



Observatorul European pentru
Droguri și Toxicomanie

RO

ISSN 2314-9183

Raportul european privind drogurile

Tendințe și evoluții

2013



Observatorul European pentru
Droguri și Toxicomanie

Raportul european privind drogurile

Tendențe și evoluții

2013

Notă

Această publicație a Observatorului European pentru Droguri și Toxicomanie (EMCDDA) este protejată de dreptul de autor. EMCDDA 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 EMCDDA, ale statelor membre ale Uniunii Europene sau ale vreunei instituții sau agenții a Uniunii Europene.

Numeroase alte informații referitoare la Uniunea Europeană sunt disponibile pe internet. Acestea sunt accesibile prin serverul Europa (<http://europa.eu>).

Europe Direct este un serviciu care vă ajută să aflați răspunsuri la întrebările dumneavoastră despre Uniunea Europeană.

Un număr unic gratuit (*): 00 800 6 7 8 9 10 11

(*) Anumiți 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, neerlandeză, polonă, portugheză, română, slovacă, slovenă, finlandeză, suedeză și norvegiană.

O fișă catalografică se găsește la sfârșitul prezentei publicații.

Luxemburg: Oficiul pentru Publicații al Uniunii Europene, 2013

ISBN 978-92-9168-624-7

doi:10.2810/91315

© Observatorul European pentru Droguri și Toxicomanie, 2013
Reproducerea este autorizată cu condiția menționării sursei.

Printed in Spain

TIPĂRITPE HÂRTIE ÎNĂLBITĂ FĂRĂ CLOR



Observatorul European pentru
Droguri și Toxicomanie

Cais do Sodré, 1249-289 Lisabona, Portugalia

Tel. +351 211210200

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

Cuprins

5	Prefață
9	Notă introductivă și mulțumiri
11	REZUMAT
	Probleme vechi și noi legate de droguri — contextul european în 2013
17	CAPITOLUL 1
	Oferta de droguri în Europa
31	CAPITOLUL 2
	Consumul de droguri și problemele legate de droguri
49	CAPITOLUL 3
	Răspunsul la problema drogurilor
61	CAPITOLUL 4
	Politici privind drogurile
67	ANEXĂ
	Tabele cu date naționale

Prefață

În acest an, analiza anuală EMCDDA a situației drogurilor este prezentată într-un format nou. Constând dintr-un set de produse interconectate, pachetul Raportului european privind drogurile (RED) 2013 urmărește să ofere un punct de acces comun în ceea ce privește activitatea EMCDDA și să faciliteze unui public diferit accesul la informațiile specifice de care are nevoie. Analiza pe care o pune la dispoziție este mai actuală, interactivă și interconectată. Aceste evoluții sunt necesare pentru a ține pasul atât cu situația drogurilor, care înregistrează schimbări rapide, cât și cu nevoile din ce în ce mai numeroase și așteptările în continuă schimbare ale publicului nostru.

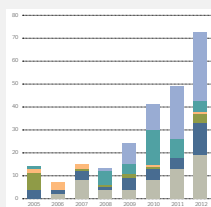
Elementul esențial în pachetul RED este prezentul raport (disponibil și online), care prezintă un rezumat de nivel înalt al tendințelor și evoluțiilor. Documentul care îl însoțește, Perspective privind drogurile (POD), permite cunoașterea în profunzime a unor aspecte importante, printre care se numără în acest an noi tratamente ale hepatitei C, consumul de mare risc al cannabisului și controlul asupra noilor substanțe psihoactive din ce în ce mai disponibile. Alte elemente ale pachetului sunt oferite de Buletinul statistic și Rapoartele naționale, care oferă date și analize la nivel național.

RAPORTUL EUROPEAN PRIVIND DROGURILE 2013

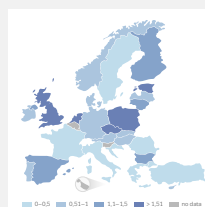
O serie de elemente interconectate permițând accesul deplin la datele disponibile și analiza privind consumul de droguri în Europa



Tendențe și evoluții
oferă o analiză de nivel înalt a principalelor evoluții



Buletin statistic
conține serii complete de date, grafice explicative și informații metodologice



Rapoarte naționale
date naționale și analiza acestora, la dispoziția dumneavoastră



Perspective privind drogurile
prezentări interactive privind aspectele esențiale

Prezenta abordare coincide cu lansarea unei noi strategii a UE privind drogurile pentru perioada 2013-2020, prin care Uniunea Europeană își reafirmă angajamentul față de o abordare echilibrată și bazată pe dovezi a problemei drogurilor. O parte importantă a misiunii EMCDDA constă în furnizarea informațiilor necesare pentru punerea în aplicare a acestei strategii. Multe dintre evoluțiile pozitive ale situației drogurilor în Europa au fost rezultatul unei dezbateri informate atât datorită înțelegerii din ce în ce mai profunde a problemelor, cât și unei evaluări riguroase din punct de vedere științific a măsurilor necesare pentru soluționarea acestora. Suntem mândri de rolul jucat de EMCDDA în acest sens.

Cu toate acestea, suntem conștienți în același timp de provocările care ne așteaptă. Strategia UE privind drogurile va trebui să abordeze o nouă perspectivă a politicilor,

multe dimensiuni ale acestora fiind elaborate în prezentul raport, printre care se numără îmbunătățirea necesară a furnizării de servicii pentru consumatorii de droguri din închisori și importanța din ce în ce mai mare a drogurilor sintetice. Strategia va fi pusă în aplicare într-o perioadă de incertitudine economică și schimbări considerabile de dezvoltare globală și socială. Globalizarea și inovarea tehnologică au un impact asupra tuturor aspectelor vieții moderne; în acest context, nu este surprinzător că acestea influențează și problemele legate de droguri cu care ne confruntăm. În calitate de agenție de informare, răspundem la această situație cu resurse actualizate și adaptabile, care acoperă o perspectivă extinsă. Credem că RED 2013, atât prin conținut, cât și prin formă, reprezintă un important pas înainte în ceea ce privește răspunsul la provocările cu care ne confruntăm. Fie că reprezintă un acces rapid la o prezentare generală strategică a situației drogurilor sau o analiză aprofundată a datelor statistice, sperăm că RED 2013 va constitui un punct de acces valoros și accesibil la resursele considerabile disponibile în prezent în acest domeniu.

João Goulão

Președintele Consiliului de administrație al EMCDDA

Wolfgang Götz

Directorul EMCDDA

Notă introductivă și mulțumiri

Prezentul raport se bazează pe informațiile furnizate Observatorului European pentru Droguri și Toxicomanie (EMCDDA) de către statele membre ale UE, țările candidate Croația și Turcia și de către Norvegia.

Datele statistice raportate în prezentul document se referă la anul 2011 sau la ultimul an pentru care există date. Cifrele totale și tendințele la nivel european se bazează pe acele țări care au furnizat date suficiente și relevante pentru perioada specificată. Analiza datelor stabilește priorități în ceea ce privește nivelurile, tendințele și distribuția geografică. Precauțiile și rezervele de ordin tehnic în ceea ce privește datele pot fi consultate în versiunea online în limba engleză a prezentului raport și în Buletinul statistic 2013 al EMCDDA, care oferă informații despre metodologie, țările și anii de raportare. În plus, versiunea online furnizează conține linkuri la resurse adiționale.

EMCDDA dorește să adreseze mulțumiri următorilor pentru ajutorul oferit în realizarea acestui raport:

- | responsabililor punctelor focale naționale Reitox și personalului acestora;
- | serviciilor și specialiștilor din fiecare stat membru care au colectat date brute pentru acest raport;
- | membrilor Consiliului de administrație și ai Comitetului științific din cadrul EMCDDA;
- | Parlamentului European, Consiliului Uniunii Europene — în special Grupului orizontal de lucru pentru substanțe stupefiante — și Comisiei Europene;
- | Centrului European de Prevenire și Control al Bolilor (ECDC), Agenției Europene pentru Medicamente (EMA) și Europol;
- | Grupului Pompidou al Consiliului Europei, Biroului Națiunilor Unite pentru droguri și criminalitate, Biroului regional pentru Europa al OMS, Interpol, Organizației Mondiale a Vămirilor, Proiectului ESPAD și Consiliului suedez de informare privind alcoolul și alte droguri (CAN);
- | Centrului de Traduceri pentru Organismele Uniunii Europene, Missing Element Design și Composiciones Rali.

Punctele focale naționale Reitox

Reitox este rețeaua europeană de informare privind drogurile și toxicomania. Rețeaua este constituită din punctele focale naționale din statele membre ale UE, Norvegia, țările candidate și Comisia Europeană. Aflate sub responsabilitatea guvernelor țărilor respective, punctele focale sunt autoritățile naționale care furnizează EMCDDA informații privind drogurile.

Datele de contact pentru punctele focale naționale sunt disponibile pe site-ul EMCDDA.

Rezumat

Piața drogurilor pare să fie astăzi mai volatilă, mai dinamică și mai puțin structurată în jurul substanțelor pe bază de plante transportate de la distanțe mari pe piețele consumatorilor din Europa

Probleme vechi și noi legate de droguri — contextul european în 2013

Principalele caracteristici ale contextului european al drogurilor s-au menținut relativ stabile în ultimii ani. Consumul de droguri rămâne ridicat în comparație cu standardele istorice, însă se pot observa schimbări pozitive, printre care niveluri record ale oferirii de tratament, însoțite de unele indicii privind reducerea consumului prin injectare, a noilor utilizări ale heroinei, consumului de cocaină și fumatului de cannabis. Totuși, optimismul trebuie să fie însă rezervat având în vedere faptul că șomajul în rândul tinerilor și scăderea numărului de locuri de muncă pot conduce la reaparitia „vechilor” probleme. În plus, o examinare mai atentă sugerează că situația drogurilor poate înregistra acum o fluctuație continuă, marcată de apariția unor „noi” probleme, care reprezintă provocări pentru politicile și modelele de practică actuale: apar noi droguri sintetice și tipare de consum, atât pe piața drogurilor ilegale, cât și în contextul substanțelor care nu sunt supuse controlului.

Piața drogurilor pare să fie astăzi mai volatilă, mai dinamică și mai puțin structurată în jurul substanțelor pe bază de plante transportate de la distanțe mari pe piețele consumatorilor din Europa. Globalizarea și evoluțiile înregistrate de tehnologia informațiilor sunt factori determinanți în această privință. Modelele de consum de droguri în țările cu venituri mici și mijlocii sunt în schimbare, iar acest lucru poate avea implicații și în ceea ce privește problemele viitoare legate de droguri în Europa în viitor. Internetul prezintă provocări din ce în ce mai mari, atât ca mecanism de diseminare rapidă a noilor tendințe, cât și ca piață înfloritoare cu acoperire globală. Acesta creează o nouă interconectare în ceea ce privește consumul de droguri și oferta de droguri. Cu toate acestea oferă de asemenea posibilitatea găsirii unor modalități inovatoare de asigurare a tratamentului, prevenirii și intervențiilor în sensul reducerii riscurilor asociate consumului de droguri (harm reduction).

Implicațiile acestor schimbări pentru sănătatea publică nu sunt încă pe deplin înțelese. Indiciile conform cărora politicile existente au avut rezonanță în unele sectoare importante trebuie să fie percepute din perspectiva unei situații a drogurilor aflată în continuă schimbare, care va necesita ajustarea practicilor actuale, dacă se intenționează ca acestea să rămână pertinente și adecvate scopului lor.

Canabisul

În pofida unor dovezi privind tendințele descendente, în special în țările cu o istorie îndelungată și clară în sensul prevalenței, consumul de cannabis în Europa rămâne ridicat în comparație cu standardele istorice, existând o piață extinsă și relativ solidă pentru această substanță. Există, de asemenea, o diversitate din ce în ce mai mare a tipurilor de produse de cannabis disponibile. Planta de cannabis, uneori extrem de puternică, are acum un rol mai important, împreună cu apariția recentă a produselor sintetice „similare cannabisului”. Ambele evoluții sunt potențial îngrijorătoare din perspectiva sănătății publice. Dat fiind statutul său de cel mai consumat drog, cannabisul reprezintă o problemă majoră în ceea ce privește măsurile de prevenire în rândul tinerilor, iar în acest domeniu există un interes din ce în ce mai mare față de aplicarea strategiilor preventive bazate pe mediu. Acest lucru prezintă dovezi care sugerează că abordările bazate pe modificarea mediului s-au dovedit a fi utile pentru reducerea problemelor asociate consumului de substanțe legale, precum tutunul și alcoolul.

Orice modificări pozitive ale indicatorilor privind consumul general de cannabis în Europa trebuie să fie înțelese în contextul unei situații cât se poate de eterogene la nivel național; de exemplu, unele țări raportează constant niveluri de prevalență scăzute și stabile, în timp ce consumul de cannabis în multe țări din centrul și estul Europei a crescut considerabil în anii 2000. Tendințele trebuie să fie, de asemenea, interpretate în raport cu modelele de consum diferite, pericolul fiind cel mai adesea asociat consumului regulat și pe termen lung. Problemele generate de consumul de cannabis sunt acum recunoscute și înțelese mai bine în Europa, acest drog reprezentând cea de-a doua substanță în ceea ce privește numărul consumatorilor care apelează la tratament specializat pentru dependența de droguri. În timp ce majoritatea celor care se tratează pentru dependența de cannabis sunt bărbați, relativ tineri, sunt tot mai mult recunoscute problemele consumatorilor cronici vechi

Canabisul este, de asemenea, drogul care divizează atitudinea publică, unele țări făcând o distincție clară între cannabis și alte substanțe în cadrul politicilor de control al drogurilor.

