum și reglementări pentru medicii care lucrează în acest domeniu.

Un sistem național de monitorizare pentru raportarea privind pacienții incluși în programele de tratament de substituție oferă, de asemenea, informații utile pentru evaluarea calității și a disponibilității serviciilor. În prezent, existența unor astfel de sisteme este raportată în 17 state membre și sunt în pregătire registre naționale de substituție în Belgia și Luxemburg, în timp ce în Republica Cehă se pune în aplicare o extindere a registrului existent la toate centrele medicale.

datelor disponibile, acest fapt se datorează în special unei creșteri de peste șapte ori a furnizării unui tratament de substituție în statele membre din UE-15, începând cu 1993.

Cu excepția a cinci țări (Republica Cehă, Franța, Letonia, Finlanda, Suedia), metadonă este de departe cel mai utilizat drog de substituție, fiind folosită în circa 72 % din totalul tratamentelor de substituție ⁽¹²¹⁾. În general, tratamentul cu metadonă se efectuează în centre specializate de tratament în ambulatoriu, însă în unele țări poate fi furnizat și în centre de medicină generală sau, după ce pacienții au fost stabiliți, în centre de îngrijire comunitare. Practica de administrare a metadonei este variabilă; uneori aceasta este disponibilă numai în centre specializate, iar administrarea este supravegheată, însă în anumite țări cum ar fi Regatul Unit, farmaciile joacă și ele un rol important și se pot elibera chiar și rețete pentru a fi administrată acasă.

În ultimii ani, în UE s-a manifestat un interes și pentru alți agenți farmacologici de tratare a dependenței de droguri, iar utilizarea acestora, în special a buprenorfinei, a devenit o practică obișnuită. Slovenia (în 2005) și Malta (în mai 2006) s-au alăturat grupului de țări europene care autorizează tratamentul de menținere cu buprenorfină în unități specializate ⁽¹²²⁾; în prezent, Bulgaria, Ungaria, Polonia și România sunt singurele țări în care această opțiune de tratament nu este disponibilă.

Unul dintre motivele pentru care utilizarea buprenorfinei prezintă interes este că reprezintă o opțiune farmaceutică mai adecvată decât metadonă pentru utilizare în context de îngrijiri comunitare. Această chestiune complexă este discutată detaliat în extrasul din 2005 privind buprenorfina. În majoritatea țărilor, buprenorfina poate fi prescrisă numai de medici instruiți și acreditați în acest sens și face obiectul unor reglementări referitoare la statutul său de substanță aflată sub control prevăzute de convențiile internaționale (Tabelul III din Convenția ONU din 1988 contra traficului ilicit de stupefiante și substanțe psihotrope).

Buprenorfina este comercializată sub formă de tablete sublinguale și, deși nu este considerată o substanță deosebit de atractivă pentru injectare, s-au raportat cazuri de dizolvare a tabletelor și injectarea ulterioară. Potențialul de consum ilegal al buprenorfinei este confirmat de diverse raportări din unele țări în care s-a constatat deturnarea drogului spre piața ilicită. Pentru a elimina consumul ilegal de buprenorfină, s-a elaborat o nouă formulă a drogului, în combinație cu naloxonă. Această formulă, Suboxona, a primit autorizația de introducere pe piața europeană în 2006.

În ianuarie 2007, Țările de Jos au introdus tratamentul asistat cu heroină ca posibilă opțiune de tratare a dependenței de opiacee, extinzând numărul locurilor de tratament la circa 1 000, alăturându-se astfel Regatului Unit drept una dintre cele două țări europene care oferă această opțiune. În general, numărul pacienților cărora li se administrează heroină în Europa este foarte mic, iar tratamentul este de obicei rezervat cazurilor cronice, în care alte opțiuni terapeutice nu au dat rezultate. Eficacitatea heroinei ca agent de substituție a fost cercetată și în cadrul unor cercetări

⁽¹²¹⁾ A se vedea tabelele HSR-7, HSR-9 și HSR-11 din Buletinul statistic 2007.

⁽¹²²⁾ A se vedea figura HSR-1 și tabelul HSR-8 din Buletinul statistic 2007.

Procedura de autorizare europeană a introducerii pe piață a produselor medicamentoase

Agencia Europeană pentru Medicamente (EMA) răspunde de evaluarea științifică a cererilor de autorizare europeană de introducere pe piață a produselor medicamentoase. Medicamentele autorizate prin procedura centralizată obțin o autorizație unică de introducere pe piață care este valabilă în toate statele membre ale Uniunii Europene.

Toate produsele medicamentoase autorizate sunt monitorizate și din punctul de vedere al siguranței. Acest lucru este realizat prin rețeaua UE de agenții naționale pentru medicamente, în strânsă colaborare cu profesioniștii din domeniul medical și cu societățile farmaceutice.

EMA publică un raport european public de evaluare (EPAR) pentru fiecare produs autorizat la nivel central cărui i se acordă o autorizație de introducere pe piață; rapoartele EPAR sunt publicate pe site-ul web al EMA (<http://www.emea.europa.eu/>), iar rezumatul pentru public este disponibil în toate limbile oficiale ale UE. EMA lucrează și în parteneriat cu OEDT și cu Europol pentru a sprijini activitatea de depistare a noilor amenințări în domeniul drogurilor din Europa, în contextul unei decizii a Consiliului (a se vedea capitolul 7).

experimentale derulate atât în Spania (March *et al.*, 2006), cât și în Germania (Naber și Haasen, 2006). Ambele studii au raportat rezultate pozitive ale tratamentului, sugerând că această abordare s-ar putea dovedi o modalitate adecvată de tratare a consumatorilor de opiacee problematice și excluși de societate care au avut rezultate slabe la alte tipuri de tratament. Alături de lucrări anterioare, aceste studii privind prescrierea de heroină au stimulat dezbaterea despre necesitatea punerii la dispoziție pe scară mai mare a acestei opțiuni de tratament.

Date privind tratamentul

OEDT colectează două tipuri de informații pentru a descrie tratamentul în Europa. Indicatorul de cerere de tratament se bazează pe monitorizarea caracteristicilor pacienților care încep tratamentul în Europa. În plus, statelor membre li se solicită să furnizeze date care descriu structura generală și disponibilitatea serviciilor.

Date derivate din indicatorul de cerere de tratament

Datele obținute prin monitorizarea pacienților care încep un tratament pentru droguri în Europa oferă o imagine nu numai asupra situației epidemiologice în ceea ce privește tiparele de consum și tendințele, ci și asupra cererii și disponibilității relative a diferitelor forme de tratament. Acest fapt poate produce dificultăți de interpretare a informațiilor disponibile, deoarece o creștere a numărului de pacienți tratați pentru

o anumită problemă cu drogurile poate indica fie faptul că cererea de servicii a crescut, fie faptul că disponibilitatea unui anumit tip de serviciu a crescut. Ca factor care facilitează analiza acestui tip de date, se face o distincție între noile cereri de tratament și totalul cererilor de tratament, presupunându-se că noile cereri de tratament reflectă mai bine modificările tiparelor generale de consum de droguri, iar totalul cererilor de tratament reflectă mai bine cererea globală în sectorul tratamentului pe ansamblu.

Informațiile care provin din indicatorul privind cererea de tratament (ICT) nu acoperă toate persoanele tratate pentru droguri, adică un număr considerabil de persoane: sunt înregistrați numai pacienții care solicită tratament în cursul anului de raportare; totuși, în 2007, este în curs de punere în aplicare un proiect-pilot care vizează să extindă colectarea datelor europene la pacienții care urmează un tratament permanent⁽¹²³⁾ și să evalueze sfera de acoperire a sistemelor naționale.

În multe țări, opiaceele (în special heroina) rămân principalul drog pentru care pacienții solicită tratament. Din totalul de 326 000 de cereri de tratament raportate pentru anul 2005 conform indicatorului cerere de tratament, opiaceele au fost înregistrate ca drog principal în aproximativ 40 % din cazuri, aproximativ 46 % dintre acești pacienți declarând că își injectează drogul⁽¹²⁴⁾.

Unele țări raportează un procent semnificativ de cereri de tratament legate de alte opiacee decât heroina. În Finlanda, alte opiacee, în special buprenorfina, sunt raportate drept drogul primar consumat de către 41 % dintre pacienții tratați pentru consum de droguri, iar în Franța, pentru 7,5 % din totalul pacienților se raportează consumul de buprenorfina. În Regatul Unit și în Țările de Jos, pentru aproximativ 4 % dintre pacienți se raportează consumul de metadonă drept drog primar. În Spania, Letonia și Suedia, între 5 % și 7 % dintre pacienții tratați pentru consum de droguri încep tratamentul pentru consum primar de opiacee nespecificate (altele decât heroina sau metadonă)⁽¹²⁵⁾. În Ungaria, țară în care consumul de preparate „de casă” din mac opiaceu are o lungă istorie, aproximativ 4 % dintre cererile de tratament sunt legate de opiu.

Majoritatea consumatorilor de opiacee sunt raportați de unitățile de tratament în ambulatoriu; totuși, în Suedia, 71 % dintre pacienții consumatori de opiacee sunt raportați de centrele cu regim de internare, ceea ce indică faptul că serviciile sunt structurate diferit în această țară. Un mic procent (3 %) din cererile de tratament cu internare pentru pacienții consumatori de opiacee este raportat și de Regatul Unit⁽¹²⁶⁾. În cele câteva țări care raportează date privind cererea de tratament în agenții cu acces necondiționat, un procent semnificativ al pacienților tratați pentru droguri solicită tratament pentru consumul primar de opiacee⁽¹²⁷⁾.

⁽¹²³⁾ A se vedea <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1420> (raport de reuniune 2006).

⁽¹²⁴⁾ A se vedea tabelul TDI-5 din Buletinul statistic 2007.

⁽¹²⁵⁾ A se vedea tabelul TDI-114 din Buletinul statistic 2007.

⁽¹²⁶⁾ A se vedea tabelul TDI-24 din Buletinul statistic 2007.

⁽¹²⁷⁾ A se vedea tabelul TDI-119 din Buletinul statistic 2007.

Proporția relativă a cererilor de tratament ale pacienților neconsumatori de opiacee este în creștere în setul de date ICT; de altfel, numărul pacienților noi care solicită tratament pentru consumul de opiacee este în scădere în multe țări, cifra absolută de noi cereri de tratament raportate pentru consum primar de heroină scăzând de la 80 000 în 1999 la 51 000 în 2005 ⁽¹²⁸⁾.

Nivelurile tratamentului de substituție

În statele membre ale UE și în Norvegia, în decursul anului 2005, se estimează că numărul de tratamente de substituție pentru droguri a fost de cel puțin 585 000. Această estimare se bazează pe monitorizarea tratamentelor realizată în majoritatea țărilor și oferă o imagine generală asupra disponibilității acestui serviciu. Cifrele menționate reprezintă, probabil, o estimare minimă, deoarece există un deficit de raportare în cazul anumitor modalități de tratament, de exemplu în ceea ce privește tratamentul administrat de medicii generalişti sau cel administrat în penitenciare.

Marea majoritate a pacienților tratați (97 %) sunt raportați de statele membre ale UE-15, care înregistrează și majoritatea (80 %) cererilor de tratament raportate în setul de date ICT. Aceasta reprezintă o creștere mai mare decât de șapte ori față de 1993, când cazurile de tratament de substituție erau estimate la 73 000 (Farrell, 1995). Datele indică o creștere de aproximativ 15 % a numărului de pacienți din UE și Norvegia între 2003 și 2005, în mare parte datorată creșterilor din Germania (creștere estimată de 8 300 de cazuri), Franța (5 706), Italia (6 234), Portugalia (4 168) și Regatul Unit (41 500) ⁽¹²⁹⁾. În 2005, stabilizarea numărului de pacienți aflați în tratament de substituție a fost raportată de Țările de Jos (122 de cazuri la 100 000 de locuitori) și de Luxemburg (355 de cazuri la 100 000).

Cea mai mare creștere relativă între 2003 și 2005 a fost observată (fără să se limiteze la aceste țări) în câteva dintre noile state membre, țările care raportează creșteri substanțiale (peste 40 %) fiind Bulgaria, Estonia, Grecia, Lituania, România și Norvegia. Aceste creșteri au coincis cu o extindere geografică a disponibilității opțiunii de tratament de substituție în multe dintre aceste țări. Furnizarea tratamentului de substituție nu a crescut în toate noile state membre. Ungaria, Polonia și Slovacia au raportat o situație relativ stabilă, în timp ce numărul pacienților tratați cu metadonă în programul leton cu acces necondiționat a scăzut de la 67 la 50. În două țări cu antecedente de niveluri ridicate ale ofertei, Spania și Malta, oferta a scăzut recent, reflectând probabil nivelurile globale ale cererii din aceste țări.

Relația dintre cererile de tratament repetate, nivelurile de menținere și prevalența consumului de opiacee este complexă. Nivelurile cererilor de tratament repetate ale

pacienților și numărul de pacienți aflați în programe de menținere sunt determinate de evoluțiile din trecut ale incidenței și prevalenței consumului de opiacee, precum și de organizarea și de tipul serviciului de tratament. Pentru câteva țări, este posibilă estimarea nivelurilor prevalenței consumului de opiacee în vederea calculării raportului dintre numărul pacienților aflați în tratament de menținere și numărul consumatorilor problematici de opiacee.

Pentru țările UE în care au fost disponibile estimări ale consumului problematic de opiacee în 2005, s-a calculat gradul în care sunt tratați prin substituție consumatorii problematici de opiacee (Figura 10). Rezultatele indică diferențe considerabile între țări, cu rate care variază de la sub 10 % (Slovacia) la circa 50 % (Italia) din consumatorii de opiacee. Cu toate acestea, datele sugerează nevoia de a analiza disponibilitatea opțiunilor de tratament în toate țările, pentru a garanta că este disponibilă o ofertă care să acopere nevoile estimate.

În ciuda unor creșteri recente ale tratamentului de substituție în țările baltice și în țările din Europa Centrală, nivelurile rămân scăzute în comparație cu numărul estimativ de consumatori de opiacee din respectivele state membre, cu excepția Sloveniei. O estimare legată de Estonia sugerează că numai 5 % dintre consumatorii de heroină din cele patru centre urbane majore sunt incluși în programe de substituție și că această proporție este de 1 % la nivel național.

Cererile de tratament pentru opiacee

Procentul cererilor de tratament pentru consum primar de opiacee reflectă, într-o anumită măsură, prevalența relativă a opiaceelor ilegale ca drog problematic care necesită tratament (suplimentar), deși acest procent este influențat de organizarea serviciilor de tratament și a sistemului de raportare.

Proporția pacienților care solicită tratament pentru consum de opiacee variază de la o țară la alta. Pe baza celor mai recente date disponibile, cererile consumatorilor de opiacee reprezintă 40-70 % din totalul cererilor de tratament din 12 țări, sub 40 % în șapte țări și peste 70 % în șase țări ⁽¹³⁰⁾.

Ponderea cererilor pentru dependența de heroină din totalul cererilor de tratament pentru droguri a scăzut de la 74 % în 1999 la 61 % în 2005. Singurele țări care nu au raportat o scădere sunt Bulgaria și Regatul Unit ⁽¹³¹⁾.