Heroina și alte opiacee

În contextul unei creșteri generale a disponibilității tratamentului pentru consumatorii de heroină, indicatorii sugerează în prezent o tendință descendentă atât în ceea ce privește consumul, cât și disponibilitatea acestui drog.

Tendința pe termen lung în ceea ce privește cantitatea de heroină capturată este descendentă, iar numărul capturilor a început, de asemenea, să scadă recent. Unele țări raportează că, în ultimul deceniu, heroina a fost înlocuită pe piață de alte opiacee. Alte țări au asistat în ultimul timp la șocuri sau deficite pe piață, urmate în general de o redresare parțială.

Numărul consumatorilor de heroină care apelează la tratament pentru prima dată continuă, de asemenea, să scadă și, în ansamblu, persoanele care se tratează pentru dependența de heroină fac parte dintr-o grupă în curs de îmbătrânire. Numărul deceselor legate de consumul de opiacee a scăzut, de asemenea, în ultimii ani. În mod tradițional, consumul de heroină se realiza prin injectare, însă s-a înregistrat un declin pe termen lung al acestui tip de comportament. Corelat cu impactul intervențiilor, acest lucru a contribuit probabil la declinul observat în ceea ce privește numărul de noi infecții cu HIV atribuite consumului acestui drog. O observație îngrijorătoare în legătură cu aceasta este reprezentată de focarele recente de HIV aferente consumului prin injectare în Grecia și România care au întrerupt această tendință pozitivă. Acest lucru subliniază nevoia continuă de consolidare a răspunsurilor, în special în ceea ce privește reducerea riscurilor asociate (harm reduction) și tratamentul eficient al dependenței de droguri, dacă Europa dorește să înregistreze o reducere a problemelor în acest domeniu. Indiferent de noile tendințe apărute în consumul de heroină, caracterul persistent al acestei probleme face să reprezintă o problemă-cheie în privința serviciilor oferite consumatorilor de droguri pentru mulți ani. Dat fiind numărul mare de consumatori de droguri care sunt acum în contact cu serviciile, există o nevoie din ce în ce mai mare de concentrare asupra continuității serviciilor de asistență, a reintegrării sociale și construirii unui consens referitor la ce anume constituie rezultate realiste, pe termen lung, în privința recuperării.

**În contextul unei creșteri
generale a disponibilității
tratamentului pentru
consumatorii de heroină,
indicatorii sugerează
în prezent o tendință
descendentă atât în ceea
ce privește consumul, cât și
disponibilitatea acestui drog**

Cocaina

Doar câteva țări raportează probleme în privința consumului de cocaină crack, iar acesta se suprapune deseori peste consumul problematic de alte substanțe, inclusiv heroina. Consumul de praf de cocaină este mult mai frecvent, însă tinde să se concentreze într-un număr relativ mic de țări din vestul Europei. Per ansamblu, atât consumul de cocaină, cât și indicatorii referitori la ofertă au înregistrat o tendință descendentă în ultimii ani, iar scăderea dramatică a cantității capturate este probabil determinată, în parte de diversificarea de către grupurile de crimă organizată a rutelor și tehnicilor de trafic. Peninsula Iberică rămâne importantă în ceea ce privește capturile, însă mai puțin decât în trecut în privința proporțiilor, în timp ce raportările capturilor de cocaină în estul Europei sunt îngrijorătoare și ridică întrebări referitoare la potențialul de răspândire tot mai mare a consumului acesteia.

În țările cu prevalență mai mare, atât sondajele, cât și datele referitoare la intrarea în tratament sugerează o reducere a consumului de cocaină în ultimii ani, deși nivelurile rămân totuși ridicate în comparație cu standardele istorice. Numărul deceselor asociate consumului de cocaină a scăzut ușor, deși trebuie să fim precauți atunci când interpretăm datele în acest domeniu. Problemele grave legate de consumul de cocaină au condus la prezentări la unitatea de primiri urgențe a spitalelor din unele părți ale Europei, însă capacitatea noastră de a monitoriza problemele în acest domeniu este limitată. În ceea ce privește tratamentul, în prezent serviciile specializate pentru consumatorii problematici de cocaină sunt disponibile în multe țări, dovezile actuale din acest domeniu justificând intervențiile psihosociale.

Substanțe stimulante sintetice

Înțelegerea tendințelor generale privind consumul de substanțe stimulante sintetice este complicată din cauza faptului că acestea sunt deseori înlocuite unele cu altele, dat fiind că alegerile consumatorilor depind de disponibilitate, preț și „calitatea” percepută. Amfetamina și ecstasy rămân drogurile stimulante sintetice cele mai consumate în Europa și concurează într-o anumită măsură cu cocaina. Amfetamina rămâne o componentă importantă a tabloului consumului de droguri în multe țări, iar consumul de amfetamină prin injectare a reprezentat din punct de vedere istoric o parte semnificativă a problemei cronice privind drogurile în multe țări nordice. Pe termen mai lung, majoritatea indicatorilor privind consumul de amfetamine s-au menținut stabili; totuși, datele recente indică o creștere a disponibilității metamfetaminei, iar

pe unele piețe această substanță înlocuiește acum amfetamina. Există indicii care sugerează scăderea în ultimii câțiva ani a popularității ecstasy, ceea ce reflectă probabil faptul că numeroase pastile vândute ca ecstasy nu conțineau MDMA sau erau de puritate scăzută. Recent, producătorii de ecstasy par să fi devenit mai eficienți în ceea ce privește stabilirea sursei de MDMA, iar conținutul comprimatelor s-a schimbat în mod corespunzător. Rămâne de văzut dacă acest lucru va conduce la retrezirea interesului față de acest drog, însă există câteva dovezi inițiale care indică o asemenea direcție.

Drogurile stimulente, în special în doze mari, pot avea efecte negative asupra sănătății, decese legate de acestea fiind raportate anual. În cazul consumatorilor de droguri stimulante care experimentează probleme, primul contact cu serviciile se va petrece deseori în camerele de urgență din spitale. În prezent, sunt în curs de aplicare proiecte europene pentru a îmbunătăți monitorizarea acestui domeniu și pentru a furniza linii directoare privind răspunsuri eficiente la urgențele legate de droguri în locurile destinate petrecerii vieții de noapte. Deși decesele asociate consumului de droguri stimulente sunt relativ rare, acestea dau naștere unor îngrijorări serioase, în special atunci când se înregistrează în rândul tinerilor adulți, sănătoși în alte privințe. Apariția de noi substanțe psihoactive cu toxicitate necunoscută complică și mai mult lucrurile. Un exemplu recent îl reprezintă apariția unei substanțe stimulente necontrolate 4-MA, care a fost raportată prima dată în 2009, pe piața drogurilor ilegale, fie vândută ca sau amestecată cu amfetamină. Seria de decese asociate cu această substanță a condus la un exercițiu de evaluare a riscurilor și la recomandarea ulterioară a controlului la nivel european.

Substanțe psihoactive noi

Un număr din ce în ce mai mare de substanțe psihoactive noi, menite deseori să imite efectele drogurilor controlate, sunt disponibile în Europa. Unele substanțe sunt vândute direct pe piața ilegală, în timp ce altele, așa-numitele „droguri legale”, sunt vândute în mod transparent. Evoluțiile se derulează rapid în acest domeniu, unele substanțe apărând în ritm accelerat. Ocazional, apare câte o substanță care face ca produsul de tranziție să devină un drog preferat pe piața ilegală, exemplul cel mai recent fiind mefedrona. Sistemul de avertizare rapidă al UE continuă să primească rapoarte referitoare la aproximativ o substanță nouă pe săptămână în 2013. În ultimii ani, s-a înregistrat apariția de noi agoniști sintetici ai receptorilor de canabinoide, fenetilamine și catinone, reflectând într-o mare măsură cele mai populare droguri ilegale. O evoluție recentă este dată de proporția din ce în ce mai mare de substanțe raportate provenind din

grupe chimice mai puțin cunoscute și mai obscure. Multe dintre produsele de vânzare conțin amestecuri de substanțe, iar lipsa datelor farmacologice și toxicologice înseamnă că este dificil să se aprecieze implicațiile pe termen lung ale consumului acestora asupra sănătății, însă datele indică din ce în ce mai mult că unele dintre aceste substanțe cauzează probleme care necesită intervenții clinice și au fost consemnate decese.

Comisia Europeană pregătește o nouă propunere privind consolidarea răspunsului UE în legătură cu substanțele psihoactive noi. Deși consumul de substanțe psihoactive noi se înregistrează în principal în rândul consumatorilor tineri de droguri recreative, s-a asistat la răspândirea

acestora în rândul consumatorilor problematici de droguri. S-a observat înlocuirea opiaceelor cu droguri stimulente sintetice, în special catinone, în țările care raportează deficite de heroină. Motivul tranziției de la injectarea heroinei la catinone nu este clar, însă poate avea legătură cu disponibilitatea facilă și perceputa calitate superioară a noilor droguri. Există motive de îngrijorare privind sănătatea publică în legătură cu nivelurile ridicate de injectare, problemele de sănătate mintală și vătămarea fizică. În momentul de față, unele țări au experimentat o serie de măsuri de control ca răspuns la noua problemă privind drogurile. Mai puțin elaborată, însă la fel de importantă, este nevoia identificării și introducerii unor răspunsuri corespunzătoare de reducere a cererii.

1

**Reflectând prevalența ridicată a
consumului, canabisul este de departe
drogul cel mai capturat din Europa**

Oferta de droguri în Europa

Europa reprezintă o destinație majoră pentru substanțele supuse controlului și are, de asemenea, un rol limitat ca punct de tranzit pentru drogurile aflate în tranzit spre alte regiuni. America Latină, vestul Asiei și nordul Africii reprezintă surse importante pentru drogurile care ajung în Europa; cu toate acestea, dinamica pieței moderne a drogurilor evidențiază că alte regiuni ale lumii sunt acum din ce în ce mai importante. Europa este, de asemenea, o regiune producătoare de cannabis și droguri sintetice. Deși aproape tot cannabisul produs este destinat consumului local, unele droguri sintetice sunt produse și în vederea exportului către alte regiuni.

Disponibilitatea din ce în ce mai mare a „substanțelor psihoactive noi” care nu sunt controlate în temeiul unor tratate internaționale privind controlul drogurilor reprezintă o evoluție relativ nouă pe piețele europene ale drogurilor. De regulă produse în afara Europei, aceste substanțe pot fi obținute prin intermediul distribuitorilor online, al magazinelor specializate și sunt, de asemenea, vândute uneori împreună cu substanțele controlate pe piața drogurilor ilegale.

Monitorizarea ofertei de droguri

Analiza din această secțiune se bazează pe o serie de surse de date: capturi de droguri; spații de producție de droguri distruse; capturi de precursori de droguri; infracțiuni legate de furnizarea de droguri; prețuri retail de droguri, precum și analize medico-legale ale capturilor de droguri. Seturi complete de date și note metodologice extinse pot fi consultate în Buletinul statistic. Trebuie remarcat că tendințele pot fi influențate de o serie de factori, printre care nivelul activității de aplicare a legii și eficacitatea măsurilor de interdicție. Datele referitoare la noile substanțe psihoactive se bazează pe raportările către sistemul de avertizare rapidă al UE, care se bazează la rândul său pe datele furnizate de rețelele naționale ale EMCDDA și ale Europol. O descriere completă a acestui mecanism poate fi consultată pe site-ul EMCDDA la [Action on new drugs/ Acțiuni privind noile droguri](#).

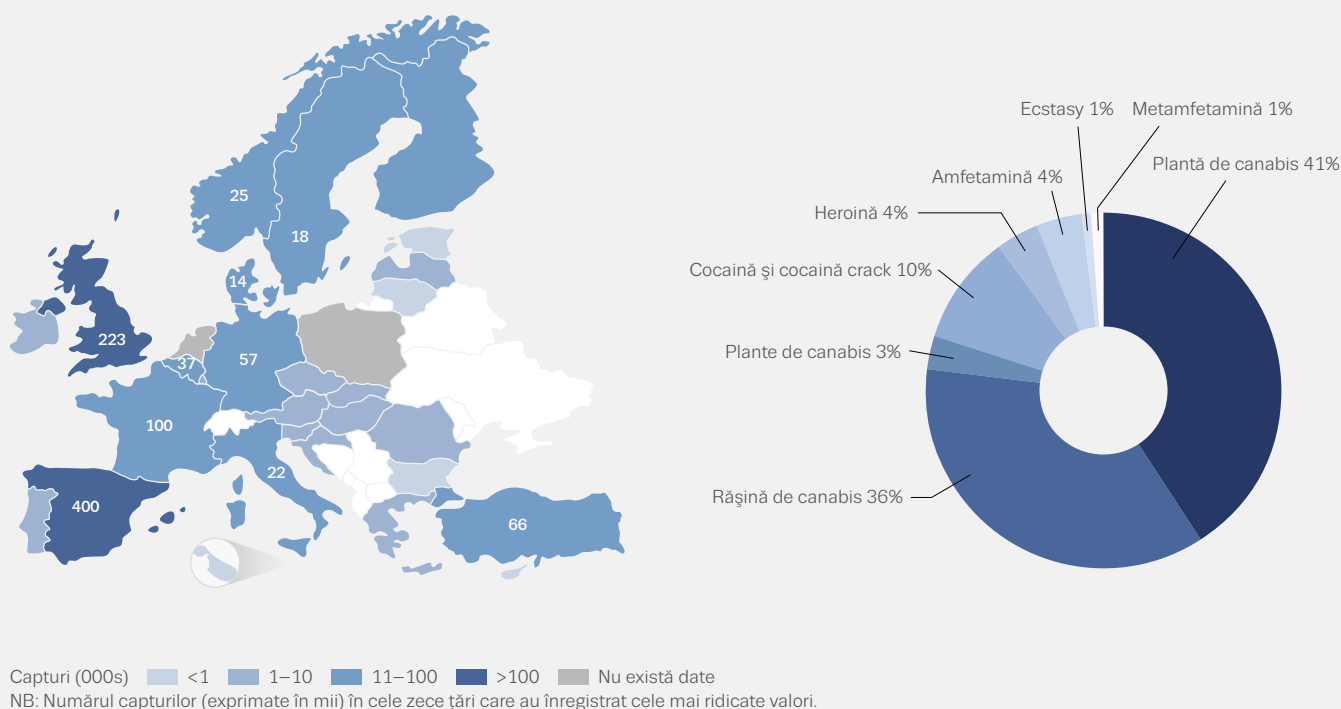
Un milion de capturi de droguri ilegale în Europa

A fost observată o creștere substanțială în ceea ce privește tendința pe termen lung în legătură cu numărul de capturi de droguri ilegale produse în Europa, fiind raportate aproximativ un milion de capturi în 2011. Majoritatea acestora au constat în cantități mici de droguri confiscate de la consumatori, deși totalul include și transporturile de cantități mari capturate de la traficanți și producători.

Majoritatea capturilor din 2011 au fost raportate doar de două țări, Spania și Regatul Unit, însă Belgia și patru țări nordice au raportat, de asemenea, cifre relativ mari. O altă țară importantă în ceea ce privește capturile de droguri este Turcia, unele dintre drogurile interceptate fiind

FIGURA 1.1

Numărul capturilor raportate de fiecare țară (stânga) și procentul de capturi în cazul drogurilor principale (dreapta) în 2011



destinate consumului în alte țări, atât din Europa, cât și din Orientul Mijlociu.

Reflectând prevalența ridicată a consumului, cannabisul este de departe drogul cel mai capturat din Europa (Figura 1.1). Cocaina se plasează pe locul doi, înregistrând aproximativ un număr dublu de capturi raportate în comparație cu amfetaminele sau heroina. Numărul de capturi de ecstasy este mai redus și a scăzut considerabil în ultimii ani.

Canabis: modificări ale ofertei

Două produse de cannabis distincte se găsesc de regulă pe piața europeană a drogurilor: planta de cannabis („marijuana”) și rășina de cannabis („hașis”). Consumul anual al acestor produse poate fi estimat la aproximativ 2 500 de tone.

Planta de cannabis care se găsește în Europa este atât cultivată atât pe plan intern, cât și traficată provenind din țările învecinate, deși unele rapoarte menționează plante originare din alte regiuni, precum Africa. Majoritatea rășinii de cannabis este importată cu mijloace de transport maritime sau aeriene din Maroc. Pe plan european, interceptările de rășină sunt în medie de dimensiuni mai mari decât cele ale plantei.

În ultimii zece ani, numărul capturilor de plantă de cannabis l-a depășit pe cel al capturilor de rășină, iar în prezent

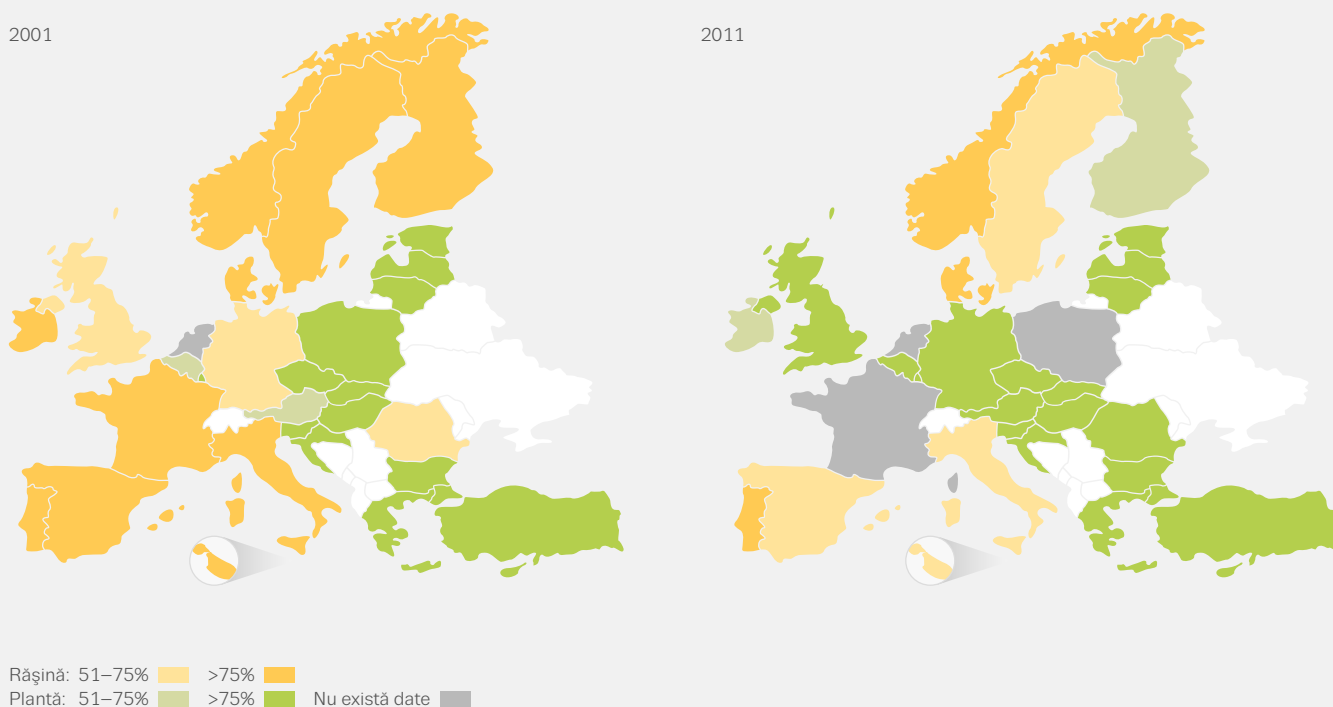
reprezintă peste jumătate din totalul capturilor de cannabis (Figura 1.3). Acest lucru reflectă în parte disponibilitatea din ce în ce mai mare a plantei de cannabis produsă la nivel intern în multe țări. Cantitatea de rășină de cannabis capturată, deși mai mică în ultimii ani, continuă să fie mult mai mare decât cantitatea de plante de cannabis raportată (483 tone comparativ cu 92 tone în 2011).

Tendențele europene în ceea ce privește capturile de cannabis trebuie să fie înțelese prin prisma faptului că datele care provin dintr-un număr limitat de țări sunt disproporționat e ca și importanță (Figura 1.4). Spania, de exemplu, având în vedere apropierea de Maroc și piața internă consistentă, a raportat aproximativ două treimi din cantitatea de rășină capturată în Europa în 2011. În ceea ce privește planta de cannabis, Grecia și Italia au

În ultimii zece ani, numărul capturilor de plantă de cannabis l-a depășit pe cel al capturilor de rășină, iar în prezent reprezintă peste jumătate din totalul capturilor de cannabis

FIGURA 1.2

Tip de cannabis predominant, rășină sau plantă, în cadrul capturilor din 2001 și 2011

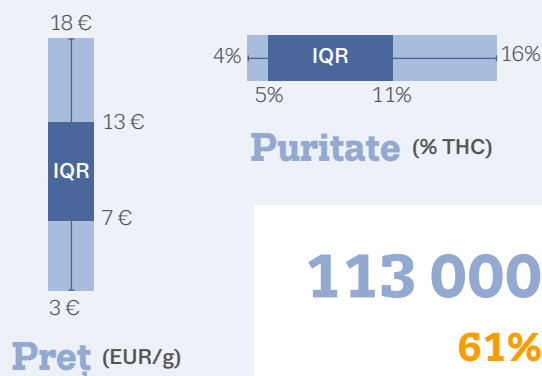


CANABIS

Rășină

483 tone capturate **345 000** capturi

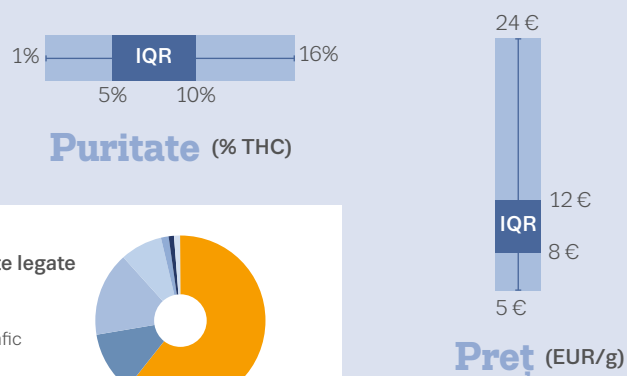
504 tone capturate, inclusiv în Turcia **353 000** capturi, inclusiv în Turcia



Plantă

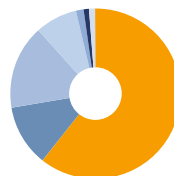
92 tone capturate **398 000** capturi

147 tone capturate, inclusiv în Turcia **439 000** capturi, inclusiv în Turcia



113 000 infracțiuni raportate legate de ofertă

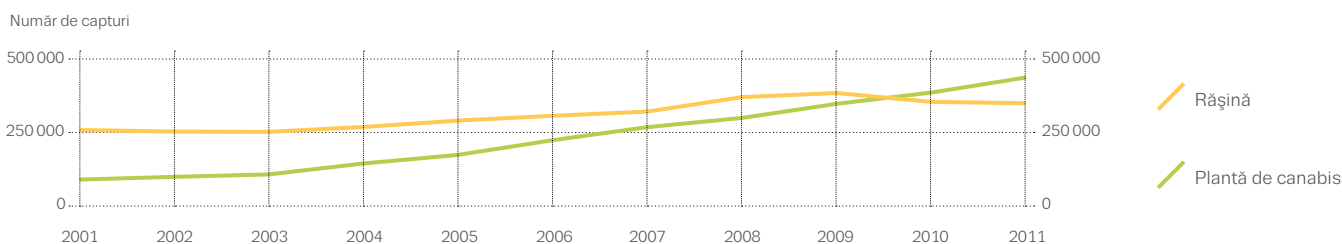
61% din infracțiunile de trafic în legătură cu principalele șase droguri



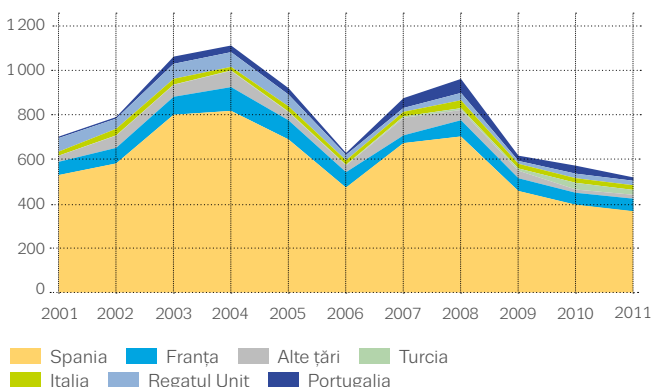
Prețul și puritatea produsului de cannabis: valori medii naționale, interval minim, maxim și interval intercuartil (IQR).
Țările incluse variază în funcție de indicator.

FIGURA 1.3

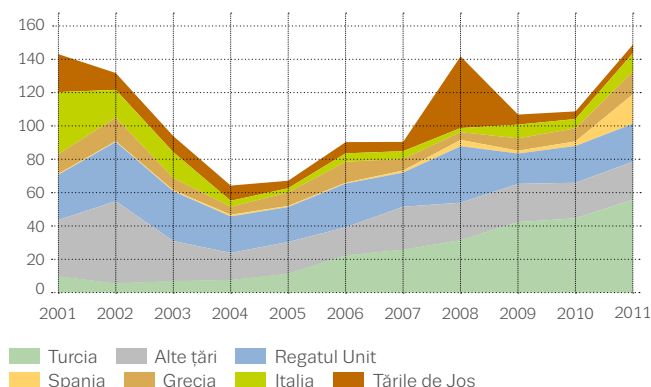
Număr de capturi de canabis și cantitatea capturată exprimată în tone: rășină și plantă de canabis, 2001-2011



Rășină (Tone)



Plantă de canabis (Tone)



raportat ambele creșteri mari de cantități capturate recent. Începând din 2007, Turcia este țara care a capturat cele mai mari cantități de plantă de canabis.

Capturile de plante de canabis pot fi considerate un indicator al producției interne, deși calitatea datelor disponibile în acest domeniu împiedică efectuarea unei comparații. În 2011, au fost raportate 31 000 de capturi de plante de canabis în Europa. Acest număr include raportările referitoare la numărul de plante capturate (4,4 milioane în total), precum și cantitățile (33 tone). Cel mai mare număr de plante capturate a fost raportat de Țările de Jos (2 milioane), Italia (1 milion) și Regatul Unit (627 000), în timp ce Spania (26 tone) și Bulgaria (5 tone) au raportat cele mai mari capturi în termeni de greutate.