Scăderea absolută a noilor cereri de tratament pentru opiacee, legate în special de consumul de heroină, este confirmată de analiza tendințelor prezentate de noii pacienți consumatori de heroină: toate țările, cu excepția Bulgariei și a Greciei, raportează o scădere a procentului de noi cereri de tratament pentru consum primar de heroină în rândul noilor pacienți în ultimii șapte ani. Din 1999 în 2005, procentul noilor pacienți consumatori de heroină

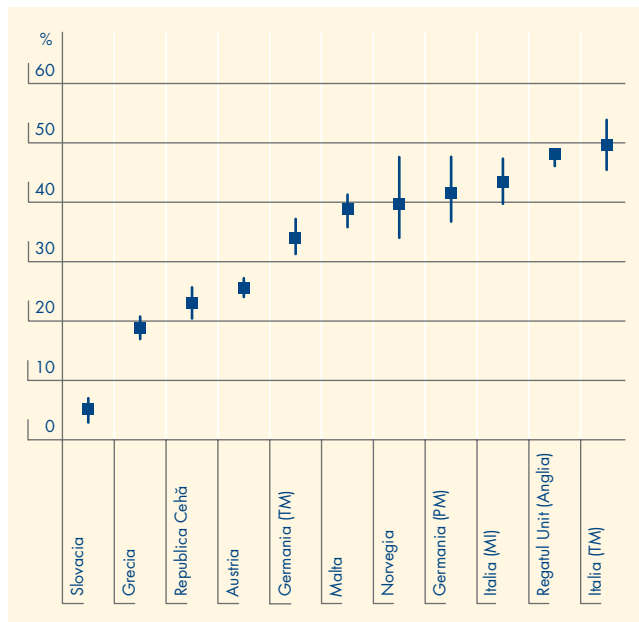
⁽¹²⁸⁾ A se vedea figura TDI-1 din Buletinul statistic 2007.

⁽¹²⁹⁾ A se vedea tabelul HSR-7 din Buletinul statistic 2007.

⁽¹³⁰⁾ A se vedea tabelul TDI-5 din Buletinul statistic 2007.

⁽¹³¹⁾ A se vedea figura TDI-3 din Buletinul statistic 2007.

Figura 10: Numărul de pacienți în tratament de menținere cu opiacee ca procent din numărul estimat de consumatori problematici de opiacee, 2005



NB: Aceste informații sunt disponibile numai pentru nouă țări. Simbolul indică o estimare punctuală; bara indică un interval de incertitudine provenit din procedurile de estimare; numărul de consumatori de opiacee este estimat prin diverse metode: TM = multiplicator tratament; PM = multiplicator poliție; MI = indicator multivariabil. Unde nu se indică metoda, linia marcată reprezintă un interval între cea mai mică limită inferioară a tuturor estimărilor și cea mai mare limită superioară a acestora. Pentru mai multe informații, a se vedea figura HSR-3 din Buletinul statistic 2007.

Surse: Punctele focale naționale.

calculat din totalul noilor pacienți a scăzut de la 70 % la 37 %.

Pacienții care solicită tratament

Persoanele care solicită tratament pentru consumul de opiacee tind să fie mai în vârstă decât cele care solicită tratament pentru consumul altor droguri ⁽¹³²⁾ și, de asemenea, raportează de obicei o situație socială mai nefavorabilă. Nivelurile de șomaj în rândul pacienților consumatori de opiacee sunt în general ridicate, nivelurile de educație scăzute și un procent de 10-18 % dintre acești pacienți sunt persoane fără adăpost.

Majoritatea pacienților (60 %) declară că au început să consume opiacee înainte de a împlini 20 de ani; prima experimentare a opiaceelor după vârsta de 25 de ani este foarte rară ⁽¹³³⁾. S-a raportat un interval mediu de 7-8 ani între prima experimentare a opiaceelor și primul contact cu un serviciu pentru tratamentul dependenței: vârsta medie de debut în consumul de opiacee este de 22 de ani, iar vârsta medie a primei cereri de tratament este de 29-30 de ani. Pacienții care solicită tratament cu internare sunt în general puțin mai în vârstă decât cei care primesc îngrijiri în ambulatoriu, iar datele sugerează un interval destul de scurt între primul contact cu serviciul de tratament și episoadele ulterioare de tratament.

Dintre pacienții consumatori de opiacee care primesc tratament în ambulatoriu, raportul este de trei bărbați la o femeie, iar în cazul pacienților internați același raport este de patru bărbați la o femeie; totuși, există diferențe de la o țară la alta, în țările Europei de Sud înregistrându-se în general un procent mai mare de bărbați din totalul populației tratate.

Per ansamblu, în Europa, din totalul pacienților consumatori de opiacee solicitanți de tratament pentru care se cunoaște modul de administrare a drogului, o medie de 58 % își injectează substanța (53 % dacă se iau în considerare doar pacienții noi). Procentul de consumatori prin injecție este cel mai ridicat în România, Republica Cehă și Finlanda și este cel mai redus în Țările de Jos, Danemarca și Spania ⁽¹³⁴⁾.

Majoritatea pacienților consumatori de opiacee practică policonsumul, combinând opiaceele cu o altă substanță secundară, în special cu un alt opiaceu (35 %), cu cocaina (23 %), respectiv cu cannabisul (17 %) ⁽¹³⁵⁾.

Unele țări raportează un grad ridicat de coexistență a dependenței de opiacee și a altor tulburări psihice la consumatorii de opiacee; această observație a fost făcută și în multe studii clinice, care indică faptul că depresia foarte gravă, tulburările de anxietate, comportamentul antisocial și tulburările de personalitate la limită sunt tulburări relativ obișnuite printre consumatorii de opiacee (Mateu *et al.*, 2005).

⁽¹³²⁾ A se vedea tabelul TDI-10 din Buletinul statistic 2007.

⁽¹³³⁾ A se vedea tabelele TDI-11, TDI-107 și TDI-109 din Buletinul statistic 2007.

⁽¹³⁴⁾ A se vedea tabelele TDI-4 și TDI-5 din Buletinul statistic 2007.

⁽¹³⁵⁾ A se vedea tabelul TDI-23 din Buletinul statistic 2007.



Capitolul 7

Tendențe noi și emergente în consumul de droguri și măsuri împotriva noilor droguri

Tendențele emergente în consumul de droguri imită, extind sau înlocuiesc adesea tendințele care erau populare anterior și ridică întrebări în legătură cu motivul pentru care se consumă substanțe psihoactive. De aceea, tendințele emergente în consumul de droguri și de alcool trebuie înțelese nu numai în relație cu modificările în planul politicilor guvernamentale, ci și interconectate și în contextul mai larg al ceea ce se consideră la modă și al modificărilor socioculturale prezente în modul de petrecere a timpului liber.

Progresele înregistrate de tehnologia informației și de mijloacele de comunicare, în special de internet, oferă canale care facilitează difuzarea noilor tendințe și permit exprimarea diverselor opinii despre consumul de droguri și riscurile asociate.

Tiparele de consum noi sau în curs de schimbare apar, de obicei, la nivel local sau la nivel de oraș și foarte puține state membre dispun, de exemplu, de sisteme de monitorizare care să determine cât de grave sunt intoxicațiile datorate consumului unei substanțe psihoactive noi sau emergente. În contextul acestui tablou parțial, informațiile acumulate despre tendințele emergente în consumul de droguri din Europa sunt evaluate prin coroborarea de date dintr-un evantai vast de surse diferite.

Prezentul capitol prezintă evoluțiile recente ale consumului ilegal de substanțe psihoactive neabordate de principalii indicatori privind drogurile, care au fost identificate recent drept potențiale probleme de către factorii de decizie politică sau care au atras atenția mass-mediei.

Piperazinele: substanțe psihoactive noi

Cea mai semnificativă evoluție din ultimii ani legată de substanțele psihoactive noi este răspândirea diversilor derivați noi ai piperazinei, o serie de astfel de derivați apărând în Europa între 2004 și 2006.

Această grupă de substanțe sintetice este derivată din compusul original piperazină și include BZP (1-benzilpiperazină) și mCPP (1-(3-clorfenil)piperazină). Aceste două substanțe sunt disponibile pe scară largă de la furnizorii de substanțe chimice și de pe internet, iar producția ilegală se limitează în special la tablete sau la capsule.

BZP

Studiile au comparat efectele fiziologice și subiective ale BZP cu cele ale amfetaminei, sugerându-se că BZP are aproximativ o zecime din puterea dexamfetaminei.

În ultimii ani, produsele care conțin BZP au început să fie promovate în mod agresiv drept o alternativă legală la ecstasy de către diverși vânzători cu amănuntul prin intermediul materialelor tipărite, al site-urilor internet, în anumite magazine, în cluburi și la festivaluri și pot fi comercializate drept „ecstasy”. BZP este oferită în diverse combinații cu alte piperazine, unele dintre aceste combinații – în special BZP în combinație cu TFMPP ⁽¹³⁶⁾ – fiind elaborate astfel încât să imite efectele ecstasy. Aceste produse sunt etichetate de obicei în mod vizibil drept substanțe cu conținut de piperazină, însă sunt adesea greșit interpretate drept „naturale” sau „vegetale”.

Dovezile acumulate în UE despre tendințele emergente în consumul de droguri sugerează că acestea ar putea evolua în paralel cu tendințele consumatorilor de pe piețele legale – de exemplu vânzarea unei substanțe complet sintetice, cum este BZP, cu pretenția că este „naturală” sau „vegetală” poate indica faptul că a crescut interesul consumatorilor pentru produsele naturale. De asemenea, siguranța percepută a BZP este consolidată de faptul că produsele sunt vândute adesea de anumiți vânzători cu amănuntul sau în magazine specializate, mai degrabă decât pe stradă.

BZP a fost întâlnită în 14 state membre ale UE (Belgia, Danemarca, Germania, Irlanda, Grecia, Spania, Franța, Malta, Țările de Jos, Austria, Portugalia, Finlanda, Suedia, Regatul Unit) și Norvegia.

Există anumite dovezi referitoare la riscurile pentru sănătate implicate de BZP, care pare să aibă o marjă de siguranță foarte mică atunci când este consumată în context „recreativ”. În Regatul Unit s-au raportat incidente în care s-au depistat clinic intoxicații cu BZP, iar BZP a fost confirmată toxicologic drept singura substanță psihoactivă consumată care a produs reacții adverse, unele ducând la urgențe medicale. Cu toate acestea, nu există cazuri fatale care să poată fi atribuite direct BZP. În martie 2007, UE a răspuns preocupării crescânde privind consumul de BZP, solicitând în mod formal o evaluare a riscurilor sociale și de sănătate implicate de această substanță ⁽¹³⁷⁾.

⁽¹³⁶⁾ 1-(3-trifluormetilfenil)piperazină.

⁽¹³⁷⁾ A se vedea <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1346>

mCPP

Efectele mCPP sunt descrise drept stimulente și halucinogene, similare cu cele ale ecstasy (MDMA). Tabletele care conțin mCPP sunt adesea concepute astfel încât să aibă aspectul celor de ecstasy și sunt aproape întotdeauna comercializate drept ecstasy, cele două droguri fiind uneori utilizate în combinație. Se poate presupune că se adaugă mCPP pentru a potența sau pentru a ameliora efectele MDMA.

Din 2004, mCPP a fost depistată în 26 de state membre (toate, cu excepția Ciprului) și în Norvegia; ca atare, devine cea mai frecvent întâlnită substanță psihotropă nouă din UE din 1997, de când a fost inițiat sistemul european de monitorizare cu avertizare timpurie și până în prezent.

În Uniunea Europeană nu s-au raportat intoxicații grave sau cazuri fatale ca urmare a consumului de mCPP. Există dovezi puține că mCPP ar fi o substanță deosebit de periculoasă în ceea ce privește toxicitatea acută, însă nu s-a determinat încă toxicitatea cronică (dată de consumul prelungit).

GHB

Vânzările de GHB ⁽¹³⁸⁾ deschise, prin internet, au fost reduse de când această substanță a fost adăugată în martie 2001 în Tabelul IV al Convenției ONU contra traficului ilicit de stupefiante și substanțe psihotrope și, prin urmare, toate țările UE au obligația de a o controla prin intermediul legislației lor privind substanțele psihotrope. GHB a fost utilizat în scopuri terapeutice ca anestezic în Franța și în Germania, precum și în tratarea problemelor legate de renunțarea la alcool în Austria și Italia. În iunie 2005,

Abuzurile sexuale sub efectul drogurilor

Cazurile de abuz sexual prin adăugarea pe ascuns a unui drog în băutura victimei pentru a o aduce în stare de incapacitate au fost raportate tot mai mult în mass-media și în literatura medicală începând cu anii '80. Cu toate acestea, dovezile criminalistice pentru acest tip de infracțiuni sunt dificil de obținut. Studiile criminalistice arată, într-adevăr, că s-au identificat, în multe cazuri de pretins abuz sexual (80 % dintre cazurile din Franța și 30 % din Regatul Unit), concentrații ridicate de alcool și de benzodiazepină, însă marja îngustă de depistare a unor droguri precum GHB este o limită care împiedică stabilirea dovezilor în cazuri de pretinse infracțiuni care nu au fost raportate imediat. Dovezile criminalistice obținute din studii realizate din 2000 (în Regatul Unit, Franța, Statele Unite ale Americii și Australia) indică faptul că administrarea de droguri pe ascuns în scopul abuzului sexual nu pare a fi frecventă, deși incidența reală s-ar putea să fie mai mare decât cea identificată, din cauza neraportării sau a raportării întârziate.

Comitetul pentru produse medicamentoase de uz uman (CHMP) al EMEA a recomandat acordarea unei autorizații de introducere pe piață pentru produsul medicamentos Xyrem (în care GHB era substanța activă) utilizat în tratarea cataplexiei la pacienții adulți cu narcolepsie (EMA, 2005) ⁽¹³⁹⁾.

GHB este ușor de fabricat din precursorii săi, gama-butirolactonă (GBL) și 1,4-butandiol (1,4-BD), solvenți utilizați la scară largă în industrie și disponibili în comerț. Câteva țări, recunoscând posibilitatea de deturnare a acestor precursori, au optat pentru controlarea unuia dintre ei sau a amândurora, prin intermediul legislației privind controlul drogurilor sau al legislației echivalente (Italia, Letonia, Suedia). Deoarece GBL nu este controlat în majoritatea statelor membre și furnizorii de substanțe chimice online oferă un acces foarte facil la această substanță, unii consumatori de GHB se pare că au trecut la consumul de GBL. Analizele cantitative ale GHB disponibile online și diverse forumuri despre droguri din Regatul Unit, Germania și Țările de Jos sugerează că consumatorii obțin GBL de la furnizorii de substanțe chimice care comercializează GBL pentru diverse scopuri legitime.

Prevalența și tiparele de consum

Toate sursele de informații disponibile sugerează că prevalența generală a consumului de GHB este scăzută, nivelurile semnificative de consum fiind limitate la câteva subgrupuri de populații specifice. Un studiu prin internet realizat în Regatul Unit a constatat că GHB a fost utilizat mai mult acasă (67 %) decât în localurile de noapte (26 %) (Sumnall *et al.*, 2007). Un sondaj realizat în Amsterdam asupra a 408 de persoane care frecventează puburile a raportat estimări ale prevalenței consumului de GHB pe parcursul vieții mult mai mari în rândul clienților barurilor de homosexuali și ai localurilor la modă (17,5 %, respectiv 19 %) decât în rândul celor care frecventează puburile și localurile obișnuite și cele studențești (5,7 %, respectiv 2,7 %) (Nabben *et al.*, 2006).