în Europa. Există, de asemenea, dovezi privind substanțe chimice sursă tranzitate prin Europa, precum capturarea recentă a aproape 15 kilograme de pudră CRA pură provenind din China, aflată în drum spre Rusia.

| Heroina: indicii privind o anumită scădere

Două forme de heroină importată au fost disponibile în decursul istoriei în Europa: cea mai comună dintre acestea este heroina brună (forma chimică de bază), provenind în principal din Afghanistan. Mult mai puțin comună este heroina albă (o formă de sare), care provine, în mod tradițional, din sud-estul Asiei, însă acum poate fi produsă și în alte părți. În Europa există încă o producție limitată de

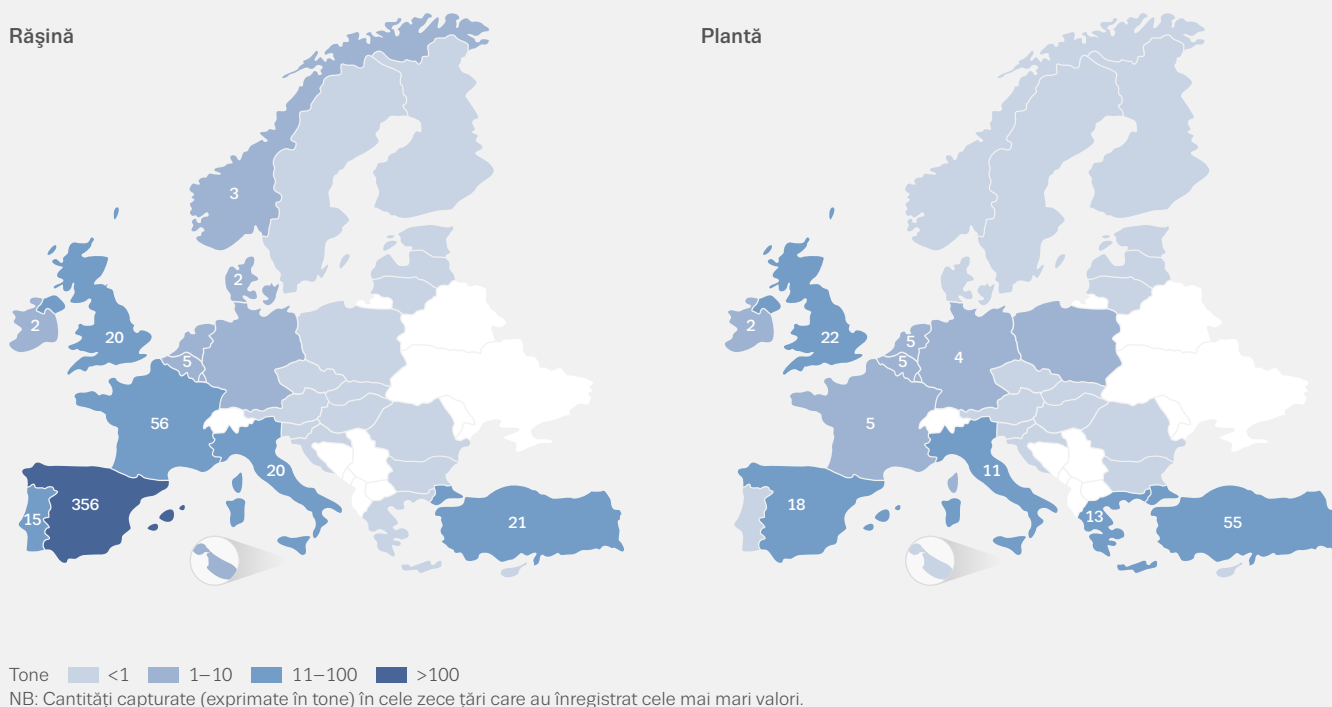
| O nouă dimensiune: agoniști ai receptorilor de canabinoide

Disponibilitatea recentă a produselor care conțin agoniști ai receptorilor de canabinoide (*cannabinoid receptor agonists* – CRA), care imită efectele compușilor psihoactivi naturali ai canabisului, adaugă o dimensiune nouă pieței de canabis. Aceste produse care pot fi extrem de puternice au fost raportate până în momentul de față în aproape toate țările europene. Cantități importante, însemnând mai multe kilograme, sub formă de pudră sunt de regulă importate din Asia, prelucrarea și ambalarea acestora având apoi loc

**Cantitatea de heroină
capturată în 2011 a fost
cea mai scăzută cantitate
raportată în ultimul deceniu
și echivalentă cu numai
jumătate din cantitatea
capturată în 2001**

FIGURA 1.4

Cantitatea de rășină de canabis (stânga) și de plantă de canabis (dreapta) capturată, 2011



droguri opiacee, în principal de produse din mac fabricate artizanal, raportate în unele părți din estul Europei.

Afghanistanul rămâne cel mai mare producător ilegal de opiu din lume și se crede că majoritatea heroinei găsite în Europa a fost produsă acolo sau, într-o mai mică măsură, în Iran sau Pakistan. Există două rute de trafic, vag definite, pentru transportul drogului în Europa: din punct de vedere istoric, cea mai importantă dintre acestea a fost

„ruta balcanică”, către vest, prin Turcia, în țările balcanice (Bulgaria, România sau Albania) și continuând în centrul, sudul și vestul Europei. O rută de trafic mai recentă este „ruta nordică” sau „ruta mătăsi”, care se îndreaptă spre nord, spre Rusia, prin fostele republici sovietice din centrul Asiei. În general, însă, situația pare să fi devenit acum mai fluidă, transporturile de heroină din Iran și Pakistan intrând în Europa pe cale aeriană sau maritimă, fie direct, fie tranzitând țările din vestul și estul Africii.

HEROINĂ

6,1 tone capturate

13,4 tone capturate, inclusiv în Turcia

40 500 capturi

43 800 capturi, inclusiv în Turcia



Puritate (%)

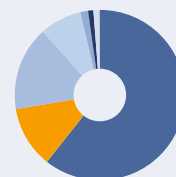
143 €



Preț (EUR/g)

23 300 infracțiuni raportate legate de ofertă

12% din infracțiunile de trafic în cazul celor șase droguri principale



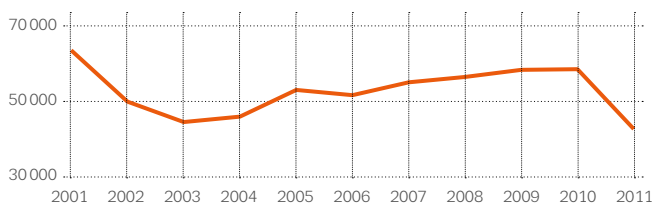
Prețul și puritatea „heroinei brune”: valori medii naționale, interval minim, maxim și interval intercuartil (IQR).

Țările incluse variază în funcție de indicator.

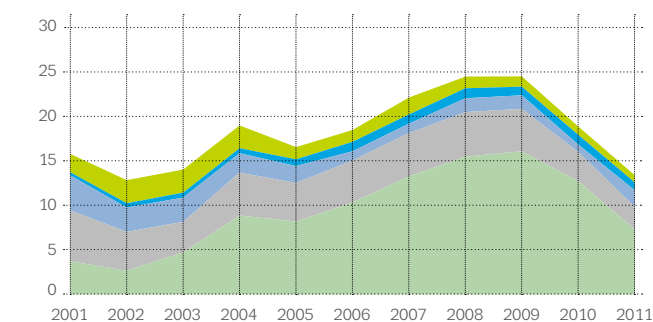
FIGURA 1.5

Numărul capturilor de heroină și cantitatea capturată, 2001-2011

Număr de capturi



Tone



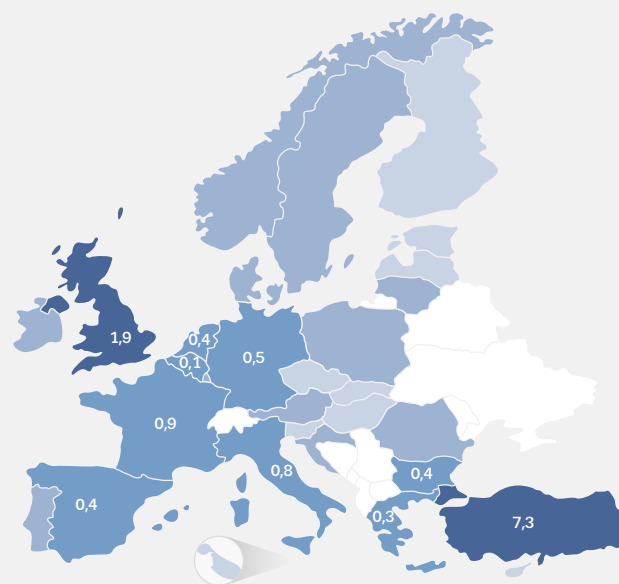
Turcia Alte țări Regatul Unit
Franța Italia

Cantitatea de heroină capturată în 2011 (6,1 tone) a fost cea mai scăzută cantitate raportată în ultimul deceniu și echivalentă cu numai jumătate din cantitatea capturată în 2001 (12 tone). Numărul capturilor raportate în aceeași perioadă (2001-2011) a scăzut, de asemenea, de la un maximum de 63 000 în 2001, la un număr estimat de 40 500 în 2011. Într-o anumită măsură, această scădere poate fi explicată prin creșterea numărului de capturi în perioada 2002-2009 în Turcia, țară care a capturat în mod constant mai multe droguri decât toate celelalte țări împreună începând cu anul 2006 (Figura 1.5). Au fost totuși raportate reduceri substanțiale ale cantităților capturate în Turcia în 2010 și 2011.

Pe lângă scăderea observată în ceea ce privește capturile de heroină și infracțiunile legate de acest drog, au fost raportate recent mai multe reduceri semnificative pe termen scurt ale pieței, probabil ca urmare a eforturilor reușite de interdicere a drogului pe ruta balcanică. Mai multe țări cu un număr relativ mare de consumatori de heroină au înregistrat un deficit semnificativ de heroină la sfârșitul anului 2010 și la începutul anului 2011, dintre care numai unele piețe par a se fi redresat.

FIGURA 1.6

Cantitate de heroină capturată, 2011



Tone <0,01 0,01–0,10 0,11–1,0 >1,0

NB: Cantități capturate (în tone) în cele zece țări care au înregistrat cele mai mari valori.

Cocaina: schimbări privind traficul?

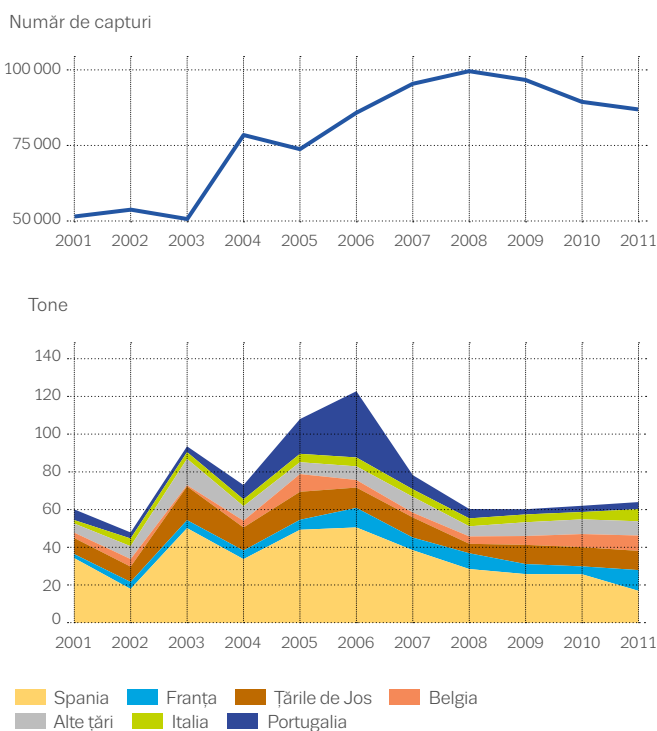
În Europa sunt disponibile două forme de cocaină, cea mai comună dintre acestea fiind pudra de cocaină (o sare hidrocloridă, HCl). Mai puțin disponibilă este cocaina crack, o formă a drogului care poate fi fumată. Cocaina este produsă din frunzele arborelui de coca. Drogul este produs aproape exclusiv în Bolivia, Columbia și Peru și este transportat în Europa atât pe cale aeriană, cât și maritimă. Principala rută de trafic în Europa pare să traverseze Peninsula Iberică (Spania și Portugalia), deși utilizarea din ce în ce mai frecventă a transporturilor în containere înseamnă că a crescut importanța porturilor mari din Belgia, Țările de Jos și alte țări din vestul Europei. Indicii recente ale diversificării permanente a rutelor de trafic al cocainei în Europa sunt capturile individuale substanțiale efectuate în porturi din Bulgaria, Grecia, România și țările baltice.

Nu toată cocaina ajunge în Europa într-o formă disponibilă pentru comercializare, în ultimii ani fiind distruse în Europa o serie de „laboratoare” ilegale. Spania a detectat și distrus 73 de spații de producție între anii 2008 și 2010, majoritatea acestora fiind laboratoare de extracție secundare, utilizate pentru extragerea cocainei din alte materiale în care fusese ascunsă, precum ceară de albine, îngrășămintă, plastic, alimente sau îmbrăcăminte.

În 2011, au fost raportate aproximativ 86 000 de capturi de cocaină în Europa, ceea ce înseamnă interceptarea a 62 de

FIGURA 1.7

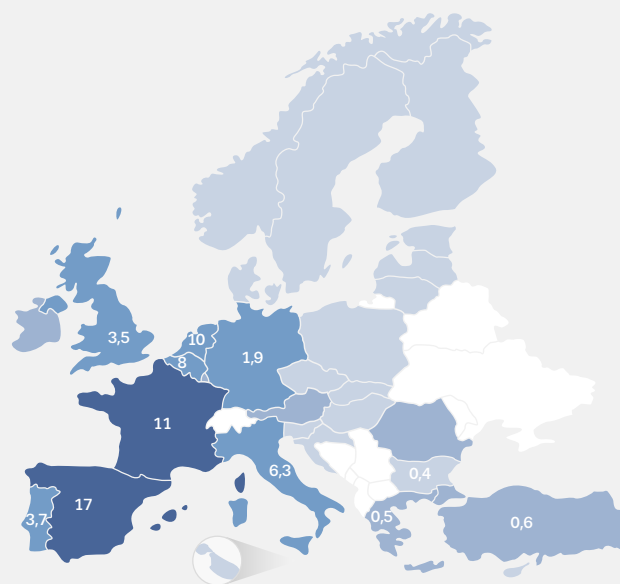
Numărul de capturi de cocaină și cantitatea capturată, 2001-2011



tone de drog. Aceasta înseamnă o scădere cu aproape 50% în raport cu cele 120 de tone de cocaină capturate în anul de vârf 2006. Numărul de capturi a scăzut de asemenea, însă mai puțin dramatic, atingând un maximum de 100 000 capturi în 2008 (Figura 1.7). Reducerea cantității de cocaină capturată poate fi observată cel mai clar în Peninsula Iberică, unde cantitatea totală interceptată în Spania și Portugalia a scăzut de la 84 de tone în 2006 la 20 de tone în 2011. La fel s-a întâmplat cu cantitatea capturată în Țările de Jos și

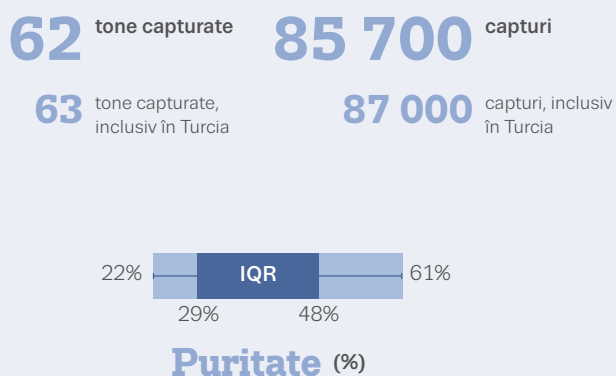
FIGURA 1.8

Cantitate de cocaină capturată, 2011

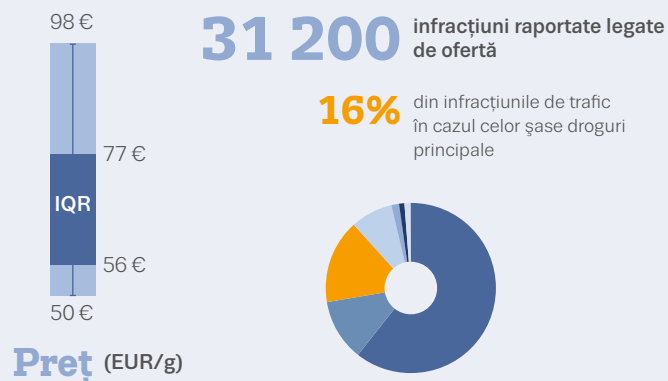


Belgia, care au raportat împreună capturi totalizând 18 tone de drog în 2011. Capturi record de cocaină au fost raportate în 2011 de către Franța (11 tone) și Italia (6 tone). Nu este clar în ce măsură schimbările înregistrate în ceea ce privește cantitățile de cocaină capturate în țările europene reflectă schimbările de ansamblu intervenite în oferta de pe piața europeană, în practicile de aplicare a legii sau introducerea de noi abordări operaționale de către organizațiile de trafic de droguri.

COCAINĂ



Prețul și puritatea cocainei: valori medii naționale, interval minim, maxim și interval intercuartil (IQR).



Țările incluse variază în funcție de indicator.

Amfetamine: indicii privind prezența crescută a metamfetaminei

Create inițial în scopuri terapeutice și cunoscute generic ca amfetamine, metamfetamina și amfetamina sunt droguri stimulatoare sintetice îndeaproape înrudite. Dintre cele două, amfetamina a fost întotdeauna cea mai comună în Europa, însă în prezent există indicii referitoare la creșterea disponibilității metamfetaminei.

Ambele droguri sunt produse în Europa pentru consum intern, deși un tip de amfetamină este produs, de asemenea, pentru export, în principal în Orientul Mijlociu. Tehnicile de producție pot fi relativ sofisticate, ceea ce se reflectă în fluxuri de producție mari. Același echipament și personal pot fi utilizate, de asemenea, la producerea altor substanțe sintetice precum MDMA (ecstasy). O producție substanțială se înregistrează în Belgia și Țările de Jos, precum și în Polonia și țările baltice; s-au descoperit laboratoare și în alte țări, printre care Bulgaria, Germania și Ungaria. Un mare număr de spații de producție a metamfetaminei sunt raportate în Republica Cehă, majoritatea dintre acestea fiind operațiuni pe scară redusă destinate furnizării de droguri pentru consumul personal al celor implicați, deși s-a observat și o producție pe scară mai mare, metamfetamina fiind produsă atât pentru consumul intern, cât și pentru exportul în țările învecinate. Producția de metamfetamină în țările baltice pare să fi crescut, de asemenea, drogul fiind produs pentru exportul în țările scandinave, unde începe să înlocuiască amfetamina.



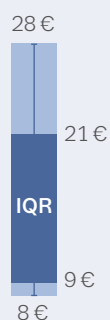
După o perioadă de vârf, atât în termeni de număr, cât și de cantitate, capturile de amfetamină din 2011 au ajuns la nivelul din 2002

AMFETAMINĂ

5,9 tone capturate **35 600** capturi
6,2 tone capturate, inclusiv în Turcia **35 600** capturi, inclusiv în Turcia



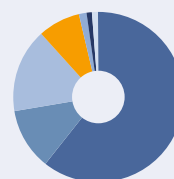
Puritate (%)



Preț (EUR/g)

16 000 infracțiuni raportate legate de ofertă

8% din infracțiunile de trafic în cazul celor șase droguri principale

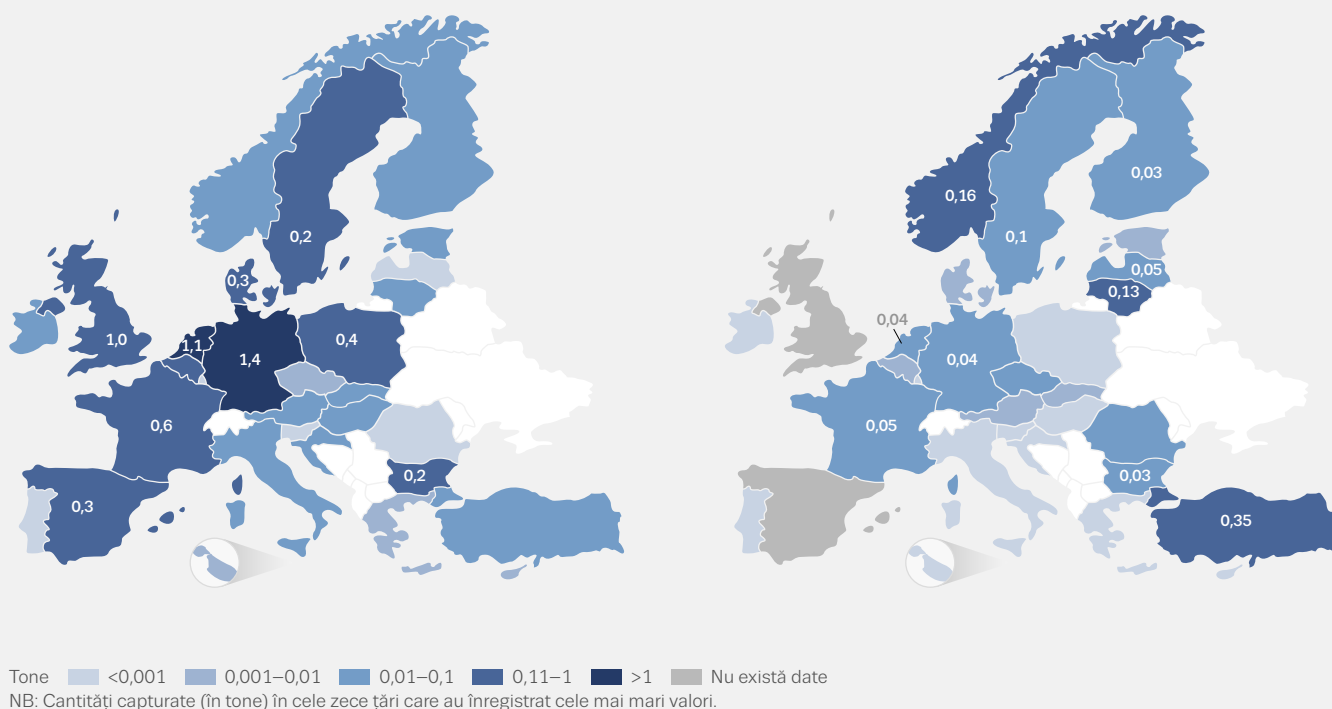


Prețul și puritatea amfetaminei: valori medii naționale, interval minim, maxim și interval intercuartil (IQR).

Țările incluse variază în funcție de indicator.

FIGURA 1.9

Cantitatea de amfetamină (stânga) și metamfetamină (dreapta) capturată, 2011



În 2011, au fost raportate aproximativ 45 000 de capturi de amfetamină. Acestea pot fi defalcate în 35 600 de capturi și 5,9 tone de amfetamină și, respectiv, 9 400 de capturi și 0,7 tone de metamfetamină. După o perioadă de vârf, atât în termeni de număr, cât și de cantitate, capturile de amfetamină din 2011 au ajuns la nivelul din 2002

(Figura 1.10). Dimpotrivă, capturile de metamfetamină, deși încă reduse în ceea ce privește numărul și cantitatea, au crescut în aceeași perioadă (Figura 1.11).

METAMFETAMINĂ

0,7 tone capturate

1,0 tone capturate,
inclusiv în Turcia

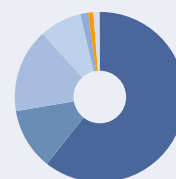
9 400 capturi

9 500 capturi, inclusiv
în Turcia

Puritate (%)



Preț (EUR/g)

2 200 infracțiuni raportate legate
de furnizare1% din infracțiunile de trafic
în cazul celor șase droguri
principale

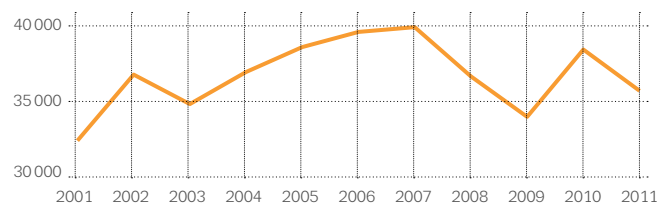
Prețul și puritatea metamfetaminei: valori medii naționale, interval minim, maxim și interval intercuartil (IQR).

Țările incluse variază în funcție de indicator.

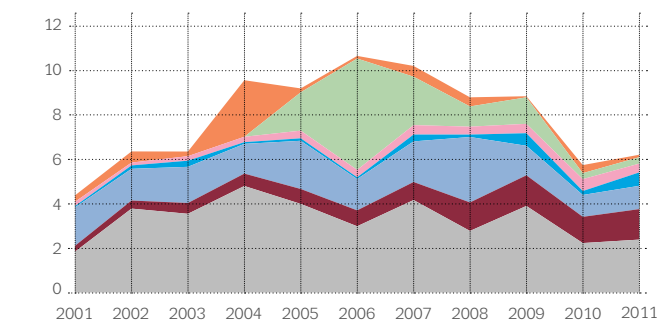
FIGURA 1.10

Numărul capturilor de amfetamină și cantitatea capturată, 2001-2011

Număr de capturi



Tone

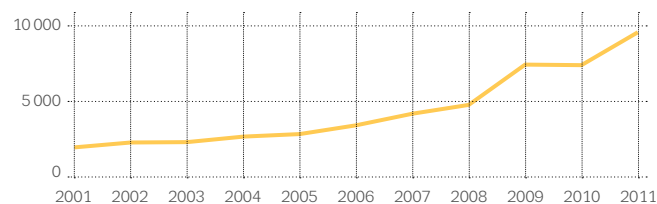


Alte țări Germania Regatul Unit
Franța Polonia Turcia Belgia

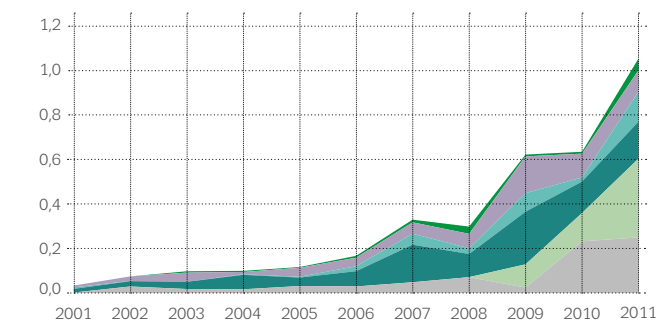
FIGURA 1.11

Numărul de capturi de metamfetamină și cantitatea capturată, 2001-2011

Număr de capturi



Tone



Alte țări Turcia Norvegia Lituania
Suedia Letonia

Ecstasy: din nou la modă?