Tendințe

Tendințele privind consumul de GHB sunt dificil de evaluat din cauza insuficienței informațiilor, deși anumite dovezi sugerează că consumul de GHB rămâne limitat la câteva subgrupuri de populație mici. Datele obținute din studiile privind discotecile și cluburile din Belgia, Țările de Jos și Regatul Unit sugerează că consumul de GHB a atins un apogeu în jurul anilor 2000-2003 și a scăzut ulterior. Cu toate acestea, nu este clară măsura în care această constatare s-ar aplica și altor subgrupuri. Se poate remarca faptul că, în 2005, liniile telefonice de asistență pentru droguri din Finlanda au raportat pentru prima dată convorbiri telefonice despre GBL (FESAT, 2005).

⁽¹³⁸⁾ Termenul GHB este utilizat pentru a indica posibilul consum de GBL sau de 1,4-BD.

⁽¹³⁹⁾ A se vedea „Procedura de autorizare europeană a introducerii pe piață a produselor medicamentoase”, p. 68.

Internetul ca sursă de informații privind noile tendințe în domeniul drogurilor

În 2004, peste o treime din tinerii din UE au declarat că ar apela la internet dacă ar dori să afle mai multe despre droguri (Eurobarometru, 2004). Dacă tinerii caută informații despre droguri pe internet, se pune problema în ce măsură informațiile pe care le accesează sunt obiective și exacte. Numeroase site-uri abordează probleme legate de droguri, unele dintre ele fiind subvenționate de autoritățile centrale, altele de grupuri de promovare sau de rețele de consumatori sau de *advocacy*. Pe lângă faptul că funcționează ca sursă de informare despre droguri, internetul a creat și o piață atât pentru drogurile legale, cât și pentru cele ilegale, cu site-uri care oferă spre vânzare droguri ilegale și alternative legale. Prin exploatarea potențialului comercial al internetului, prin utilizarea de strategii de marketing online, care pot răspunde foarte bine cererilor consumatorilor și modificărilor situației juridice și a pieței, vânzătorii de droguri online au posibilitatea de a populariza noi practici de consum de droguri sau noi produse.

În cadrul proiectului E-POD (*European perspectives on drugs*, Perspective europene privind drogurile), OEDT explorează modalitățile de utilizare a internetului ca sursă de informații privind tendințele emergente în domeniul drogurilor. La nivelul UE, există progrese și în furnizarea de informații sigure despre subiecte legate de sănătatea publică: noul portal al UE privind sănătatea publică constituie o poartă de acces la o serie de resurse europene privind sănătatea publică, inclusiv informații legate de droguri (!).

(!) <http://ec.europa.eu/health-eu>

Riscuri pentru sănătate

Principalul risc pentru sănătate asociat cu consumul de GHB pare să fie riscul ridicat de pierdere a cunoștinței, în special atunci când drogul este combinat cu alcool sau cu alte sedative. Consumul de GHB poate duce, de asemenea, la alte probleme, inclusiv la comă, scăderea temperaturii corpului, hipotonie, halucinații, grețuri, vărsături, bradicardie și depresie respiratorie. Dependența fizică de GHB a fost observată în urma consumului prelungit și pot apărea riscuri suplimentare pentru sănătate din cauza posibilei prezențe a solvenților sau a contaminanților din metale grele.

Din 1993, cinci state membre și Norvegia au raportat OEDT decese ca urmare a consumului de GHB: Danemarca și Italia (câte un caz fiecare), Finlanda și Norvegia (trei cazuri fiecare), precum și Suedia și Regatul Unit (în jur de 40 de decese ca urmare a consumului de GHB).

La Amsterdam, numărul raportat de urgențe fără urmări fatale datorat consumului de GHB a fost de 76 în 2005, depășind, ca și în anii anteriori, urgențele medicale atribuite consumului de ciuperci halucinogene (70 de cazuri), ecstasy (63 de cazuri), amfetamină (trei cazuri) și LSD (un caz). În comparație cu alte substanțe, un procent ridicat de cazuri de GHB (84 %) au necesitat transport la spital. Cererile

de informații privind GHB primite de Centrul național de informare privind otrăvurile din Țările de Jos au crescut cu 27 % (reprezentând 241 din totalul celor 1 383 de cereri de informații) în 2005 față de 2004.

Reducerea riscurilor

Reacțiile la consumul de GHB iau cel mai adesea forma unor proiecte naționale sau comunitare orientate spre localurile de noapte și includ de obicei instruirea personalului cluburilor și difuzarea de informații despre riscurile consumului de GHB (Germania, Franța, Țările de Jos, Austria, Regatul Unit). Consilierea privind măsurile de precauție care trebuie luate în localurile de noapte pentru a evita amestecarea băuturilor cu drogul și măsurile care trebuie luate în caz de posibilă supradoză sunt aspecte centrale în informațiile difuzate despre GHB. Echipele care oferă primul ajutor în problemele provocate de droguri și alcool sunt tot mai prezente la evenimentele de amploare, în intenția de a reacționa eficient în fața incidentelor legate de consumul de GHB sau de alte droguri.

Ketamina

Ketamina a fost monitorizată în UE începând cu anul 2000, de la primele suspiciuni de deturnare a utilizării sale (OEDT, 2002). La nivel național, ketamina face obiectul legislației privind drogurile (care este distinctă de reglementările privind medicamentele) în aproape jumătate dintre statele membre ale UE, iar în Suedia și în Regatul Unit a fost enumerată printre substanțele stupefiante în 2005, respectiv în 2006. Recent, o analiză critică asupra ketaminei efectuată de OMS a demonstrat că organizarea de controale internaționale ar crea probleme de disponibilitate a substanței pentru uzul medicinei umane în locurile îndepărtate ale lumii și pentru uz veterinar, deoarece nu există un înlocuitor adecvat (OMS, 2006). În urma analizei respective, în martie 2007, proiectul de rezoluție al Comisiei ONU pentru stupefiante privind reacția la pericolul reprezentat de abuzul și de deturnarea ketaminei a încurajat statele membre să ia în considerare adoptarea unui sistem de măsuri de precauție pe care agențiile lor guvernamentale să-l folosească pentru a facilita depistarea rapidă a deturnării ketaminei.

Noi substanțe psihoactive

Decizia 2005/387/JAI a Consiliului din 10 mai 2005 privind schimbul de informații, evaluarea riscurilor și controlul noilor substanțe psihoactive prevede un mecanism pentru schimbul rapid de informații referitoare la noile substanțe psihoactive care ar putea reprezenta un risc pentru sănătatea publică și pentru societate. OEDT și Europol, în strânsă colaborare cu rețelele lor – punctele focale naționale Reitox, respectiv unitățile naționale Europol – au un rol central în punerea în aplicare a unui sistem de avertizare timpurie pentru depistarea noilor substanțe psihoactive (!).

(!) <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1346>

Există puține date epidemiologice despre consumul de ketamină, deși o anchetă recentă realizată în mediul școlar din Regatul Unit a raportat rate de prevalență pe parcursul vieții sub 0,5 %. Sunt disponibile, de asemenea, câteva date din anchetele realizate în discotecă și cluburi,

iar, în cadrul diferitelor studii privind populația cu grad ridicat de risc, s-au raportat rate ale prevalenței consumului de ketamină pe parcursul vieții de la 7 % într-un studiu din Republica Cehă la 21 % într-un eșantion din Ungaria.



Capitolul 8

Boli infecțioase și decese ca urmare a consumului de droguri

Boli infecțioase asociate consumului de droguri

Datele transmise OEDT și Centrului european pentru monitorizarea epidemiologică a SIDA (EuroHIV, 2006) sugerează că, spre sfârșitul lui 2005, transmiterea HIV în rândul consumatorilor de droguri injectabile (CDI) era redusă în majoritatea țărilor Uniunii Europene. Acest fapt ar putea rezulta cel puțin parțial din disponibilitatea crescută a măsurilor de prevenire, tratare și reducere a riscurilor, inclusiv a tratamentului de substituție și a programelor de schimb de seringi, deși se poate să fi jucat un rol important și alți factori, de exemplu scăderea consumului prin injectare constatată în mai multe țări. Totuși, în diverse țări și regiuni ale UE, este posibil ca transmiterea HIV asociată cu CDI să se fi menținut la niveluri relativ mari în 2005⁽¹⁴⁰⁾, accentuând nevoia de a asigura accesibilitatea și eficiența practicilor de prevenire la nivel local.

Supravegherea infecțiilor asociate consumului de droguri în rândul CDI din Europa se concentrează în prezent pe HIV/SIDA și pe hepatita virală (B și C). Supravegherea constă din două sisteme complementare: raportarea cazurilor (sau „notificări” – numărători absolute ale cazurilor noi raportate/notificate) și „monitorizarea seroprevalenței” (sau „supravegherea-santinelă” – procentul de CDI depistați pozitiv în eșantioane) (Figura 11)⁽¹⁴¹⁾. Nici unul dintre cele două sisteme nu este perfect, iar disponibilitatea datelor diferă de la o țară la alta. Cu toate acestea, deși datele furnizate de oricare dintre cele două sisteme ar trebui interpretate cu precauție, atunci când sunt luate împreună, ele oferă o imagine mai completă a tendințelor epidemiologice recente.

Indicatori ai incidenței și prevalenței HIV

Raportarea cazurilor de HIV

Un indicator important al numărului (incidenței) infecțiilor noi în rândul consumatorilor de droguri prin injectare este furnizat de rapoartele privind cazurile de infecții cu HIV nou diagnosticate. La interpretarea acestor date, trebuie avute în vedere o serie de considerații: CDI infectați s-ar putea să nu fie diagnosticați dacă nu sunt în contact cu serviciile

medicale; infecțiile noi nu sunt obligatoriu imputabile injectării de droguri; iar numărul de cazuri identificate poate fi influențat de diferențele dintre ratele de testare și de raportare corespunzătoare diferitelor țări și intervale de timp.

Datele disponibile sugerează că, în 2005, ratele infecțiilor noi în rândul CDI erau scăzute în majoritatea țărilor. Un aspect important legat de această analiză este faptul că, în mai multe țări cu prevalență ridicată, nu sunt disponibile date recente de raportare a cazurilor (Estonia, Spania, Italia, Austria). În 19 state membre a căror majoritate nu avuseseră niciodată experiența unor epidemii mari de HIV în rândul CDI, ratele cazurilor în rândul CDI raportate au rămas sub cifra de cinci cazuri la un milion de persoane în 2005. Irlanda și Luxemburg au raportat cifre mai mari, cu 16, respectiv 15 cazuri noi la un milion de persoane. În Portugalia, care a raportat cea mai mare rată dintre țările în care sunt disponibile date specifice despre CDI (85 de cazuri noi la un milion de persoane în 2005), situația actuală pare să se fi stabilizat după o scădere între 2000 și 2003⁽¹⁴²⁾. În Letonia, Lituania și probabil și în Estonia, ratele infecțiilor noi raportate în rândul CDI au scăzut masiv de la vârfurile epidemice din 2001-2002, deși încă sunt ridicate în comparație cu majoritatea celorlalte țări. În Letonia, rata a scăzut de la 283 de cazuri noi la un milion de persoane în 2001 la 49 la un milion în 2005. În Lituania, după o epidemie în penitenciar, un vârf observat în 2002 (109 per milion) a fost urmat de o scădere la 25 de cazuri noi la milion în 2005. Deși a scăzut foarte mult infecția cu HIV în Estonia, această țară încă raportează cea mai mare rată de infecții noi cu HIV din UE. Iar dacă în Estonia nu sunt disponibile date specifice despre CDI, injectarea de droguri va rămâne, probabil, în continuare o cale majoră de transmitere a HIV în această țară.

Prevalența HIV în rândul CDI tineri și noi

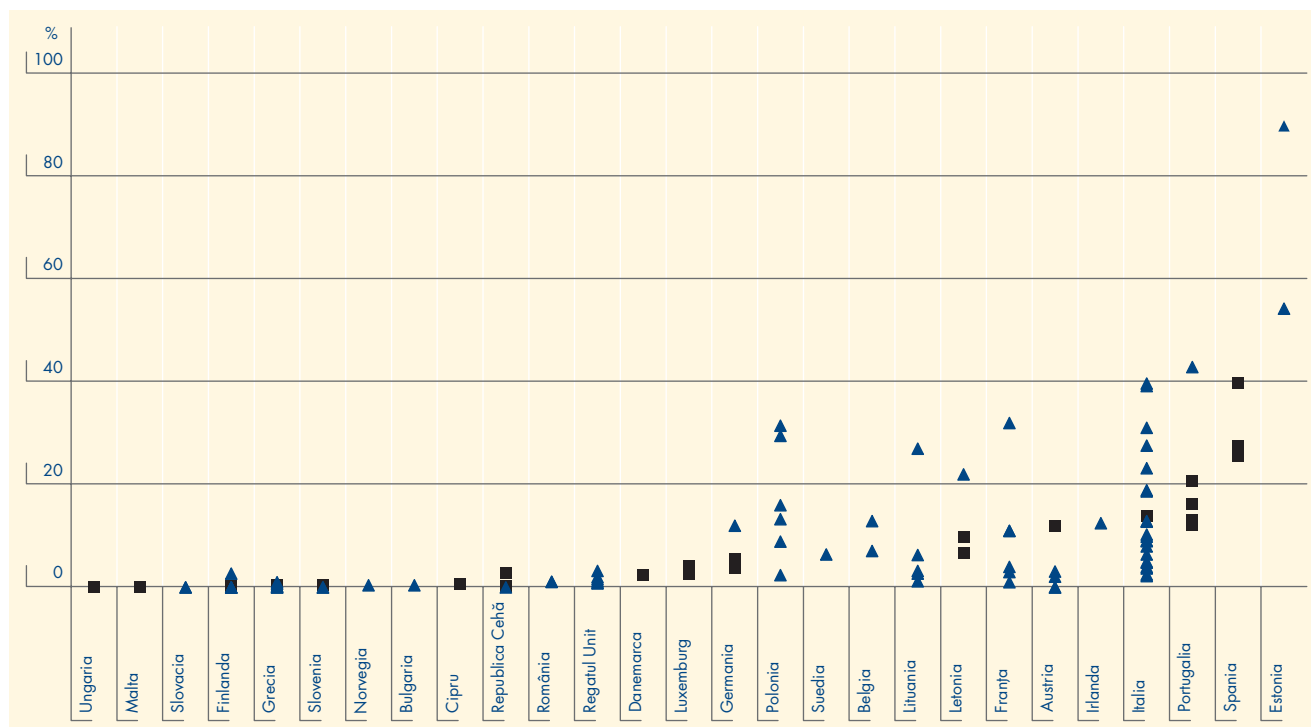
Confirmarea concluziilor desprinse din datele disponibile de raportare a cazurilor poate fi găsită prin analizarea nivelurilor de infectare cu HIV din eșantioane de noi CDI (cei care își injectează droguri de mai puțin de doi ani) și de CDI tineri (persoane cu vârsta sub 25 de ani). Cum infecțiile în rândul acestor grupuri sunt dobândite, probabil, recent, datele în cauză oferă indicatori ai incidenței HIV.