Ecstasy se referă de regulă la substanța sintetică MDMA, care este înrudită din punct de vedere chimic cu amfetaminele, însă diferă într-o anumită măsură de acestea în ceea ce privește efectele. Tabletele vândute ca ecstasy pot totuși să conțină oricare dintre substanțele similare MDMA și substanțe chimice neînrudite.

Producția de ecstasy în Europa a atins cel mai înalt nivel în 2000, când s-a raportat distrugerea a 50 de laboratoare. În 2010 au fost distruse numai trei, iar în 2011 cinci, ceea ce arată că nivelul producției în Europa a scăzut. Țările de Jos, urmate de Belgia, au raportat cel mai mare număr de laboratoare distruse în ultimul deceniu și se crede că acest lucru indică din punct de vedere geografic principală zonă în care se produce acest drog.

ECSTASY

4,3 milioane de comprimate capturate

5,7 milioane de comprimate capturate, inclusiv în Turcia

10 000 capturi

13 000 capturi, inclusiv în Turcia



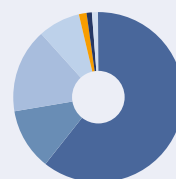
Puritate (mg MDMA/comprimat)



Preț (EUR/comprimat)

3 000 infracțiuni raportate legate de furnizare

1% din infracțiunile de trafic în cazul celor șase droguri principale



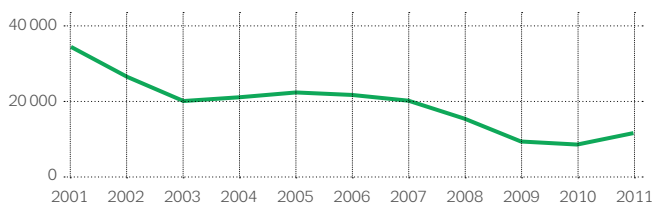
Prețul și puritatea comprimatelor de ecstasy: valori medii naționale, interval minim, maxim și interval intercuartil (IQR).

Țările incluse variază în funcție de indicator.

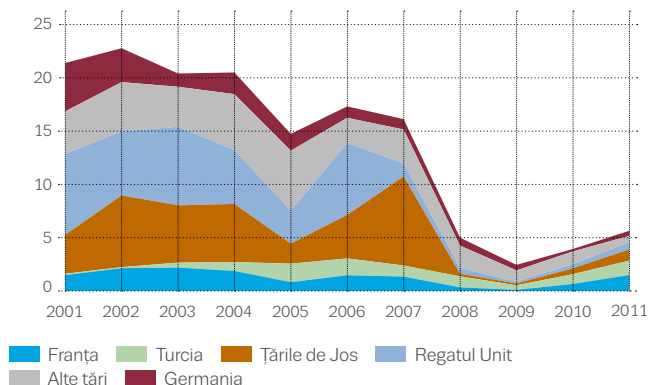
FIGURA 1.12

Numărul capturilor de ecstasy și de comprimate capturate, 2001-2011

Număr de capturi



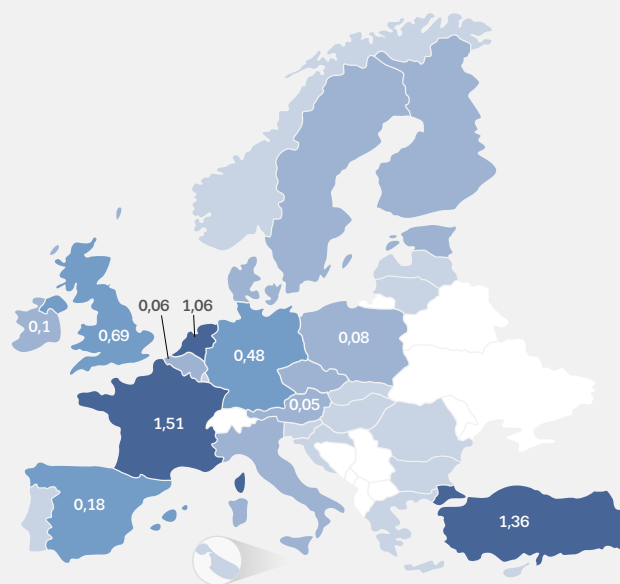
Comprimate (milioane)



Capturile acestui drog au scăzut radical începând cu 2007 (Figura 1.12), iar cele 4,3 milioane de comprimate de ecstasy capturate în prezent reprezintă numai o mică parte din numărul de comprimate capturate în 2002 (23 de milioane). S-a observat, de asemenea, o scădere puternică a numărului de infracțiuni legate de oferta de ecstasy, numărul acestora scăzând cu aproximativ două treimi între 2006 și 2011, reprezentând în prezent aproximativ 1% din infracțiunile legate de oferta de droguri principale. Aceste tendințe descendente au fost atribuite unor controale mai serioase și capturării constante de PMK, principala substanță chimică precursoră pentru producerea MDMA. Acest lucru s-a putut observa, de asemenea, în schimbarea semnificativă a conținutului tabletelor de ecstasy disponibile în Europa, numai trei țări raportând că substanțe similare cu MDMA au reprezentat cea mai mare parte din comprimatele analizate în 2009. Există totuși indicii referitoare la o revigorare a pieței de ecstasy în momentul de față, deși nu la nivelul observat anterior. MDMA pare să fi devenit mai comună, iar pudra de mare puritate este disponibilă în anumite părți din Europa. Este posibil ca producătorii de ecstasy să fi răspuns la controalele legate de substanțele precursoră prin utilizarea unor substanțe „pre-precursoră” sau „precursoră mascate” – substanțe chimice esențiale care pot fi importate legal ca substanțe necontrolate și transformate apoi în substanțele chimice precursoră necesare pentru producerea MDMA.

FIGURA 1.13

Cantitatea de ecstasy capturată, 2011

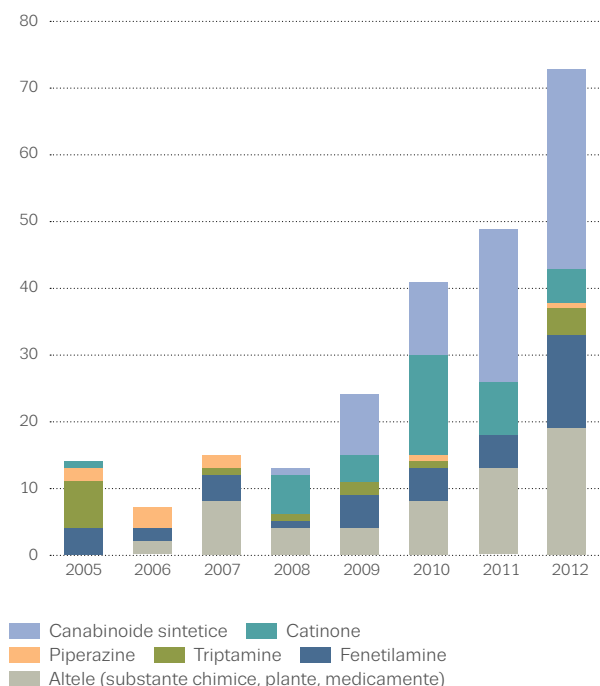


Comprimate (milioane) <0,01 0,01–0,1 0,11–1,0 >1,0
 NB: Cantități capturate (în număr de comprimate) în cele zece țări care au înregistrat cele mai mari valori.

Capturile acestui drog au scăzut radical începând cu 2007, iar cele 4,3 milioane de comprimate de ecstasy capturate în prezent reprezintă numai o mică parte din numărul de comprimate capturate în 2002

FIGURA 1.14

Numărul și principalele grupe de substanțe psihoactive noi notificate prin sistemul de avertizare rapidă al UE, 2005-2012



În 2012, 73 de substanțe psihoactive noi au fost notificate pentru prima dată de către statele membre prin intermediul sistemului de avertizare rapidă al UE

Drogurile noi: mai multe substanțe disponibile

Analiza pieței drogurilor este complicată de apariția drogurilor noi (substanțe psihoactive noi) – substanțe chimice sau naturale, care nu sunt controlate în temeiul dreptului internațional și sunt produse cu intenția imitării efectelor drogurilor controlate. În unele cazuri, drogurile noi sunt produse în Europa în laboratoare clandestine și sunt vândute direct pe piață. Alte substanțe chimice sunt importate de la furnizori, deseori din China sau India, fiind apoi ambalate atrăgător și comercializate ca „droguri legale” în Europa. Expresia „droguri legale” este înșelătoare, deoarece substanțele pot fi controlate în unele state membre sau, dacă sunt vândute pentru consum, pot contraveni reglementărilor privind siguranța consumatorului sau comercializarea. Pentru a evita controalele, produsele sunt deseori etichetate incorect, de exemplu „substanțe chimice pentru cercetare” sau „alimente pe bază de plante”, însoțite de declinări ale responsabilității conform cărora produsul nu este destinat consumului uman.

În 2012, 73 de substanțe psihoactive noi au fost notificate pentru prima dată de către statele membre prin intermediul sistemului de avertizare rapidă al UE (Figura 1.14). Reflectând cererea de produse de tip cannabis din partea consumatorilor, 30 dintre aceste substanțe erau agonisti ai receptorilor de canabinoide sintetice. Nouăsprezece compuși nu se încadrau în

grupele chimice ușor de recunoscut (inclusiv plante și medicamente), fiind de asemenea raportate 14 noi fenetilamine substituite, cel mai mare număr din 2005 până în prezent.

Dat fiind că internetul este o piață importantă pentru noile substanțe psihoactive, EMCDDA realizează un exercițiu de analiză selectivă în vederea monitorizării numărului de magazine online care oferă produse consumatorilor europeni. Numărul magazinelor identificate este în continuă creștere, 693 de magazine online fiind identificate în ianuarie 2012.

După ce sunt supuse măsurilor de control, majoritatea substanțelor psihoactive noi tind să fie înlocuite rapid, ceea ce reprezintă o provocare specială pentru măsurile de intervenție în acest domeniu. Mefedrona, însă, reprezintă un exemplu rar de drog nou care a reușit să se transforme, devenind o substanță căutată pe piața drogurilor stimulente ilegale. În pofida controalelor efectuate în Uniunea Europeană, drogul pare să fie încă disponibil în unele țări, în care este vândut în prezent pe piața ilegală. Deși pot exista stocuri obținute înainte de interdicție, precum și importuri clandestine, o evoluție îngrijorătoare este descoperirea recentă a unei capacități de producție a mefedronei în Polonia, existând legături cu grupări de crimă organizată internațională și dovezi ale traficului acestui drog în alte țări europene.

PENTRU INFORMAȚII SUPLIMENTARE

Publicații EMCDDA**2012**

Cannabis production and markets in Europe, EMCDDA Insights 12.

2011

Report on the risk assessment of mephedrone in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances

Recent shocks in the European heroin market: explanations and ramifications. Rezumat al raportului EMCDDA Trendspotter, reuniunea din 18-19 octombrie 2011.

Răspunsul la apariția substanțelor psihoactive noi, Drogurile în obiectiv, nr. 22.

Publicații EMCDDA și Europol**2013**

Annual report on the Implementation of Council Decision 2005/387/JHA.

EU Drug markets report: a strategic analysis.

2011

Amphetamine: a European Union perspective in the global context.

2010

Cocaine: a European Union perspective in the global context.

2009

Methamphetamine: a European Union perspective in the global context.

Toate publicațiile sunt disponibile la
www.emcdda.europa.eu/publications

2

**Cel puțin 85 de milioane de adulți
europeni au consumat un drog ilegal
într-un anumit moment din viața lor,
ceea ce înseamnă un sfert din populația
adultă a Europei**

Consumul de droguri și problemele legate de droguri

Monitorizarea consumului de droguri și a efectelor negative aferente este complicată de numeroși factori. Există o diversitate considerabilă a modurilor în care sunt consumate drogurile ilegale, tiparele de consum mergând, de exemplu, de la consumul experimental și ocazional la cel zilnic și pe termen lung. Riscurile la care sunt expuse persoanele sunt de asemenea determinate de numeroși factori, precum: doza consumată, calea de administrare, consumul simultan al altor substanțe, numărul și durata episoadelor de consum al drogurilor și vulnerabilitatea individuală.

Monitorizarea consumului de droguri și a problemelor legate de droguri

Monitorizarea consumului de droguri și a efectelor negative legate de droguri în Europa se bazează în principal pe cinci indicatori epidemiologici cheie: consumul de droguri în rândul populației generale, consumul problematic de droguri, decese ca urmare a consumului de droguri și mortalitate în rândul consumatorilor de droguri, bolile infecțioase asociate consumului de droguri și admiterea la tratament ca urmare a consumului de droguri. Informații referitoare la acești indicatori, incluzând notele metodologice, pot fi consultate pe site-ul EMCDDA la Key indicators gateway (Portalul privind principalii indicatori) și în Buletinul statistic.

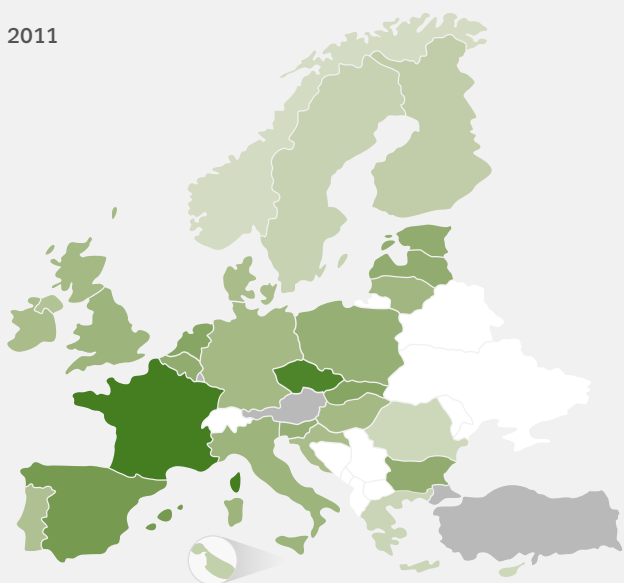
Un sfert din adulții europeni au consumat droguri ilegale

Cel puțin 85 de milioane de adulți europeni au consumat un drog ilegal într-un anumit moment din viața lor, ceea ce înseamnă un sfert din populația adultă a Europei. Majoritatea raportează că au consumat cannabis (77 de milioane), estimările consumului de alte droguri pe durata vieții fiind mult mai scăzute: 14,5 milioane cocaină, 12,7 milioane amfetamine și 11,4 milioane ecstasy. Există o diversitate considerabilă a nivelurilor de consum de droguri pe durata vieții raportate în Europa, de la aproximativ o treime din adulți în Danemarca, Franța și Regatul Unit la mai puțin de unul din zece în Bulgaria, Grecia, Ungaria, România și Turcia.

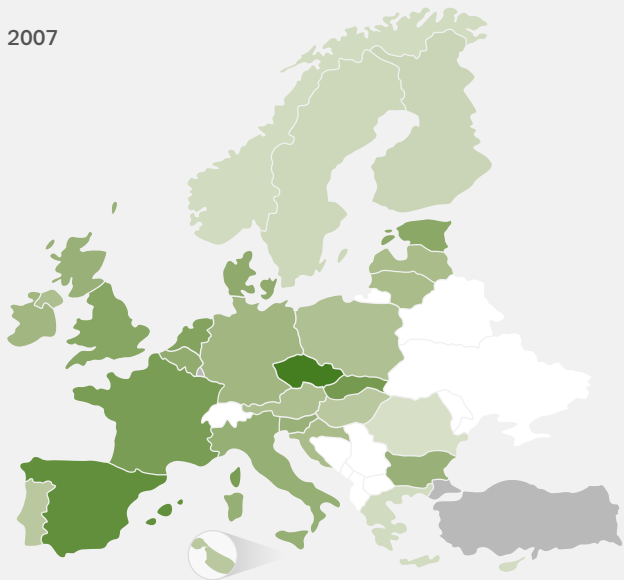
FIGURA 2.1

Prevalența consumului de canabis pe durata vieții în rândul elevilor de liceu cu vârste între 15 și 16 ani

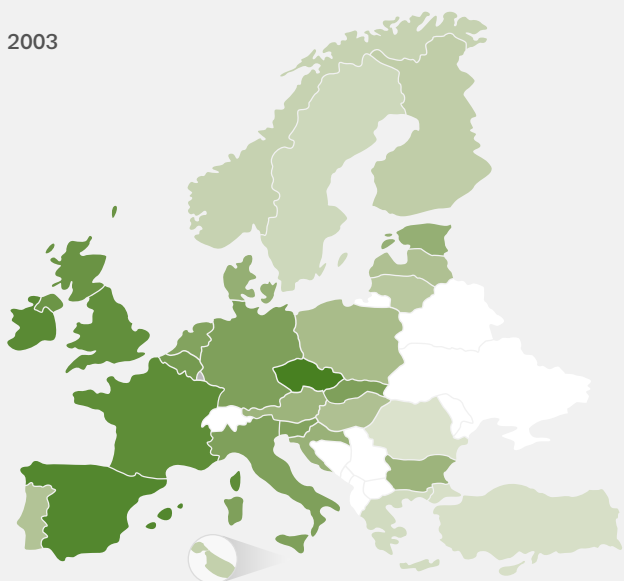
2011



2007



2003



2% 10 20 30 40 45% Nu există date

NB: Date ESPAD și sondaje naționale din Spania și Regatul Unit.

Canabisul: tendințe stabile sau descendente în țările cu prevalență mai mare

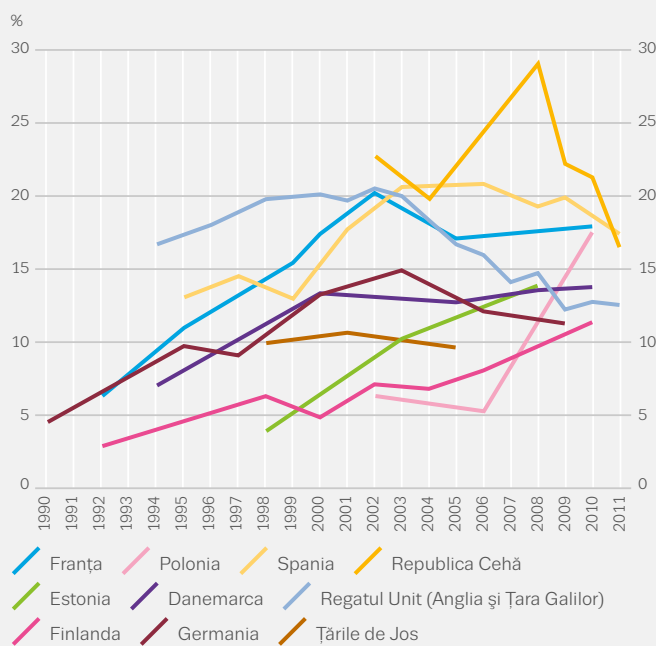
Produsele de canabis sunt în general fumate și, de regulă, amestecate cu tutun. Tiparele consumului de canabis variază de la consumul ocazional sau experimental la consumul regulat și dependent, problemele legate de canabis fiind asociate îndeaproape cu consumul frecvent și cu cantități mai mari consumate. Efectele asupra sănătății pot include probleme respiratorii, probleme de sănătate mintală și dependență. Unii dintre noii agoniști ai receptorilor de canabinoide sintetice pot fi extrem de puternici și sunt raportate din ce în ce mai des efecte adverse grave.

Canabisul este drogul ilegal cel mai încercat de elevii europeni. În sondajele ESPAD din 2011, consumul de canabis pe durata vieții în rândul adolescenților de 15-16 ani varia de la 5% în Norvegia la 42% în Republica Cehă (Figura 2.1). Proportia în funcție de gen varia, de asemenea, de la unu la aproximativ 2,5 băieți la fiecare fată. În ceea ce privește tendința europeană generală, consumul de canabis în rândul elevilor de liceu a crescut în perioada 1995-2003, a scăzut ușor în 2007 și s-a menținut stabil de atunci. În această perioadă, s-a observat o tendință de scădere a consumului de canabis în multe dintre țările care au raportat niveluri ridicate de prevalență în sondajele anterioare. În aceeași perioadă, nivelurile de consum de canabis în rândul elevilor de liceu au crescut în multe dintre țările din centrul și estul Europei, indicând convergența la nivelul Europei în ansamblu. În cele șase țări care au raportat realizarea unor sondaje naționale la nivelul școlilor după studiul ESPAD (2011/2012), prevalența consumului de canabis în rândul elevilor se menține stabilă sau s-a redus nesemnificativ.

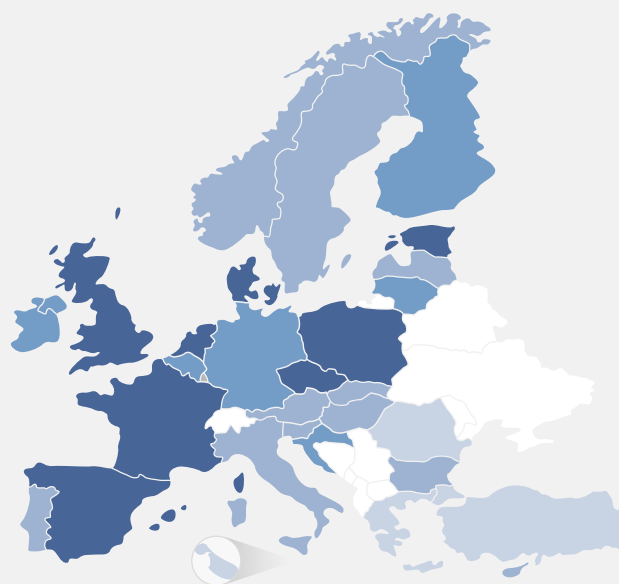
Se estimează că 15,4 milioane de tineri europeni (cu vârste cuprinse între 15 și 34 de ani) (11,7% din această grupă de vârstă) au consumat canabis în ultimul an, 9,2 milioane dintre aceștia având vârste cuprinse între 15 și 24 de ani (14,9%). Consumul de canabis este, în general, mai mare în rândul bărbaților. Tendințele pe termen lung în rândul tinerilor adulți sunt în linii mari aceleași ca în cazul elevilor, înregistrându-se creșteri treptate ale consumului în unele țări cu prevalență mai mică și, în același timp, reduceri ale acestuia în țările cu prevalență mai mare. Cu excepția Poloniei și Finlandei, țările în care s-au realizat sondaje recent (2010 sau ulterior) raportează tendințe stabile sau descendente în rândul tinerilor adulți (Figura 2.2). Doar un număr mic de sondaje naționale raportează în prezent consumul de agoniști ai receptorilor de canabinoide sintetice, nivelurile de prevalență aferente fiind în general mici.

FIGURA 2.2

Prevalența consumului de canabis în rândul tinerilor adulți anul trecut: tendințe selectate și date de ultimă oră



NB: Tendințe în cele zece țări cu cea mai mare prevalență și cu trei sau mai multe sondaje.



% 0-4 4,1-8 8,1-12 >12

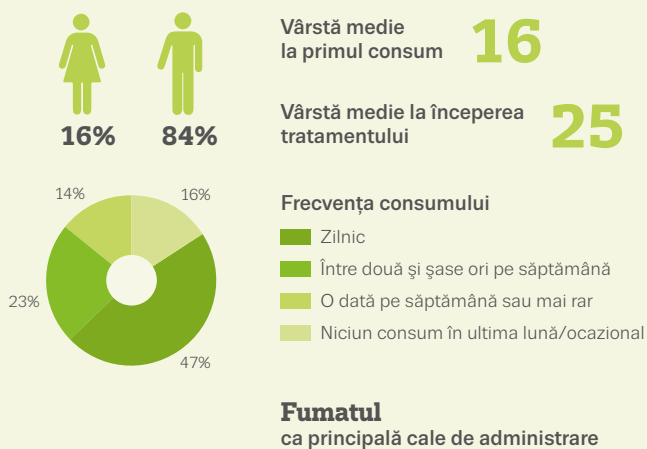
Peste 3 milioane de consumatori zilnici de canabis și creșterea cererii de admitere la tratament

O minoritate semnificativă de consumatori de canabis consumă substanța intensiv. Consumul zilnic sau aproape zilnic de canabis este definit ca fiind consumul timp de 20

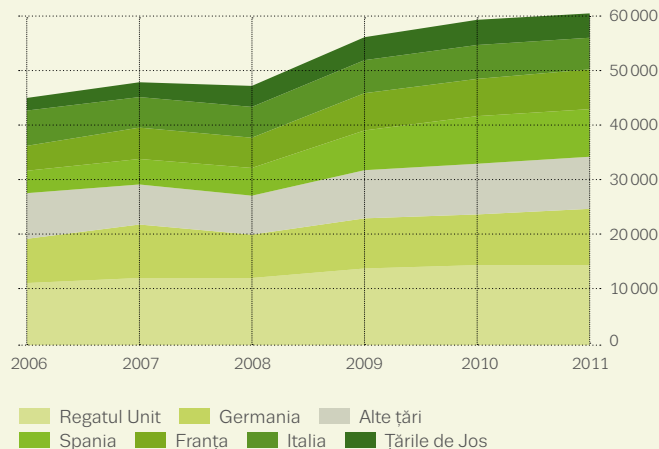
de zile sau mai multe în luna anterioară sondajului. Datele colectate în 22 de țări sugerează că circa 1% dintre adulți, cel puțin trei milioane, raportează consumul drogului în acest mod. Peste două treimi dintre aceștia au vârste cuprinse între 15 și 34 de ani, iar din această grupă de vârstă, peste trei sferturi sunt bărbați.