⁽¹⁴⁰⁾ A se vedea figura INF-2 din Buletinul statistic 2007.

⁽¹⁴¹⁾ Anumite studii ale prevalenței în acest domeniu sunt de scară mică: doar eșantioanele de peste 50 de persoane și tendințele temporale semnificative din punct de vedere statistic ($p < 0,05$) sunt raportate în prezenta secțiune.

⁽¹⁴²⁾ Creșterile din 2004 (cazurile HIV) și din 2005 (cazurile SIDA) produse în Portugalia s-ar putea datora atenției crescute și raportării de către profesioniștii în urma discuțiilor privind adoptarea raportării obligatorii a HIV din 2005.

Figura 11: Estimări provenite din studii naționale și subnaționale ale prevalenței HIV în rândul consumatorilor de droguri injectabile, 2004/2005



NB: Pătrat negru = eșantion cu acoperire națională; triunghi albastru = eșantion cu acoperire subnațională (inclusiv locală sau regională). Estimările pentru Spania și Suedia includ datele din 2006; datele pentru Irlanda și Letonia sunt din 2003; datele pentru Slovacia sunt din 2003/2004. Țările sunt prezentate în ordinea crescătoare a prevalenței, pe baza mediei datelor naționale sau, dacă acestea nu există, a datelor subnaționale. Comparajile între țări trebuie interpretate cu prudență, din cauza diferitelor tipuri de locuri studiate și de metode de studiu; strategiile naționale de eșantionare variază – a se vedea figura INF-3 din Buletinul statistic 2007 pentru informații suplimentare. Toate dimensiunile eșantioanelor raportate sunt mai mari de 50. Sursă: Punctele focale naționale Reitox. Pentru a consulta sursele primare, detalii despre studii și date de dinainte de 2004, a se vedea tabelul INF-8 partea (i) și partea (ii) și tabelul INF-0 partea (i) din Buletinul statistic 2007.

La aceste subgrupuri (găsite în studiile privind prevalența raportate în continuare), nivelul ridicat de infecție cu HIV (peste 5 % în 2004-2005) confirmă indiciile recente incidențe ridicate în rândul CDI din Portugalia (datele sunt naționale), Lituania și Estonia (datele sunt regionale sau la nivel de oraș) și sugerează că aceeași situație este valabilă și pentru unul dintre cele trei orașe care au raportat date din Polonia ⁽¹⁴³⁾. Nu trebuie uitat că dimensiunea acestor subeșantioane este, în general, mică, și că datele de seroprevalență a HIV referitoare la CDI tineri și noi nu sunt disponibile în anumite țări.

Tendențe în prevalența HIV

Prevalențele HIV aflate în creștere în eșantioane repetate de CDI pot indica, de asemenea, infecții prezente – deși scăderea mortalității la CDI infectați sau numărul tot mai mic de CDI neinfecțați pot constitui variabile importante. Majoritatea seriilor de date temporale referitoare la UE indică o prevalență stabilă, sugerând că numărul de CDI infectați care sunt în faza terminală este contrabalansat de numărul de CDI care contractează infecția cu HIV. Cu toate acestea, creșteri ale prevalenței răspândite din punct de vedere geografic pe teritoriul a nouă țări se observă din 2001 în anumite studii ale datelor temporale, deși, de multe

ori, sunt întâlnite alături de tendințe de stabilizare sau de scădere din alte regiuni, care fac tendințele globale dificil de depistat. Aceste țări includ Letonia (creștere la nivel național) și Lituania (creștere într-un oraș), însă și Austria (creștere națională), Regatul Unit (creștere în Anglia și în Țara Galilor, însă tot la un nivel mic), precum și câteva țări unde prevalența este încă foarte mică (sub 1 %). În general, aceste creșteri la nivel local sau național ale prevalenței HIV sugerează că trebuie să evităm să ne mulțumim cu furnizarea de măsuri de prevenire adresate CDI.

În contrast, prevalențe în scădere sunt raportate de Grecia (atât la nivel național, cât și într-o regiune), Spania (atât la nivel național, cât și într-o regiune) și Finlanda (la nivel național). De asemenea, patru țări care sunt noi state membre raportează cu consecvență o prevalență mică începând cu 2001 (sub 1 % în toate datele disponibile): Bulgaria (Sofia, dar prevalența este în creștere), Ungaria (la nivel național), Slovenia (două orașe, dar este în creștere) și Slovacia (două orașe).

La nivel global, dintre cele peste douăzeci de serii de date temporale de măsurători repetate ale prevalenței HIV în eșantioanele CDI din 22 de state membre ale UE plus Norvegia în 2001-2005, în mai multe regiuni se observă

⁽¹⁴³⁾ A se vedea tabelele INF-9 și INF-10 din Buletinul statistic 2007. În raportul anual sunt raportate numai eșantioanele de minimum 50.

o tendință descendentă mai degrabă decât una ascendentă. Datele sugerează că, în special în zonele unde prevalența a fost ridicată, amploarea infectării CDI tinde în prezent să scadă și este posibil ca politicile de prevenire și de reducere a riscurilor să-și arate roadele ⁽¹⁴⁴⁾.

Estimarea UE

Din cazurile raportate disponibile, din datele de seroprevalență și din estimările numărului de CDI și de consumatori problematici de droguri (a se vedea capitolul 6), se apreciază că, la nivelul UE, este posibil ca 100 000-200 000 de persoane dintre cele infectate cu HIV să-și fi injectat cel puțin o dată droguri. Numărul de cazuri de HIV nou diagnosticate în rândul consumatorilor de droguri prin injecție este estimat la circa 3 500 pe an în UE.

Incidența SIDA și accesul la HAART

Deoarece tratamentul antiretroviral intens activ (HAART), disponibil din 1996, împiedică eficient dezvoltarea SIDA la persoanele infectate cu HIV, datele privind incidența SIDA nu mai sunt la fel de utile ca indicator al transmiterii HIV. OMS estimează că nivelurile de acoperire HAART sunt ridicate în statele membre ale UE, în țările candidate și în Norvegia, toate acestea raportând o acoperire de cel puțin 75 % ⁽¹⁴⁵⁾, chiar dacă nu sunt disponibile date specifice privind CDI. Datele privind incidența SIDA rămân importante, deoarece indică nivelul de boală simptomatică și introducerea și disponibilitatea HAART.

Portugalia rămâne țara cu cea mai mare incidență a cazurilor de SIDA în rândul CDI și este și singura țară care a înregistrat recent o creștere în acest domeniu, respectiv circa 36 de cazuri noi la un milion de persoane în 2005, de la 30 de cazuri noi la milion în 2004. În plus, mortalitatea totală produsă de SIDA (legată, probabil, în mare măsură, de consumul de droguri prin injecție) nu a scăzut între 1997 și 2002, sugerând că este posibil ca accesul la HAART să fi fost redus în perioada respectivă ⁽¹⁴⁶⁾. Dintre țările baltice, Letonia înregistrează o scădere a incidenței SIDA, numărând 23 de cazuri noi la milion în 2005, față de vârful de 26 de cazuri noi la milion în 2004, în timp ce Estonia nu a furnizat date specifice pentru CDI în 2005, ci a raportat o creștere din 2003 până în 2004 (de la patru la 13 cazuri per milion) ⁽¹⁴⁷⁾.

Infecțiile cu hepatita B și C

În timp ce infecția cu HIV a CDI din UE este concentrată în special în câteva țări cu prevalență ridicată, hepatita virală și, mai ales, infecția provocată de virusul hepatitei C

(VHC) are o distribuție mult mai uniformă și o prevalență mai mare.

S-au raportat niveluri de anticorpi VHC de peste 60 % din eșantioanele CDI testate în 2004-2005 în 60 de studii realizate în 17 țări (șase țări din 28 nu au raportat date) ⁽¹⁴⁸⁾. În ceea ce-i privește pe CDI tineri (sub 25 de ani) incluși în aceste eșantioane, s-a constatat o prevalență ridicată (peste 40 % în cel puțin un eșantion) în șapte țări, iar, în ceea ce-i privește pe CDI noi, pentru care nu sunt disponibile date din multe țări, în Polonia și în Regatul Unit ⁽¹⁴⁹⁾. Numai cinci țări au raportat studii în care prevalența a fost sub 25 %.

Din datele și estimările disponibile ale numărului de CDI și de consumatori problematici de droguri (a se vedea capitolul 6), se poate calcula că s-ar putea să existe circa un milion de persoane infectate cu VHC în UE care și-au injectat droguri cel puțin o dată în viață.

Prevalența markerilor infecției cu VHB variază în mai mare măsură decât prevalența markerilor VHC, probabil din cauza diferențelor dintre nivelurile de vaccinare. Setul cel mai complet de date disponibile este cel al anticorpului împotriva antigenului de nucleu al hepatitei (anti-HBc), care indică antecedente ale infecției. În 2004-2005, șase țări au raportat rate de prevalență de peste 40 %.

Tendențele temporale în cazurile notificate de hepatită B și C prezintă caracteristici diferite. În cazul hepatitei B, procentul de CDI din totalul cazurilor notificate pare să fi scăzut în general, reflectând probabil impactul din ce în ce mai mare al programelor de vaccinare. Nu există tendințe vizibile ale procentului de CDI din totalul cazurilor notificate de infecție cu hepatita C ⁽¹⁵⁰⁾; totuși, acest procent diferă mult de la o țară la alta, sugerând existența unor diferențe între modurile de transmitere a hepatitei C. Înțelegerea factorilor responsabili pentru diferențele dintre țări în ceea ce privește ratele de infectare s-ar putea să fie importantă pentru îmbunătățirea prevenirii și a strategiilor de reducere a riscurilor în acest domeniu.

Prevenirea bolilor infecțioase

În ultimii zece ani s-a remarcat un consens la nivelul UE asupra elementelor celor mai importante care sunt necesare pentru o reacție eficientă la răspândirea bolilor infecțioase printre consumatorii de droguri injectabile. În Europa sunt bine încetățenite reacțiile de prevenire cu mai multe componente, acestea putând lua următoarele forme: accesul la un tratament adecvat al dependenței, în special un tratament de substituție; programe pentru schimb de

⁽¹⁴⁴⁾ A se vedea tabelele INF-8, INF-9 și INF-10 din Buletinul statistic 2007.

⁽¹⁴⁵⁾ A se vedea figura INF-14 din Buletinul statistic 2006.

⁽¹⁴⁶⁾ Coordonatorul național al Portugaliei pentru infecția cu HIV/SIDA, Ministerul Sănătății, 2006.

⁽¹⁴⁷⁾ A se vedea figura INF-1 din Buletinul statistic 2007. Datele pentru cei mai recentii doi ani sunt estimări ajustate din cauza întârzierilor de raportare, făcând astfel obiectul modificării în timp (sursa: EuroHIV).

⁽¹⁴⁸⁾ A se vedea tabelele INF-11, INF-12 și INF-13 din Buletinul statistic 2007. În raportul anual sunt raportate numai eșantioanele de minimum 50.

⁽¹⁴⁹⁾ A se vedea figura INF-6 (partea vii) din Buletinul statistic 2007.

⁽¹⁵⁰⁾ A se vedea figurile INF-8 și INF-11 din Buletinul statistic 2007.

Condiții de sănătate bune în penitenciare înseamnă o stare de sănătate publică bună

Printre cele mai mari dificultăți cu care s-a confruntat sistemul de sănătate publică în ultimele două decenii se numără: re izbucnirea unor boli contagioase precum tuberculoza; ascensiunea și răspândirea rapidă a HIV/SIDA; pandemia aparent incontrolabilă a consumului problematic de droguri psihotrope. Cele mai vulnerabile segmente de populație suferă disproporționat de mult de pe urma acestor situații. În special în rândul populațiilor din penitenciare, problemele legate de droguri sunt foarte frecvente, iar nivelurile bolilor infecțioase relativ ridicate. De asemenea, de multe ori consumul de droguri continuă în penitenciar sau uneori este inițiat aici; mediul penitenciarului este și unul în care sunt frecvente comportamentele cu grad ridicat de risc. Prin urmare, penitenciarele au un potențial de favorizare a nivelurilor ridicate de infecție cu boli potențial grave, însă pot oferi și posibilitatea unei intervenții asupra unui grup-țintă foarte important.

Cu câteva excepții (Franța, Regatul Unit – Anglia și Țara Galilor, Norvegia), starea de sănătate din penitenciare este în general o parte integrantă a sistemului judiciar sau de securitate, mai degrabă decât a sistemului medical, creându-se astfel riscul izolării stării de sănătate din penitenciare de strategiile generale din domeniul sănătății publice și ridicând semne de întrebare asupra independenței, calității, accesibilității și nivelului serviciilor medicale furnizate.

Starea de sănătate precară a deținuților poate avea consecințe asupra sănătății publice la nivel general, atunci când consumatorii de droguri sunt eliberați și reintră în contact cu familiile și cu alte persoane din comunitate. Prin urmare, depistarea bolilor transmisibile grave precum infecția cu HIV și tuberculoza, alături de forme adecvate de tratament și de măsuri de reducere a riscurilor, poate contribui în mod semnificativ la îmbunătățirea stării de sănătate a comunităților din care provin deținuții și în care urmează să se întoarcă. Pentru cei care sunt dependenți de droguri, programele de tratament în penitenciar pot oferi nu numai șansa îmbunătățirii stării de sănătate, ci și reducerea posibilității ca pe viitor persoana să mai săvârșească infracțiuni.

Pentru a consolida cunoștințele disponibile despre situația stării de sănătate în penitenciare și despre reacțiile specifice, Programul de sănătate publică al Comisiei Europene sprijină Proiectul „Sănătatea în penitenciare” inițiat de Biroul regional pentru Europa al Organizației Mondiale a Sănătății, în vederea creării unei baze de date în care să se înregistreze indicatorii relevanți pentru starea de sănătate în penitenciare și alte date referitoare la sănătate. OEDT este implicat în dezvoltarea comună a bazei de date împreună cu OMS Europa și cu *European Network on Drugs and Infections Prevention in Prison* (ENDIPP) [Rețeaua europeană privind drogurile și bolile infecțioase în penitenciare] (*).

(* <http://data.euro.who.int/hip/>)

voluntare pentru depistarea bolilor infecțioase; vaccinarea și tratarea bolilor infecțioase.

Indiferent de raportul dintre aceste elemente în diferitele politici naționale, există un acord evident asupra faptului că este vitală aplicarea unei abordări coordonate și cuprinzătoare de sănătate publică pentru a reduce răspândirea bolilor infecțioase printre consumatorii de droguri.

Pentru a aborda problema infecției cu HIV nediate, au fost publicate noi orientări în acest an (OMS/UNAIDS, 2007). Ar fi o oportunitate o abordare mai activă din partea prestatorilor de servicii de asistență medicală, prin recomandarea de testări și consiliere HIV, în special în centrele care se adresează grupurilor de populație celor mai expuse riscului, cum sunt consumatorii de droguri injectabile, astfel încât să se obțină creșterea numărului de persoane care solicită în mod voluntar testarea HIV. Unul dintre mesajele care se desprind din activitatea OEDT în acest domeniu este că examenul medical voluntar și regulat, inclusiv testarea și consilierea pentru HIV și alte infecții, reprezintă un serviciu deosebit de adecvat a fi oferit consumatorilor de droguri injectabile.

Vaccinarea joacă un rol foarte important în prevenirea hepatitei A și B. Anumite țări oferă vaccinare împotriva hepatitei B la nivelul întregii populații, în timp ce altele orientează vaccinarea spre grupurile considerate a fi expuse celui mai ridicat risc. În Norvegia, vaccinările împotriva hepatitei A și B au fost intensificate în urma izbucnirii unor focare epidemice ale acestor infecții ale ficatului, focare care au indicat că practica injectării drogurilor s-a răspândit la municipalitățile mai mici.

Prevalența ridicată a infecției cu hepatita C printre consumatorii de droguri injectabile indică în mod pregnant necesitatea de a elabora reacții mai eficiente la această boală pentru care nu se poate aplica vaccinarea. O serie de țări dispun de programe specifice orientate spre prevenirea hepatitei C și se desfășoară multe activități interesante în acest domeniu, de exemplu campania „stop hepC”, derulată la Oslo începând cu 2003, care urmărește să ia contact cu consumatorii de droguri înainte ca aceștia să înceapă să-și injecteze drogurile sau într-o etapă precoce a acestui tip de consum.

Tratamentul pentru dependență și serviciile de reducere a riscurilor trebuie, de asemenea, să contureze reacții în fața riscurilor reprezentate de comportamentul sexual al pacienților lor. Pe lângă pericolul implicat de injectarea de droguri, consumatorii de droguri se expun unui risc ridicat de infectare cu HIV și din cauza comportamentului lor sexual – fie din cauză că nu mai pot lua decizii cu responsabilitate, fie din cauza asocierii anumitor droguri cu comportamentele sexuale cu grad mare de risc, fie din cauza implicării lor în sexul comercial sau în oferirea serviciilor sexuale în schimbul drogurilor. Femeile toxicomane pot fi deosebit de vulnerabile, deși există și preocupări legate de

seringi; programe de informare și difuzare a materialelor de prevenire; educația, inclusiv educația între egali referitoare la modul de reducere a riscurilor; consilierea și testarea

interacțiunea dintre consumul de droguri și comportamentele sexuale cu grad mare de risc din cadrul anumitor grupuri de bărbați care fac sex cu bărbați. Pe lângă HIV, consumatorii de droguri se expun și pericolului de a contracta alte boli cu transmitere sexuală (BTS), iar serviciile de tratament al dependenței pot juca un rol important în diagnosticarea cazurilor BTS nedepistate. De exemplu, un studiu recent din Malta a raportat infecții nedepistate cu virusul papiloma uman la câteva femei examinate într-o unitate de tratament în ambulatoriu.

Programe de schimb de seringi

Integrarea programelor de schimb sau de distribuție a acelor și seringilor în serviciile furnizate de organizațiile specializate și oferta combinată de servicii de consiliere și de combatere a riscurilor, precum și trimiterea consumatorilor de droguri la tratament sunt practici curente în UE. Programele de schimb de seringi (PAS) au fost identificate drept măsură prioritară pentru combaterea răspândirii bolilor infecțioase în rândul consumatorilor de droguri injectabile în trei din patru țări UE și în Norvegia ⁽¹⁵¹⁾. Furnizarea de ace și seringi sterile este raportată de toate țările, cu excepția Ciprului, unde această măsură a fost recomandată în 2006 de un grup de experți, în vederea reducerii unei posibile creșteri a infecțiilor asociate consumului de droguri injectabile. Și distribuția de alte materiale sterile, precum tampoane cu alcool și tampoane uscate, apă, filtre și dispozitive de încălzit, alături de seringile sterile, devine o practică generalizată în rândul furnizorilor de servicii. Deși distribuția de material de injectare steril prin intermediul PAS nu mai este considerată, în general, o problemă controversată, nu toate țările acordă prioritate acestui tip de programe, iar unele consideră că este suficientă oferirea materialului respectiv în farmacii.

Natura și gama materialului de injectare steril disponibil variază de la o țară la alta. În general, punctele de distribuție a seringilor sterile sunt localizate în organizațiile specializate și în toate țările (cu excepția a trei) acest tip de ofertă este completat de unități mobile care pot ajunge la grupurile de consumatori de droguri injectabile din cartierele marginalizate. În zece țări, serviciile disponibile PAS sunt completate de automate care distribuie seringi ⁽¹⁵²⁾, însă datele privind utilizarea acestora sunt rare și nu există cercetări asupra eficienței acestui tip de serviciu. Luxemburgul s-a alăturat Spaniei și Germaniei drept una dintre puținele țări care oferă schimb de seringi în penitenciare; totuși, în Germania, acest serviciu se limitează la un singur penitenciar din Berlin.

Disponibilitatea pe scară largă a farmaciilor comunitare înseamnă că programele de schimb de seringi care funcționează prin intermediul farmaciilor pot îmbunătăți considerabil disponibilitatea geografică a seringilor

și, prin urmare, pot completa serviciile furnizate de organizațiile specializate. De exemplu, în Scoția, 1,7 milioane de seringi au fost distribuite printr-o rețea de 116 de farmacii participante în 2004, iar în Portugalia peste 1 300 de farmacii au participat la program și au distribuit 1,4 milioane de seringi ⁽¹⁵³⁾. Opt țări europene raportează existența unor programe organizate în mod formal de schimb sau de distribuție de seringi (Belgia, Danemarca, Spania, Franța, Țările de Jos, Portugalia, Slovenia, Regatul Unit.)

În țările în care farmaciile reprezintă sursa obișnuită de unde consumatorii de droguri își obțin materialul de injectare, aceste instituții pot juca un rol mai important în furnizarea către consumatorii de droguri și a altor mijloace de protecție a sănătății, inclusiv diseminarea de informații despre riscurile de transmitere a bolilor infecțioase pe cale sexuală sau prin consumul de droguri injectabile, servicii de testare și de consiliere și trimiteri către serviciile de tratament. În prezent, Franța, Portugalia și Regatul Unit sunt singurele țări care raportează existența unor activități de motivare a farmaciștilor pentru a intra în programe pentru seringi și de sprijinire a celor care sunt deja implicați în astfel de programe.

Acoperirea geografică a PAS și furnizarea de material de injectare prin intermediul lor variază mult de la o țară la alta. Cu toate acestea, un număr tot mai mare de țări dispun de rețele de PAS la scară națională. Printre țările care raportează că dispun de PAS cu o bună acoperire națională se numără: Luxemburg și Malta, două țări mici; Italia, unde PAS sunt prezente de cele mai multe ori în circa 70 % din totalul centrelor medicale teritoriale; Republica Cehă, unde sunt disponibile în toate cele 77 de unități teritoriale și în Praga; Finlanda, unde legislația obligă municipalitățile să furnizeze servicii relevante de prevenire a bolilor infecțioase, inclusiv PAS. Portugalia estimează că programele sale PAS cu acces necondiționat și bazate pe farmacii acoperă aproximativ 50 % din teritoriu, iar în Danemarca zece din cele 13 regiuni aplică PAS. Toate orașele din Austria care se confruntă cu o problemă semnificativă de consum de droguri au cel puțin un punct de distribuție de ace și seringi, iar în Bulgaria serviciile sunt disponibile în zece orașe cu niveluri relativ ridicate de consum problematic de droguri. În Estonia, s-a estimat în 2005 că 37 % dintre CDI au avut contact cu programele PAS, în timp ce acoperirea grupurilor-țintă în Slovacia și România a fost estimată prin cifre considerabil mai mici (20 %, respectiv 10-15 %).

Între 2003 și 2005, mai multe țări (Bulgaria, Republica Cehă, Estonia, Ungaria, Austria, Slovacia, Finlanda) au raportat creșteri ale numărului total de seringi schimbate sau distribuite prin PAS specializate ⁽¹⁵⁴⁾.

Organizațiile specializate care oferă programe de schimb de seringi pot avea și alte roluri importante pentru sănătatea

⁽¹⁵¹⁾ A se vedea figura 11 din Raportul anual 2006.

⁽¹⁵²⁾ A se vedea tabelul HSR-2 din Buletinul statistic 2007.

⁽¹⁵³⁾ A se vedea tabelul HSR-4 din Buletinul statistic 2007.

⁽¹⁵⁴⁾ A se vedea tabelul HSR-3 din Buletinul statistic 2007.

publică, de exemplu, evaluarea și sensibilizarea pacienților în legătură cu comportamentele cu grad ridicat de risc, motivarea acestora pentru a accepta testarea și vaccinarea, precum și orientarea lor spre îngrijirea medicală de bază și spre tratamentul dependenței. În timp ce măsura în care aceste agenții furnizează serviciile respective este neclară, nevoia pentru dezvoltarea acestui tip de serviciu este subliniată de concluziile unui audit național desfășurat recent în Anglia. Raportul auditului în cauză menționează că nivelurile de conștientizare a problemei bolilor infecțioase de către pacienți au fost relativ scăzute și că agențiile de profil ar putea fi mai active în furnizarea de consiliere, testare și vaccinare.

Decesele și mortalitatea ca urmare a consumului de droguri

Decesele survenite ca urmare a consumului de droguri

Definiția dată de OEDT pentru decesele survenite ca urmare a consumului de droguri se referă la decesele provocate direct de consumarea unuia sau a mai multor droguri. În general, aceste decese survin la scurt timp după administrarea substanței (substanțelor) în cauză. Alți termeni care descriu astfel de decese sunt „supradoze”, „intoxicații”, „decese induse de droguri” sau „decese acute ca urmare a consumului de droguri”⁽¹⁵⁵⁾. Într-o comunitate, numărul deceselor ca urmare a consumului de droguri va depinde de numărul de persoane care consumă droguri ce provoacă supradoză (în special opiaceele). Printre alți factori care sunt, de asemenea, importanți, se numără: procentul consumatorilor prin injecție, prevalența policonsumului, disponibilitatea și politicile serviciilor de tratament și ale serviciilor de urgență.

Deși comparabilitatea datelor europene s-a îmbunătățit în ultimii ani, diferențele de calitate a raportării de la o țară la alta impun în continuare prudență la realizarea comparațiilor directe. Amploarea deceselor asociate cu consumul de droguri poate fi exprimată prin numărul de cazuri raportate, prin rate populaționale sau prin mortalitatea proporțională. Deși există diferențe de calitate a raportării de la o țară la alta, dacă metodele nu se modifică în timp, se pot observa tendințe ale numărului și caracteristicilor cazurilor de supradoză.

Între 1990 și 2004, statele membre ale UE au raportat între 6 500 și 9 000 de decese în fiecare an, ceea ce reprezintă

în total peste 122 000 de decese în acest interval. Aceste cifre trebuie considerate estimări minime⁽¹⁵⁶⁾.

Mortalitatea ca urmare a consumului de droguri variază considerabil de la o țară la alta, de la 3-5⁽¹⁵⁷⁾ la peste 50 de decese la un milion de locuitori (în medie 18,3), în 11 țări europene fiind constatate rate de peste 20 la milion. În rândul bărbaților cu vârsta între 15 și 39 de ani, ratele de mortalitate sunt de obicei de trei ori mai mari (în medie 61 de decese la milion). În 2004-2005, decesele ca urmare a consumului de droguri au reprezentat 4 % din totalul de decese în rândul europenilor cu vârsta între 15 și 39 de ani, în nouă țări procentul fiind de peste 7 %⁽¹⁵⁸⁾.

Pe lângă supradoze, se produc decese ale consumatorilor de droguri și din cauze legate indirect de consumul de droguri. De exemplu, decesele cauzate de SIDA și asociate cu injecția de droguri au atins cifra de 1 400 în 2003 (EuroHIV, 2006)⁽¹⁵⁹⁾, această cifră fiind probabil o estimare sub cifra reală. Numărul de decese produse din alte cauze legate indirect de consumul de droguri (de exemplu, hepatită, violență, sinucidere sau accidente) este mai dificil de evaluat. S-a estimat că, în cel puțin câteva orașe europene, 10-20 % din mortalitatea la tinerii adulți ar putea fi atribuită direct sau indirect consumului de opiacee (Bargagli *et al.*, 2006) (a se vedea mai jos). La această cifră trebuie adăugată mortalitatea legată de alte forme de consum de droguri (de exemplu cocaina), însă aceasta este mai dificil de cuantificat.

Determinarea mortalității rezultate din consumul problematic de droguri la nivelul unei țări sau la nivel european presupune metode de colectare și de analiză a datelor din ce în ce mai evolute. O astfel de încercare la scară națională a fost menționată în raportul național olandez. Prin extrapolarea datelor obținute dintr-un studiu local, a fost estimată rata mortalității datorate direct sau indirect consumului problematic de droguri, ținându-se seama de diferențele regionale. Deși trebuie acordată în continuare o atenție deosebită aspectelor de natură metodologică, acest tip de studiu, pe lângă determinarea numărului de decese legate indirect de consumul de droguri, oferă și o soluție la problema subraportării deceselor prin supradoză.

Decese acute ca urmare a consumului de opiacee

Decese ca urmare a consumului de heroină⁽¹⁶⁰⁾

Supradoza de opiacee este una dintre principalele cauze de deces în rândul tinerilor din Europa, mai ales în rândul bărbaților din mediul urban. Opiaceele, în special heroina

⁽¹⁵⁵⁾ Majoritatea definițiilor acceptate la nivel național sunt similare sau foarte asemănătoare cu definiția OEDT, deși anumite țări încă includ și cazurile provocate de medicamentele psihoactive sau decesele care nu sunt cauzate de supradoze, în general ca proporție limitată (a se vedea nota metodologică din Buletinul statistic 2007 „Sinteză privind decesele legate de consumul de droguri: definiții și aspecte metodologice” și „Protocolul standard DRD, versiunea 3.1”).

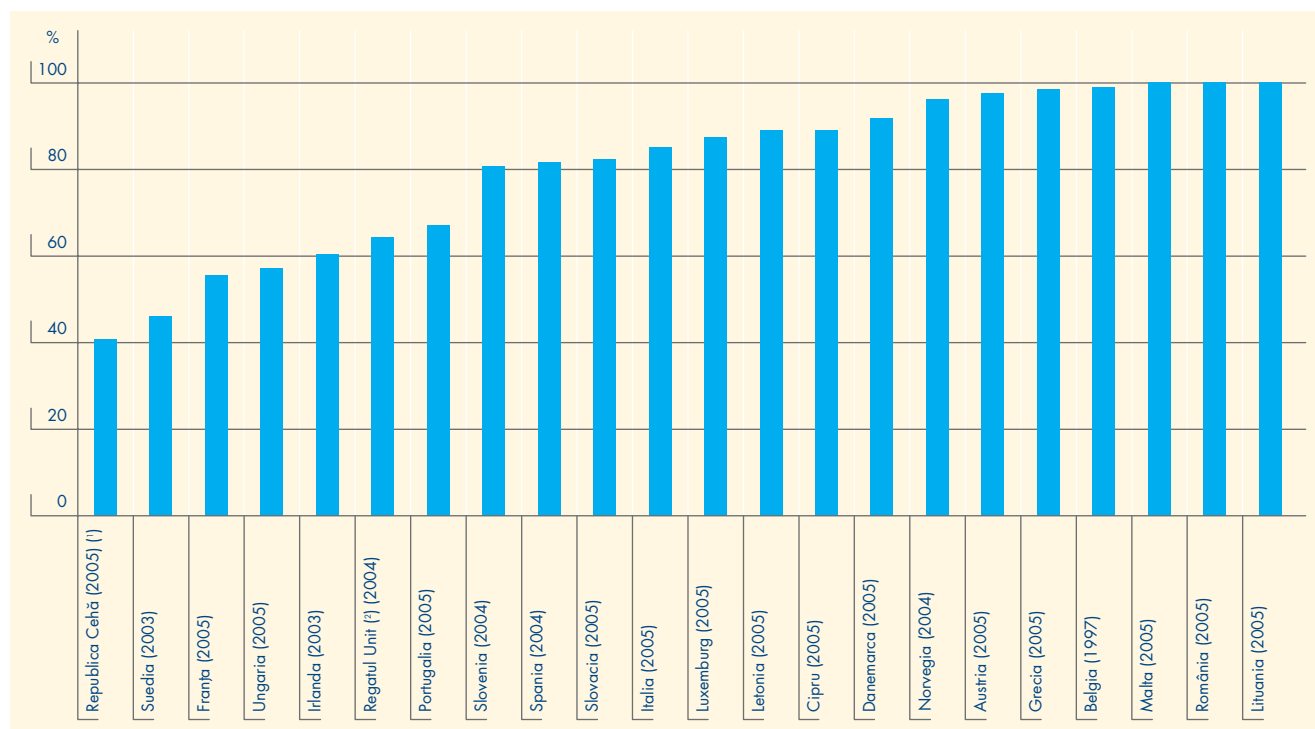
⁽¹⁵⁶⁾ A se vedea tabelele DRD-2 (partea i), DRD-3 și DRD-4 din Buletinul statistic 2007.

⁽¹⁵⁷⁾ În Franța, rata a fost de 0,9 la milion în 2005, ceea ce ar putea indica o raportare incompletă, însă trebuie remarcat că cifra era de zece ori mai mare în 1994, anul în care a început să scadă numărul de decese provocate de supradoză.

⁽¹⁵⁸⁾ A se vedea tabelul DRD-5 din Buletinul statistic 2007.

⁽¹⁵⁹⁾ De remarcat că cifra se referă la zonele OMS Europa Occidentală și Centrală, care cuprind câteva țări nemembre UE, plus numărul total de decese în Estonia, Letonia și Lituania (zona estică).

⁽¹⁶⁰⁾ Întrucât majoritatea cazurilor raportate OEDT constituie supradoze de opiacee, caracteristicile generale ale deceselor acute ca urmare a consumului de droguri sunt folosite pentru descrierea cazurilor de deces ca urmare a consumului de opiacee.

Figura 12: Procentul deceselor acute ca urmare a consumului de droguri care indică prezența opiaceelor


(1) În cazul Republicii Cehă, definiția OEDT selecția D pentru termenul de deces acut asociat consumului de droguri a fost utilizată în locul definiției naționale. Definiția națională include intoxicația cu medicamente psihoactive, care reprezintă majoritatea cazurilor (156 de cazuri din 218).

(2) Definiția Oficiului național de statistică.

În anumite țări, „definițiile naționale” ale decesului ca urmare a consumului de droguri includ un număr limitat de cazuri indirecte cauzate de consumul de droguri.

NB: Date din 2005 sau din ultimul an pentru care sunt disponibile date. Pentru a afla informații suplimentare, a se vedea tabelul DRD-1 din Buletinul statistic 2007.

Surse: Rapoartele naționale Reitox (2006), preluate din registrele naționale de mortalitate sau din registre speciale.

și metabolizii acesteia, sunt prezente în majoritatea cazurilor de decese acute ca urmare a consumului de substanțe ilegale raportate în Uniunea Europeană, respectiv în procent de 46-100 % (Figura 12). În Europa, majoritatea deceselor ca urmare a consumului de opiacee sunt provocate de heroină, însă de multe ori sunt identificate și alte substanțe care au jucat un rol în aceste decese, în special alcoolul, benzodiazepinele sau alte opiacee și, în câteva țări, cocaina. O colectare voluntară de date privind substanțele implicate în decesele ca urmare a consumului de droguri, la care au participat nouă țări în 2006 ⁽¹⁶¹⁾, a confirmat că, în cazul supradozelor de opiacee, sunt implicate de obicei mai multe droguri (în 60-90 % din cazuri) și că aceste decese ar putea fi considerate „decese survenite ca urmare a policonsumului”.

Bărbații sunt victimele majorității supradozelor cu opiacee (59-100 %), cele mai mari procente de femei fiind înregistrate în Republica Cehă, Polonia și Slovacia, iar cele mai mici în Italia, Lituania și Luxemburg. Majoritatea persoanelor decedate în urma unei supradoze au vârste între 20 și 40 de ani, vârsta medie în majoritatea țărilor situându-se în jur de 35 de ani ⁽¹⁶²⁾. Vârsta medie a persoanelor decedate prin supradoză este cea mai scăzută

în Bulgaria, Estonia, Letonia și România și cea mai ridicată în Polonia, Finlanda și Regatul Unit. Există puține decese prin supradoză raportate în rândul persoanelor cu vârsta sub 15 ani, deși s-ar putea să se raporteze cifre mai mici decât cele reale în cazul deceselor ca urmare a consumului de droguri în cadrul acestei grupe de vârstă. Se înregistrează câteva decese ca urmare a consumului de droguri în rândul persoanelor de peste 65 de ani, însă doar șapte țări raportează procente mai mari de 5 % din cazurile survenite în această grupă de vârstă. În mai multe dintre statele membre care au aderat la Uniunea Europeană în 2004, vârsta medie relativ mică în momentul decesului și procentul ridicat de supradoze fatale în rândul persoanelor cu vârsta sub 25 de ani pot semnala faptul că în aceste țări populația consumatoare de heroină este mai tânără ⁽¹⁶³⁾.

În multe state membre, vârsta victimelor supradozelor este în creștere, sugerând o scădere a incidenței consumului de heroină în rândul tinerilor. Tendința este aceeași în toate statele membre ale UE-15 la momentul analizei, deși în Austria și în Luxemburg s-au observat scăderi în ultimii ani. În celelalte state membre, tendința este mai puțin clară, iar numărul mic de cazuri face dificilă interpretarea datelor ⁽¹⁶⁴⁾.

⁽¹⁶¹⁾ Republica Cehă, Danemarca, Germania, Letonia, Malta, Țările de Jos, Austria, Portugalia și Marea Britanie.

⁽¹⁶²⁾ A se vedea tabelul DRD-1 (partea i) din Buletinul statistic 2007.

⁽¹⁶³⁾ A se vedea figura DRD-2 din Buletinul statistic 2007.

⁽¹⁶⁴⁾ A se vedea figurile DRD-3 și DRD-4 din Buletinul statistic 2007.

Decesele ca urmare a consumului de metadonă și de buprenorfină

Deși cercetările arată că tratamentul de substituție reduce riscul de supradoză fatală, în fiecare an se raportează un număr de decese legate de utilizarea medicamentelor de substituție deturnate din circuitul licit. Monitorizarea numărului de decese ca urmare a consumului ilicit de metadonă și de buprenorfină și circumstanțele din jurul acestor decese pot oferi informații importante pentru asigurarea calității programelor de substituție și pentru activitatea de prevenire și de reducere a riscurilor.

Prezența metadonei într-un procent substanțial din decesele ca urmare a consumului de droguri este raportată de mai multe țări, deși rolul jucat de metadonă în mecanismul de producere a decesului nu este întotdeauna clar, fiind foarte probabil să fie vorba de consumul mai multor substanțe. Danemarca a raportat că metadona a cauzat intoxicația (singură sau în combinație) în 43 % dintre decesele ca urmare a consumului de droguri (89 din 206 în anul 2005); Germania a raportat că 255 de cazuri (din 1 477) au fost atribuite „substanțelor de substituție” (75 de cazuri doar acestor substanțe, iar 180 combinației dintre acestea și alte stupefiante) în anul 2005, față de 345 de cazuri în 2004; Regatul Unit a raportat 280 de cazuri (din 1 972, definirea strategiei în domeniul drogurilor) cu prezența a metadonei (2004); în fine, în Norvegia, 55 de autopsii au pus în evidență urme de metadonă. Spania a raportat (rapoartele naționale Reitox, 2005) puține supradoze fatale provocate numai de metadonă (2 % din total), dar că această substanță a fost adesea prezentă în decesele produse ca urmare a consumului de opiacee (42 %) și de cocaină (20 %). Alte țări nu au raportat prezența metadonei în decese legate de consumul de droguri, sau au raportat doar un număr foarte scăzut.

Decesele prin intoxicație cu buprenorfină par să fie rare, fapt atribuit caracteristicilor farmacologice agonist-antagoniste ale acestui medicament. Cu toate acestea, țările europene au raportat câteva decese. În rapoartele naționale din 2005 și din 2006, numai Franța și Finlanda au înregistrat decese provocate de această substanță. În Finlanda, buprenorfină a fost depistată în 83 de cazuri în 2005 (față de 73 în 2004), în general în combinație cu benzodiazepinele, sedativele sau alcoolul sau în formă injectabilă. În Franța, numai două cazuri de supradoză fatală cu buprenorfină au fost raportate în 2005 (față de patru în 2004). Buprenorfină este principalul drog opiaceu de substituție în cele două țări, însă cifrele estimative de 70 000-85 000 de persoane cărora li se administrează această substanță în Franța sunt mult mai mari decât numărul de persoane tratate în Finlanda. În 2004, pe lângă Franța și Finlanda, alte trei țări au raportat decese ca urmare a consumului de buprenorfină (două sau trei decese în fiecare dintre aceste țări). Într-un studiu exhaustiv destinat depistării deceselor ca urmare a consumului de buprenorfină în Regatul Unit și desfășurat

între 1980 și 2002 s-au constatat doar 43 de cazuri, adesea în combinație cu benzodiazepinele sau cu alte opiacee (Schifano *et al.*, 2005).

Decese acute ca urmare a consumului altor droguri decât opiaceele

Decese asociate cu consumul de ecstasy și de amfetamine

Decesele cauzate de ecstasy sunt rare, însă au produs îngrijorare în urmă cu câțiva ani, când au început să fie raportate, deoarece survin adesea neașteptat, în rândul tinerilor integrați social. Datele limitate disponibile în rapoartele naționale Reitox din 2006 sugerează că decesele provocate de ecstasy se mențin la niveluri similare celor raportate în anii anteriori. La nivel european s-au raportat 78 de decese implicând ecstasy ⁽¹⁶⁵⁾.

Decesele ca urmare a consumului de amfetamină sunt, de asemenea, rareori raportate, deși, în 2004, 16 decese din Republica Cehă au fost atribuite consumului de pervitin (metamfetamină), cifra pentru 2005 fiind de 14 decese, ceea ce corespunde unei creșteri a numărului estimat al consumatorilor problematici de pervitin și a cererilor de tratament. În Finlanda au fost raportate 65 de decese implicând amfetaminele, deși rolul acestui drog în respectivele decese nu a fost specificat.

Decese ca urmare a consumului de cocaină

Decesele prin supradoză de cocaină sunt mai dificil de identificat decât cele provocate de opiacee, fiind adesea considerate rezultatul unei combinații de cauze mai degrabă decât al intoxicației cu cocaina în sine ⁽¹⁶⁶⁾. Studiile au demonstrat că majoritatea deceselor ca urmare a consumului de cocaină sunt provocate de consumul cronic al drogului și sunt adesea deznodământul unor probleme cardiovasculare și neurologice provocate de consumul îndelungat al cocainei, mai ales la consumatorii care prezintă factori de risc sau predispoziție la acest tip de probleme de sănătate. În Europa, rapoartele deceselor implicând cocaina menționează de obicei și prezența altor substanțe (inclusiv alcool și opiacee), reflectând consumul cocainei în combinație cu alte droguri.

În țările care furnizează date au fost identificate peste 400 de decese provocate de cocaină, atât în raportul național pe 2005, cât și în cel pe 2006. Se remarcă necesitatea evidentă de a investiga în continuare consecințele asupra sănătății și rata mortalității ca urmare a consumului de cocaină.

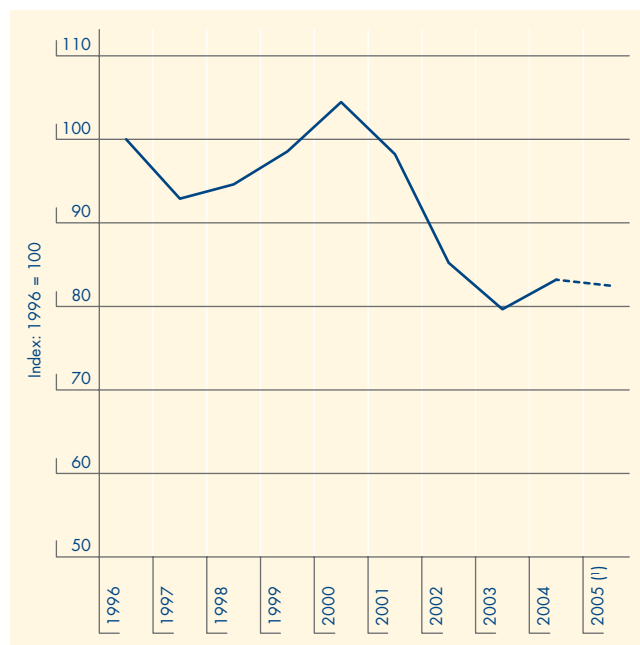
Tendențele deceselor acute ca urmare a consumului de droguri

Tendențele naționale ale deceselor survenite în urma consumului de droguri pot oferi perspective asupra evoluțiilor tiparelor de consum problematic de droguri din fiecare țară, precum și asupra evoluțiilor reacțiilor la acestea. Datele disponibile în Uniunea Europeană arată existența unor

⁽¹⁶⁵⁾ În funcție de fiecare țară în parte, cifrele se referă la anii 2004 sau 2005, pentru ecstasy și cocaină.

⁽¹⁶⁶⁾ A se vedea extrasul din 2007 privind cocaina pentru a consulta informații mai detaliate privind decesele ca urmare a consumului acestui drog.

Figura 13: Tendința generală a deceselor ca urmare a consumului de droguri, 1996-2005, pentru toate statele membre care au furnizat date



(*) În ceea ce privește 2005, cifra este provizorie, bazându-se pe comparația dintre anii 2004 și 2005 numai în cazul acelor țări din care au fost disponibile date pentru ambii ani.

NB: Modificarea indexată este calculată pe baza țărilor care au furnizat informații pentru anul în cauză și pentru cel precedent. A se vedea tabelul DRD-2 din Buletinul statistic 2007 pentru a afla numărul de decese din fiecare țară și notele metodologice.

Surse: Rapoartele naționale Reitox (2006), preluate din registrele naționale de mortalitate sau din registre speciale (de criminalistică sau ale poliției).

tendințe generale privind decesele asociate cu consumul de droguri. Dintr-o perspectivă pe termen mai lung, statele membre ale UE-15 plus Norvegia au experimentat o creștere pronunțată a deceselor ca urmare a consumului de droguri în perioada anilor '80 și la începutul anilor '90, probabil o reflectare a extinderii consumului de heroină și a practicii de injectare a acesteia ⁽¹⁶⁷⁾. Numărul deceselor asociate consumului de droguri a crescut continuu între 1990 și 2000, dar cu o rată mai mică de creștere.

Din anul 2000, multe țări ale Uniunii Europene au raportat scăderea numărului de decese ca urmare a consumului de droguri, probabil datorită creșterii disponibilității tratamentelor și inițiativelor de reducere a riscurilor, deși renunțarea la practica injectării sau reducerea ofertei de heroină pot fi, de asemenea, importante. La nivel european, numărul deceselor asociate cu consumul de droguri a scăzut cu 6 % în 2001, cu 14 % în 2002 și cu 5 % în 2003 (Figura 13). Totuși, cifrele pe 2004 și datele provizorii pe 2005 indică faptul că scăderea numărului de decese ca urmare a consumului de droguri nu a continuat după 2003.

În datele raportate privind decesele ca urmare a consumului de droguri din anumite țări a început să se manifeste o tendință îngrijorătoare. După vârfuri pronunțate ale numărului de decese ca urmare a consumului de droguri în intervalul 1999-2001, urmate de o scădere evidentă timp de doi-trei ani, s-a constatat o creștere a numărului de decese raportate în 2004 și 2005 ⁽¹⁶⁸⁾. Acest tipar descrie, în general, tendințele deceselor ca urmare a consumului de droguri observate în ultimii ani în Irlanda, Grecia, Portugalia, Finlanda și Norvegia și, într-o măsură mai mică, pe cele observate în Țările de Jos, Austria și Regatul Unit. În Italia, după mai mulți ani de scădere a numărului de decese asociate consumului de droguri, în ultimii doi ani s-a înregistrat o oarecare creștere ⁽¹⁶⁹⁾. S-au sugerat mai multe posibile cauze ale acestei creșteri recente, printre ele numărându-se policonsumul la consumatorii dependenți de opiacee sau o posibilă creștere a ofertei de heroină.

Există o discrepanță pronunțată în ceea ce privește tendințele deceselor legate de consumul de droguri între statele membre ale UE-15 și cele care au aderat în 2004. În cele 15 state membre ale Uniunii Europene s-a înregistrat o scădere generală începând cu 1996, scădere foarte pronunțată între 2000 și 2002, ceea ce sugerează o scădere pe termen lung a numărului de tineri consumatori de opiacee prin injectare. Totuși, tendințele recente din aceste țări sunt variate. În noile state membre s-a observat o creștere pronunțată până în 2002, dar tendința a fost descendentă în 2003-2004.

Au fost observate creșteri ale procentului de decese ca urmare a consumului de droguri în rândul consumatorilor sub 30 de ani în Grecia și în rândul celor sub 25 de ani în Estonia, Luxemburg și Austria și într-o măsură mai mică în Letonia și în Țările de Jos, deși în multe țări consumatorii de droguri tineri reprezintă un procent tot mai mic din victimele supradozelor ⁽¹⁷⁰⁾.

Se observă, de asemenea, și variații ale tendințelor în funcție de sex în ceea ce privește decesele ca urmare a consumului de droguri ⁽¹⁷¹⁾. Pentru mai multe detalii, a se vedea extrasul din 2006 privind consumul de droguri în funcție de sex.

Mortalitatea generală în rândul consumatorilor problematici de droguri

Informațiile referitoare la mortalitatea generală (indiferent de cauza decesului – provocată fie direct, fie indirect de consumul de droguri) în rândul consumatorilor problematici se referă în cea mai mare parte la consumatorii de opiacee, în timp ce informațiile referitoare la mortalitatea cauzată de alte forme de consum de droguri sunt în general absente, însă vor deveni din ce în ce mai importante în scopuri de sănătate publică, de exemplu dacă se iau în considerare consumatorii de cocaină frecvenți, dar integrați social.

⁽¹⁶⁷⁾ A se vedea figura DRD-8 din Buletinul statistic 2007.

⁽¹⁶⁸⁾ A se vedea tabelul figura DRD-2 din Buletinul statistic 2007.

⁽¹⁶⁹⁾ A se vedea figura DRD-11 din Buletinul statistic 2007.

⁽¹⁷⁰⁾ A se vedea figura DRD-9 din Buletinul statistic 2007.

⁽¹⁷¹⁾ A se vedea figura DRD-6 din Buletinul statistic 2007.

Studiile de cercetare asupra consumatorilor de opiacee din diverse zone europene au demonstrat că mortalitatea în cadrul acestui grup este ridicată în comparație cu cea a populației generale. Un studiu în regim de colaborare inițiat în cadrul unui proiect OEDT a arătat că consumatorii de opiacee incluși în programe de tratament în opt locuri din Europa au prezentat o mortalitate foarte ridicată comparativ cu omologii lor de aceeași vârstă (a se vedea OEDT, 2006). Un studiu de cohortă privind mortalitatea efectuat în Republica Cehă a arătat că rata mortalității standardizate la consumatorii de substanțe stimulente era de 4-6 ori mai mare decât în populația generală, în timp ce aceeași rată în rândul consumatorilor de opiacee era de 9-12 ori mai ridicată (rapoartele naționale Reitox, 2005). Un studiu de cohortă efectuat în Franța a analizat persoanele arestate pentru consum de heroină, cocaină sau crack și a demonstrat că mortalitatea la bărbați este de cinci ori mai ridicată, iar la femei de 9,5 ori mai ridicată decât pe ansamblul populației, înregistrând totuși o tendință de descreștere (rapoartele naționale Reitox, 2005). Se preconizează obținerea de informații suplimentare privind mortalitatea la consumatorii de droguri din studiile de cohortă aflate în desfășurare în mai multe țări europene (Bulgaria, Spania, Malta, Austria, Polonia, România, Suedia, Regatul Unit, Norvegia).

Studiile recente din Țările de Jos și din Norvegia nu au identificat nici o relație între vârstă și riscul de deces prin supradoză (Cruts *et al.*, *in press*; Ødegård *et al.*, 2006, citat de raportul național norvegian); cu toate acestea, pe măsură ce consumatorii de opiacee înaintază în vârstă, mortalitatea datorată condițiilor cronice se adaugă progresiv la mortalitatea datorată cauzelor externe, precum sinuciderea și violența. Condițiile precare de trai ale consumatorilor de droguri, precum și problemele de sănătate mintală ale acestora pot contribui și ele considerabil la rata ridicată a mortalității în cadrul acestui grup.

Sinuciderea este identificată drept cauză a deceselor prin supradoză de droguri în câteva studii realizate în rândul consumatorilor de droguri. Sinuciderea recunoscută ca atare, împreună cu decesele voluntare din motive nedeterminate, au constituit 30 % din totalul deceselor asociate cu consumul de droguri raportat de Scoția în 2005. În 2003, 13 % din totalul deceselor ca urmare a consumului de droguri au fost sinucideri (Scottish Executive, 2005). Se consideră că problemele de consum excesiv de substanțe contribuie la comportamentul suicidar în diverse moduri: factori de risc comuni, consum excesiv de substanțe în rândul populației predispușe la comportamente cu grad înalt de risc.

Reducerea numărului de decese ca urmare a consumului de droguri

Atenția acordată măsurilor de prevenire a supradozei a crescut, la fel și recunoașterea importanței relative a supradozei de droguri ca problemă de sănătate publică. Deși participarea la programe de tratament și la alte

Comorbiditatea și proiectul ISADORA

Tulburările psihiatrice sunt, în general, legate de consumul problematic de droguri. Deși nu există o colectare sistematică a informațiilor privind comorbiditatea la nivel european, concluziile studiilor locale desfășurate în mai multe țări europene sugerează că între 30 % și 90 % dintre pacienții aflați în tratament pentru consum de droguri ar putea prezenta condiții psihiatrice comorbide. Cele mai frecvente tulburări diagnosticate în rândul persoanelor dependente de droguri includ tulburările de personalitate, depresia, comportamentul antisocial, anxietatea și tulburările de dispoziție psihică și de alimentație. Se menționează, de asemenea, schizofrenia și tendințele de suicid. Comorbiditatea este raportată mai frecvent în rândul consumatorilor de heroină, în special printre cei cu antecedente îndelungate de consum și care au experimentat mai multe întreruperi ale tratamentului cu metadonă, precum și printre cei ale căror condiții sociale și de trai s-au degradat. În mod similar, dependența de droguri este frecventă printre persoanele afectate de boli mintale grave.

Proiectul european ISADORA (*integrated services aimed at dual diagnosis and optimal recovery from addiction* – servicii integrate orientate spre diagnosticarea duală și spre recuperarea optimă din toxicomanie) s-a încheiat în 2005, după trei ani de cercetare (!). Proiectul ISADORA, care a vizat identificarea celor mai importanți factori de risc instituționali și individuali ai comorbidității, s-a desfășurat în șapte locații din Europa și a implicat 352 de pacienți recrutați din secțiile de psihiatrie – acuți. Conform rezultatelor, prognoza deficitară și diagnosticarea duală haotică nu se datorează numai caracteristicilor pacientului, ci și furnizării fragmentare a serviciilor, ceea ce duce adesea la o compartimentare ineficientă a asistenței acordate. Printre rezultatele proiectului ISADORA se numără și un manual cuprinzător de instrucțiuni privind diagnosticul dual.

(!) <http://isadora.advsh.net>

servicii poate reduce decesele ca urmare a consumului de droguri, rămâne încă un potențial considerabil de dezvoltare a intervențiilor orientate în mod specific spre riscul de supradoză și, la nivel global, Europa încă duce lipsa unei abordări cuprinzătoare de prevenire a supradozelor.

Statele membre, în special cele cu istoric mai vechi de prevalență ridicată a consumului de heroină, au mărit progresiv disponibilitatea tratamentului dependenței în ultimii ani și sunt acum în măsură să ia contact cu un număr tot mai mare de consumatori problematici de droguri la care se ajunge greu (a se vedea și capitolul 2 și capitolul 6). Accesibilitatea mai mare la tratament și varietatea mai mare de metode, inclusiv tratamentul de substituție, îmbunătățesc ratele de rămânere la tratament, ceea ce contribuie în mod semnificativ la reducerea deceselor și a mortalității ca urmare a consumului de droguri. Mai multe țări au redus pragurile de acces la tratamentul de menținere pentru droguri și sunt evidente modificările de filozofie în ceea ce privește

accelerarea începerii și reluării tratamentului de menținere cu metadonă (măsură care s-au dovedit eficiente în creșterea ratei de supraviețuire). De asemenea, studiile provenite din programele de mare accesibilitate sugerează că aplicarea unor criterii de acces și a unor reguli de tratament stricte duce la mai multe excluderi disciplinare din tratament, ceea ce mărește riscul de deces la cei excluși în comparație cu cei care sunt menținuți în tratament (Fugelstad *et al.*, 2007). Un studiu longitudinal asupra eficienței tratamentelor pentru dependența de heroină, care va examina legătura dintre gradul de reținere la tratament și mortalitate, este în desfășurare în Italia (Bargagli *et al.*, 2006).

În primele săptămâni după ce au ieșit din penitenciar sau din tratament, persoanele care au întrerupt consumul de opiacee sunt expuse unui risc ridicat de supradoză în cazul în care reiau consumul, deoarece toleranța lor este acum redusă față de cea anterioară. Prin urmare, o măsură importantă de reducere a riscurilor constă în informarea acestor persoane asupra riscurilor la care se expun dacă reiau consumul și discutarea cu ele a unor strategii de reducere a riscurilor. Continuarea îngrijirilor, însoțită de asistență socială și de servicii de tratament, poate juca un rol important în acest punct, în special pentru persoanele care ies din penitenciar.

Alte strategii de prevenire a supradozelor includ consilierea consumatorilor de droguri în legătură cu caracteristicile specifice recuperării și cu modul în care trebuie să reacționeze în situațiile de urgență, precum și colaborarea cu poliția, cu serviciile de ambulanță și cu consumatorii înșiși pentru a încuraja apelarea serviciilor medicale de urgență într-o fază precoce a evenimentului de supradoză. Cercetările sugerează că un consum simultan al altor droguri, în special al alcoolului și sedativelor, poate crește riscul de supradoză fatală cu opiacee și, prin urmare, policonsumul este un aspect important pe care trebuie să-l abordeze serviciile. Anumite activități experimentale au studiat posibilitatea de a furniza consumatorilor de droguri anumiți antagoniști de opiacee, un exemplu în acest sens fiind un program-pilot aplicat în Scoția care presupune distribuția de naloxonă consumatorilor de droguri, familiilor și prietenilor acestora. Această abordare nu a fost încă dezvoltată la scară largă în Europa, însă are un bun potențial. Disponibilitatea antagoniștilor la opiacee în serviciile de ambulanță, în centrele de tratament sau în alte centre unde este probabilă apariția unor cazuri de supradoză cu opiacee este o abordare mai frecventă,

deși nici aceasta nu este generalizată. Dată fiind eficiența acestor droguri, în cazul în care sunt administrate la timp, se impune cu necesitate o analiză a disponibilității acestui tip de reacție în cadrul oricărei evaluări a măsurilor de prevenire a supradozelor.

O abordare care a generat anumite controverse este punerea la dispoziție a camerelor de injectare, unde consumatorii pot să-și consume drogurile într-un spațiu desemnat, în care pot avea la dispoziție servicii medicale și de alt tip. Camerele de injectare au fost criticate de INCB în rapoartele sale anuale recente, însă sunt considerate de unele state membre ale UE o componentă utilă a intervenției statului la anumite forme de consum foarte problematic de droguri. Argumentele invocate în favoarea camerelor de injectare sunt următoarele: acestea pot constitui o măsură de prevenire a supradozelor; pot conduce la reducerea altor riscuri asociate injectării; pot oferi o posibilitate de diseminare a informației; în fine, acestea constituie o verigă de legătură cu serviciile de asistență medicală de bază, cu serviciile de tratament și cu alte servicii antidrog. Camerele de injectare sunt uneori considerate și o modalitate de a limita neplăcerile produse publicului de vizibilitatea consumului de droguri. În prezent, există peste 70 de camere de injectare în Uniunea Europeană și în Norvegia: circa 40 în Țările de Jos, 25 în Germania, șase în Spania și câte una în Luxemburg și în Norvegia.

Tehnicile de informare, educare și comunicare (IEC) sunt aplicate în întreaga Europă, în cadrul unor inițiative care urmăresc să reducă decesele ca urmare a consumului de droguri. Mai multe țări raportează distribuția de materiale de informare personalizate destinate consumatorilor de droguri, anturajului și familiilor acestora sau poliției. Cu toate acestea, pe lângă cursurile de prim ajutor adresate personalului agențiilor antidrog sau consumatorilor de droguri înșiși, evaluarea riscului de supradoză și consilierea legată de gestionarea riscurilor par să devină mai frecvente în Europa și sunt menționate, de exemplu, în datele raportate de România, Țările de Jos și Malta. În 2005, a fost lansat în Scoția un plan de acțiune de reducere a deceselor ca urmare a consumului de droguri; programul include un DVD de sensibilizare față de pericolul de supradoză, noi studii asupra întârzierii apelurilor de ajutor și un forum național de cercetare a tendințelor și de identificare a zonelor în care este necesară o acțiune suplimentară.



Bibliografie

- Aveyard, P., Markham, W.A., Lancashire, E. *et al.* (2004), 'The influence of school culture on smoking among pupils', *Social science and medicine* 58, pp. 1767–80.
- Bargagli, A.M., Faggiano, F., Amato, L., Salamina, G. *et al.* (2006), 'VEdeTTE, a longitudinal study on effectiveness of treatments for heroin addiction in Italy: study protocol and characteristics of study population', *Substance use misuse* 41, pp. 1861–79.
- Binnie, I., Kinver, A. și Lam, P. (2006), 'Know the score: cocaine wave 3, 2005/06 post-campaign evaluation', Scottish Executive, Edinburgh (<http://www.scotland.gov.uk/Publications/2006/06/14152757/0>).
- Brown, C.H., Berndt, D., Brinales, J. *et al.* (2000), 'Evaluating the evidence of effectiveness for preventive interventions: using a registry system to influence policy through science', *Addictive behaviours* 25, pp. 955–64.
- Bühler, A. și Kröger, C. (2006), 'Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs', *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung*, Vol. 29, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln.
- Canning, U., Millward, L., Raj T. și Warm, D. (2004), *Drug use prevention among young people: a review of reviews*, Health Development Agency, Londra.
- Cho, H., Hallfors, D.D. și Sanchez, V. (2005), 'Evaluation of a high school peer group intervention for at-risk youth', *Journal of abnormal child psychology* 33, pp. 363–74.
- CND (2006), *World drug situation with regard to drug trafficking: Report of the Secretariat*, Comisia pentru stupefiante a Organizației Națiunilor Unite: Consiliul Economic și Social, Viena.
- CND (2007), *World drug situation with regard to drug trafficking: Report of the Secretariat*, Comisia pentru stupefiante a Organizației Națiunilor Unite: Consiliul Economic și Social, Viena.
- Cochrane Collaboration (2007), *Cochrane glossary* (<http://www.cochrane.org/resources/glossary.htm>).
- Cox, G., Comiskey, C., Kelly, P. și Cronly, J. (2006), *ROSIE findings 1: summary of 1-year outcomes*, National Advisory Committee on Drugs, Dublin.
- Cruts, G., Buster, M., Vicente, J., Deerenberg, I. și Van Laar, M. (in press), 'Estimating the total mortality among problem drug users', *Substance use and misuse* 43.
- Dasis (2006), 'Methamphetamine/amphetamines treatment admissions in urban and rural areas: 2004', *The DASIS Report*, Issue 27.
- Dishion, T.J. și Dodge, K.A. (2005), 'Peer contagion in interventions for children and adolescents: moving towards an understanding of the ecology and dynamics of change', *Journal of abnormal child psychology* 33, pp. 395–400.
- ECDC (2007), 'HIV Infection in Europe: 25 years into the pandemic', raport tehnic, (http://www.eu2007.de/en/News/download_docs/Maerz/0312-BSGV/040Background.pdf).
- EMA (2005), 'Committee for Medicinal Products for Human Use: Summary of Opinion', doc ref emea/chmp/195488/2005 (<http://www.emea.europa.eu>).
- Eurobarometer (2004), 'Young people and drugs', *Flash Eurobarometru* 158 (http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl158_en.pdf).
- Eurobarometer (2006), 'Public opinion in the European Union', *Eurobarometru* 66 (http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/eb/eb66/eb66_highlights_en.pdf).
- EuroHIV (2006), *HIV/AIDS Surveillance in Europe, end-year report 2005*, No 73, Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice.
- Farrell, M. (1995), *Drug prevention: a review of legislation, regulation and delivery of methadone in 12 Member States of the European Union*, Comisia Europeană, Luxemburg.
- FESAT (2005), 'Monitoring project: changes during the second half of 2005' (<http://www.fesat.org/>).
- Flay, B.R., Biglan, A., Boruch, R.R.F. *et al.* (2005), 'Standards of evidence: criteria for efficacy, effectiveness and dissemination', *Prevention science* 6, pp. 151-75.
- Fugelstad, A., Stenbecka, M., Leifman, A., Nylander, M. și Thiblin, I. (2007), 'Methadone maintenance treatment: the balance between life-saving treatment and fatal poisonings', *Addiction* 102, pp. 406-12.
- GAO (2006), 'ONDCP media campaign, contractor's national evaluation did not find that the youth anti-drug media campaign was effective in reducing youth drug use', raport tehnic, Washington, DC, Government Accountability Office.

- Gossop, M. (2006), *Treating drug misuse problems: evidence of effectiveness*, National Treatment Agency for Substance Misuse, NTA, Londra.
- Gossop, M., Marsden, J. și Stewart, D. (2001), 'NTORS after five years: changes in substance use, health and criminal behaviour during the five years after intake', National Addiction Centre, Londra.
- Hawks, D., Scott, K., McBride, N. et al. (2002), *Prevention of psychoactive substance use, a selected review of what works in the area of prevention*, Organizația Mondială a Sănătății, Geneva.
- HDA (2004), 'The effectiveness of public health campaigns', Briefing 7, Health Development Agency, Londra (<http://www.nice.org.uk/download.aspx?o=502775>).
- INCB (2006), *Report of the International Narcotics Control Board for 2005*, Biroul Organizației Națiunilor Unite pentru controlul narcoticelor, New York.
- INCB (2007a), *Report of the International Narcotics Control Board for 2006*, Biroul Organizației Națiunilor Unite pentru controlul narcoticelor, New York.
- INCB (2007b), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances, 2006*, Biroul Organizației Națiunilor Unite pentru controlul narcoticelor, New York.
- Ives, R. (2006), 'Real life is messy', *Drugs: education, prevention and policy* 13, pp. 389-91.
- Jones, L., Sumnall, H., Burrell, K., et al. (2006), *Universal drug prevention*, John Moores University, Centre for Public Health, Liverpool (<http://www.drugpreventionevidence.info/documentbank/Universal.pdf>).
- Kenis, P. (2006), *Implementation and effects of drugs coordination*, OEDT, Lisabona (nepublicată).
- Kouvonen, P., Skretting, A. și Rosenqvist, P. (editors) (2006), *Drugs in the Nordic and Baltic countries: common concerns, different realities*, Nordic Council for Alcohol and Drug Research, Helsinki.
- Kuntsche, E. și Jordan, M. (2006), 'Adolescent alcohol and cannabis use in relation to peer and school factors', *Drug and alcohol dependence* 84, pp. 167-74.
- Lohrmann, D.K., Alter, R.J., Greene, R. și Younoszai, T.M. (2005), 'Long-term impact of a district-wide school/community-based substance abuse prevention initiative on gateway drug use', *Journal of drug education* 35, pp. 233-53.
- London Drug Policy Forum (1996), 'Dance till dawn safely: a code of practice on health and safety at dance venues' (<http://www.drugscope.org.uk>).
- Loth, C., Schippers, G.M., Hart, H. și van de Wijngaart, G. (2007), 'Enhancing the quality of nursing care in methadone substitution clinics using action research: a process evaluation', *Journal of advanced nursing* 57, pp. 422-31.
- MacDonald, Z., Tinsley, L., Collingwood, J. et al. (2005), *Measuring the harm from illegal drugs using the drug harm index*, Home Office, Londra.
- Mansfield, D. (2007), 'Beyond the metrics: understanding the nature of change in the rural livelihoods of opium poppy growing households in the 2006/07 growing season', raport al unității interdepartamentale de luptă împotriva drogurilor afgane a Guvernului Regatului Unit.
- March J.C., Oviedo-Joekes E., Perea-Milla E. et al. (2006), 'Controlled trial of prescribed heroin in the treatment of opioid addiction', *Journal of substance abuse treatment* 31, pp. 203-211.
- Mateu, G., Astals, M. și Torrens, M. (2005), 'Comorbilidad psiquiatrica y trastorno por dependencia de opiáceos: del diagnóstico al tratamiento', in: Miranda, J.J.F. and Melich, M.T. (editors), *Monografía opiáceos, Adicciones* 17, pp. 111-21.
- McCambrige, J., Mitcheson, L., Winstock, A. și Hunt, N. (2005), 'Five year trends in patterns of drug use among people who use stimulants in dance contexts in the United Kingdom', *Addiction* 100, pp. 1 140-9.
- Nabben, T., Benschop, A. și Korf, D. (2006), *Antenne 2005, Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers*, Rozenberg Publishers, Amsterdam.
- Naber, D., și Haasen, C. (2006), *Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhänger – eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Therapiestudie. Abschlussbericht der Klinischen Vergleichsstudie zur Heroin- und Methadonbehandlung gemäß Studienprotokoll*, Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg, Hamburg (http://www.heroinstudie.de/ZIS_H-Bericht_P1_DLR.pdf).
- NTA (2002), Research into practice No 1(b) Commissioners' briefing – commissioning cocaine/crack dependence. National Treatment Agency for Substance Misuse, Londra.
- OEDT (2002), *Report on the risk assessment of ketamine in the framework of the joint action on new synthetic drugs*, Observatorul European pentru Droguri și Toxicomanie, Lisabona.
- OEDT (2004), *An overview of cannabis potency in Europe*, Insights No. 6, Observatorul European pentru Droguri și Toxicomanie, Lisabona.
- OEDT (2005), *Annual report 2005: the state of the drugs problem in Europe*, Observatorul European pentru Droguri și Toxicomanie, Lisabona.
- OEDT (2006), *Annual report 2006: the state of the drugs problem in Europe*, Observatorul European pentru Droguri și Toxicomanie, Lisabona.
- OEDT (2007a), *Drugs and crime: a complex relationship*, Drugs in focus No 16, Observatorul European pentru Droguri și Toxicomanie, Lisabona.
- OEDT (2007b), *Treatment of problem cocaine use: a review of the literature*, Observatorul European pentru Droguri și Toxicomanie, Lisabona (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=18945>).

- OMS (2006), 'Critical review of ketamine 2006', 34th ECDD 2006/4.3 (www.who.int/medicines/areas/quality_safety/4.3KetamineCritReview.pdf).
- OMS/UNAIDS (2007), 'Guidance on provider-initiated HIV testing and counselling in health facilities', Organizația Mondială a Sănătății, 2007 (<http://www.who.int/hiv/topics/vct/en/index.html>).
- ONUDD (2005), *2005 World drug report*, Biroul Organizației Națiunilor Unite de luptă împotriva drogurilor și a criminalității, Viena.
- ONUDD (2006), *2006 World drug report*, Biroul Organizației Națiunilor Unite de luptă împotriva drogurilor și a criminalității, Viena.
- ONUDD (2007), *2007 World drug report*, Biroul Organizației Națiunilor Unite de luptă împotriva drogurilor și a criminalității, Viena.
- ONUDD și Guvernul Marocului (2007), *Morocco Cannabis survey 2006*, Biroul Organizației Națiunilor Unite de luptă împotriva drogurilor și a criminalității, Viena.
- Parkin, S. și McKeganey, N. (2000), 'The rise and rise of peer education approaches', *Drugs: education, prevention and policy* 7, pp. 293-310.
- Rapoartele nationale Reitox (2006) (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=435>).
- Reuter, P. (2006), 'What drug policies cost: estimating government drug policy expenditures', *Addiction* 101, pp. 315-22.
- Rigter, H. (2005), 'Treating cannabis dependence in adolescents: a European initiative based on current scientific insights', in *Jugendkult Cannabis Risiken und Hilfe*, Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Berlin, pp. 117-24.
- SAMHSA, Office of Applied Studies, *National survey on drug use and health, 2005* (www.samhsa.gov) and (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>).
- Schifano, F. et al. (2005), 'Buprenorphine mortality, seizures and prescription data in the UK, 1980-2002', *Human psychopharmacology: clinical and experimental* 20, pp. 343-48.
- Schifano, P., Bargagli, A.M., Belleudi, V. et al. (2006), 'Methadone treatment in clinical practice in Italy: need for Improvement', *European addiction research* 12, pp. 121-27.
- Scholey, A., Parrott, A., Buchanan, T. et al. (2004), 'Increased intensity of ecstasy and polydrug usage in the more experienced recreational ecstasy/MDMA users: A WWW study', *Addictive behaviours* 29, pp. 743-52.
- Scottish Executive (2005), *National investigation into drug-related deaths in Scotland, 2003*, Scottish Executive, Edinburgh.
- Single, E., Collins, D., Easton, B. et al. (2001), *International guidelines for estimating the costs of substance abuse*, Canadian Center on Substance Abuse, Toronto.
- Sonntag, D., Bauer, C. și Hellwich, W.K. (2006), 'Deutsche Suchthilfestatistik 2005 für ambulante Einrichtungen', *Sucht* 52, pp. S7-43.
- Stafström, M., Östergren, P., Larsson, S. et al. (2006), 'A community action programme for reducing harmful drinking behaviour among adolescents: the Trelleborg Project', *Addiction* 101, pp. 813-23.
- Strang, J., Sheridan, J., Hunt, C. et al. (2005), 'The prescribing of methadone and other opioids to addicts: national survey of GPs in England and Wales', *British journal of general practice* 55, pp. 444-51.
- Sumnall, H., Woolfall, K., Edwards, S., Cole, J. și Beynon, C. (2007), 'Use, function and subjective experiences of gamma-hydroxybutyrate (GHB)', lucrare nepublicată, Centre for Public Health, John Moores University, Liverpool, Regatul Unit.
- Weaver, T. (2007), 'Summary of the NECTOS study of specialist crack cocaine services', National Treatment Agency for Substance Misuse, NTA, Londra.
- Wikstrom, M., Holmgren, P. și Ahlner, J. (2004), 'A2 (N-benzylpiperazine) a new drug of abuse in Sweden', *Journal of analytical toxicology* 28, pp. 67-70.

Observatorul European pentru Droguri și Toxicomanie

Raportul anual 2007: situația drogurilor în Europa

Luxemburg: Oficiul pentru Publicații Oficiale ale Comunităților Europene

2007 – 91 p. – 21 x 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-301-7

Cum vă puteți procura publicațiile Uniunii Europene?

Publicațiile Oficiului pentru Publicații sunt disponibile pentru vânzare pe site-ul EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu/>); puteți transmite comanda dumneavoastră către biroul de vânzări ales.

De asemenea, puteți solicita lista punctelor de vânzare care fac parte din rețeaua noastră mondială trimițând un fax la nr. (352) 29 29-42758.

Despre OEDT

Observatorul European pentru Droguri și Toxicomanie (OEDT) este una dintre agențiile descentralizate ale Uniunii Europene. Înființat în 1993 și cu sediul la Lisabona, Observatorul este sursa principală pentru o informare cuprinzătoare cu privire la situația drogurilor și a dependenței de droguri în Europa.

OEDT culege, analizează și difuzează informații obiective, verificate și comparative privind drogurile și dependența de droguri. Prin aceasta, OEDT oferă publicului său o imagine documentată privind fenomenul drogurilor la nivel european.

Publicațiile OEDT constituie o sursă de informații de prim ordin pentru un public larg, care cuprinde factorii de decizie politică și consilierii acestora, specialiști și cercetători activând în domeniul drogurilor și, în sens mai larg, mass-media și publicul larg.

Raportul anual prezintă sinteza anuală a OEDT privind fenomenul drogurilor în UE și constituie o referință de bază pentru cei interesați să afle ultimele informații despre situația drogurilor în Europa.