CONSUMATORI DE CANABIS CARE URMEAZĂ UN TRATAMENT

Caracteristici



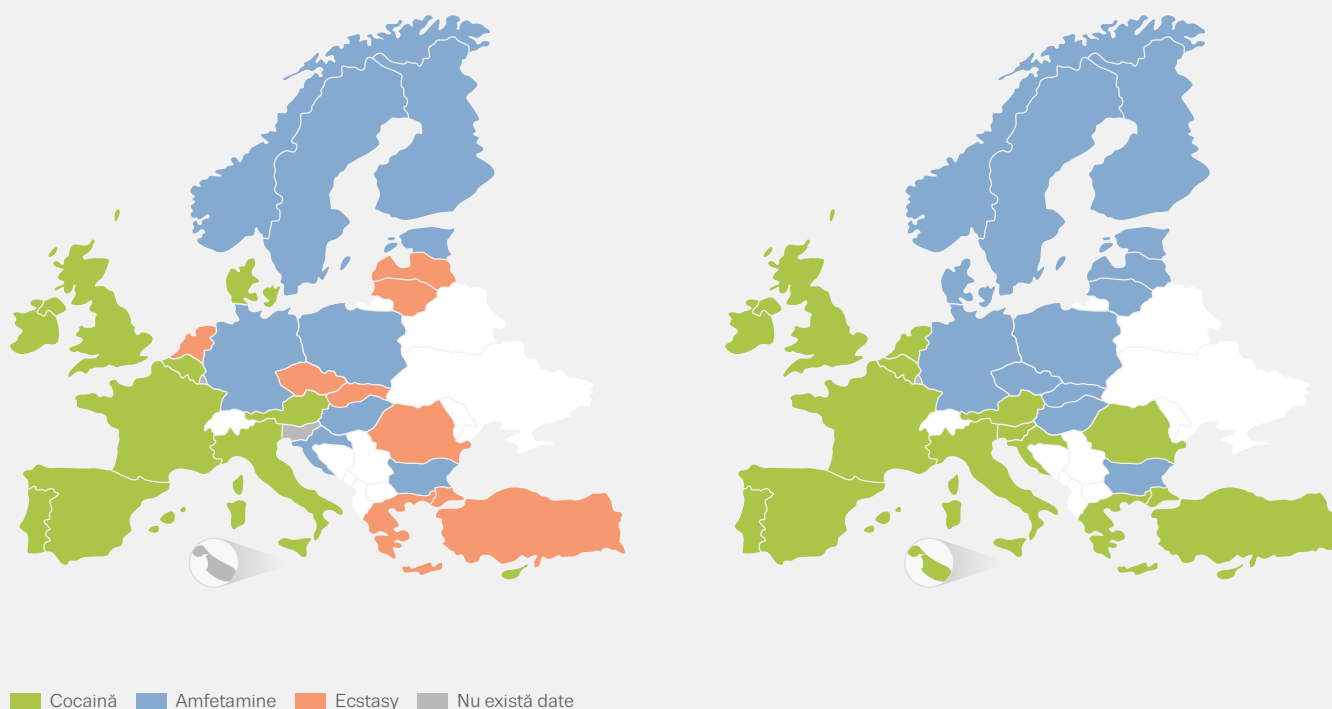
Tendințe în rândul persoanelor care apelează pentru prima dată la tratament



NB: Caracteristicile se referă la toți consumatorii de canabis ca drog principal care sunt admiși la tratament. Tendințele se referă la consumatorii de canabis ca drog principal care sunt admiși pentru prima dată la tratament. Țările incluse variază în funcție de indicator.

FIGURA 2.3

Drogul stimulent predominant conform prevalenței de anul trecut în grupa de vârstă 15-34 de ani (stânga) și conform numărului de consumatori de drog principal care sunt admiși pentru prima dată la tratament (dreapta)



În 2011, cannabisul a fost al doilea dintre drogurile principale raportate ca fiind consumate cel mai frecvent, după heroină, de către persoanele care au început un tratament specializat pentru dependența de droguri în Europa (109 000) și drogul menționat cel mai frecvent în rândul consumatorilor care au fost admiși pentru prima dată la tratament. Cu toate acestea, se poate observa o diversitate considerabilă la nivel național, 4% din numărul total al consumatorilor de droguri raportând acest drog ca fiind motivul pentru care încep tratamentul în Bulgaria, iar 69% în Ungaria. Aceste distincții pot fi explicate prin deosebirile în ceea ce privește practicile de referire către tratamentul specializat, tipul de servicii de tratament disponibile și nivelurile de prevalență naționale. În Europa a existat o creștere a numărului consumatorilor de cannabis care au fost admiși pentru prima dată la tratament, de la aproximativ 45 000 în 2006 la 60 000 în 2011.

Canabis... drogul menționat cel mai frecvent în rândul consumatorilor care au fost admiși pentru prima dată la tratament

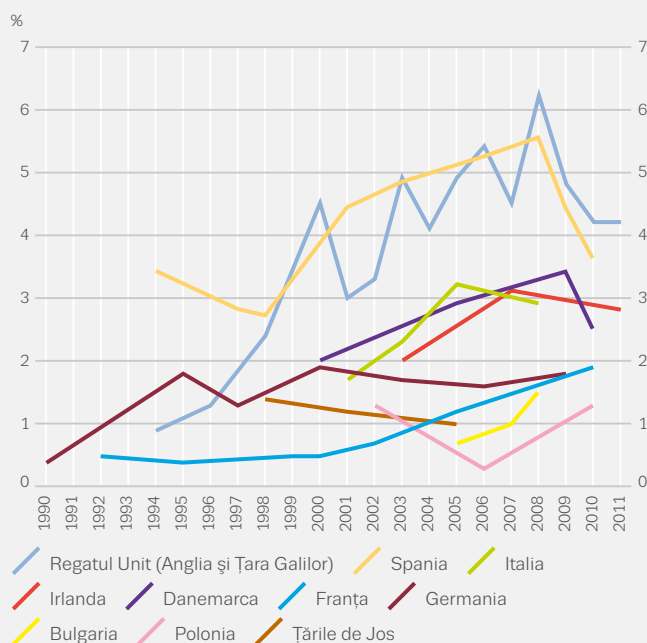
Drogurile stimulente ilegale în Europa: tipare regionale de consum

Cocaina, amfetaminele și ecstasy sunt cele mai consumate droguri stimulente în Europa, în timp ce unele substanțe mai puțin cunoscute, printre care piperazinele (de exemplu, BZP) și catinonele sintetice (de exemplu, mefedrona și MDPV) pot fi, de asemenea, consumate ilegal pentru efectele lor stimulatoare. Nivelurile mari ale consumului de droguri stimulente tind să fie asociate cu contexte specifice de club, muzică și viață de noapte, în cadrul cărora aceste droguri sunt consumate deseori în combinație cu alcoolul.

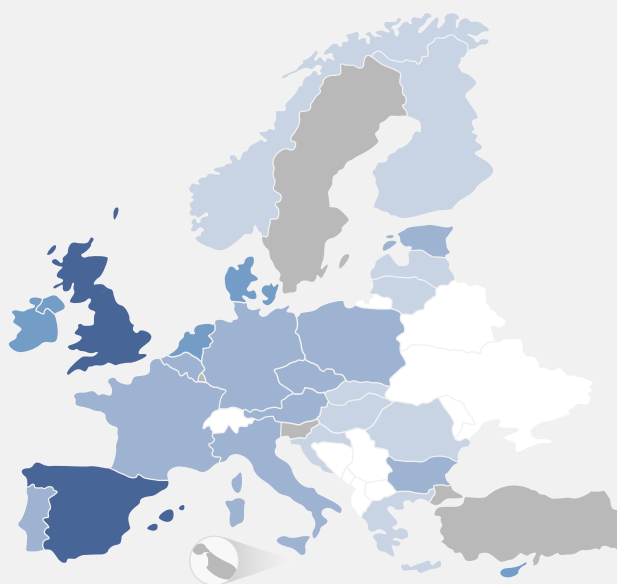
Datele referitoare la prevalență arată că piața drogurilor stimulente din Europa este una divergentă din punct de vedere geografic, cocaina fiind mai răspândită în sudul și vestul Europei, amfetaminele mai comune în țările din centrul și nordul Europei, în timp ce ecstasy este drogul stimulent cu cea mai mare prevalență în țările din sudul și estul Europei (Figura 2.3). Datele referitoare la tratament indică tipare similare privind cocaina și amfetamina, în timp ce numărul consumatorilor care încep tratamentul pentru probleme legate de ecstasy este redus.

FIGURA 2.4

Prevalența consumului de cocaină în rândul tinerilor adulți anul trecut: tendințe selectate (stânga) și date de ultimă oră (dreapta)



NB: Tendințe în cele zece țări cu cea mai mare prevalență și cu trei sau mai multe sondaje.



Cocaina: consum în scădere în țările cu prevalență mare

Pudra de cocaină este în principal prizată sau inhalată, însă este și injectată uneori, în timp ce cocaina crack este de regulă fumată. În rândul persoanelor care consumă în mod regulat, se poate face o distincție generală între consumatorii mai integrați din punct de vedere social, care pot consuma drogul într-un context recreativ, și consumatorii mai marginalizați, care consumă cocaina deseori împreună cu alte substanțe, fiind parte a unei probleme cronice cu drogurile. Consumul regulat de cocaină a fost asociat cu probleme cardiovasculare, neurologice și de sănătate mintală și cu un risc ridicat de accidente și dependență. Injectarea cocainei și consumul de cocaină crack sunt asociate cu cele mai mari riscuri asupra sănătății, inclusiv transmiterea bolilor infecțioase.

Cocaina, amfetaminele și ecstasy sunt cele mai consumate droguri stimulente în Europa



Cocaina este cel mai consumat drog stimulent ilegal în Europa, deși majoritatea consumatorilor se află într-un număr relativ mic de țări. Se estimează că circa 2,5 milioane de tineri europeni (1,9% din această grupă de vârstă) au consumat cocaină în anul trecut. Niveluri relativ mari ale consumului de cocaină în anul trecut în rândul tinerilor adulți (2,5-4,2%) au fost raportate în Danemarca, Irlanda, Spania și Regatul Unit (Figura 2.4). În țările cu prevalență mai mare în care s-au realizat sondaje mai recent, nivelurile consumului de cocaină în anul trecut în rândul tinerilor adulți au înregistrat o valoare de vârf în 2008/2009 și, ulterior, o ușoară scădere sau o stabilizare. În alte țări, nivelurile consumului de cocaină au rămas relativ scăzute și stabile, deși atât Franța, cât și Portugalia au raportat creșteri în 2010.

Indicii privind scăderea admiterii la tratament ca urmare a consumului de cocaină

Numai patru țări dispun de estimări relativ recente privind consumul intensiv sau problematic de cocaină, iar acestea sunt dificil de comparat, deoarece definițiile utilizate diferă. În 2009, în rândul populației adulte, Spania a estimat „consumul intensiv de cocaină” ca fiind de 0,45%, Germania a estimat „problemele legate de cocaină” ca fiind de 0,20%, iar Italia a estimat „consumul de cocaină potențial problematic” ca fiind de 0,34%. Pentru 2009/2010, Regatul Unit a estimat consumul de cocaină crack în rândul populației adulte din Anglia ca fiind de 0,54%, însă a menționat că mulți dintre consumatori consumau probabil atât cocaină crack, cât și opiacee.

Cocaina a fost menționată ca drog principal în cazul a 14% din numărul total al consumatorilor raportați care au început un tratament specializat pentru dependența de droguri în 2011 (60 000) și în cazul a 19% dintre consumatorii care au fost admiși pentru prima dată la tratament (31 000). Există diferențe mari de la o țară la alta, aproximativ 90% din numărul total de consumatori de cocaină fiind raportat de numai cinci țări (Germania, Spania, Italia, Țările de Jos, Regatul Unit). Numărul consumatorilor care sunt admiși pentru prima dată la tratament pentru dependența de cocaină ca drog principal a crescut de la 35 000 în 2006 la 37 000 în 2009, scăzând apoi la 31 000 în 2011 (23 de țări). În Spania s-a înregistrat o scădere ușoară, dar constantă, a numărului de noi consumatori de cocaină care au apelat la tratament, începând din anul 2005, Regatul Unit începând din anul 2008 și Italia începând din anul 2009. Numai aproximativ 3 000 de noi consumatori de cocaină crack ca drog principal au început tratamentul în Europa în 2011, circa două treimi din aceștia fiind în Regatul Unit, iar cea mai mare parte a celorlalți în Spania și Țările de Jos.

Creșterea pe termen lung a numărului de urgențe medicale ca urmare a consumului de cocaină

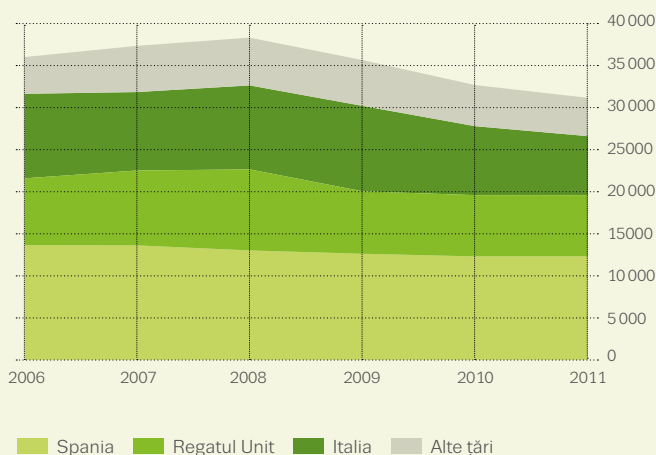
O analiză europeană recentă a identificat creșterea de trei ori a numărului de internări la urgențe pentru consumul de cocaină raportate în unele țări, comparativ cu sfârșitul anilor 1990, un număr record fiind observat în 2008 în Spania și Regatul Unit (Anglia). Majoritatea urgențelor

CONSUMATORI DE COCAINĂ ADMIȘI LA TRATAMENT

Caracteristici



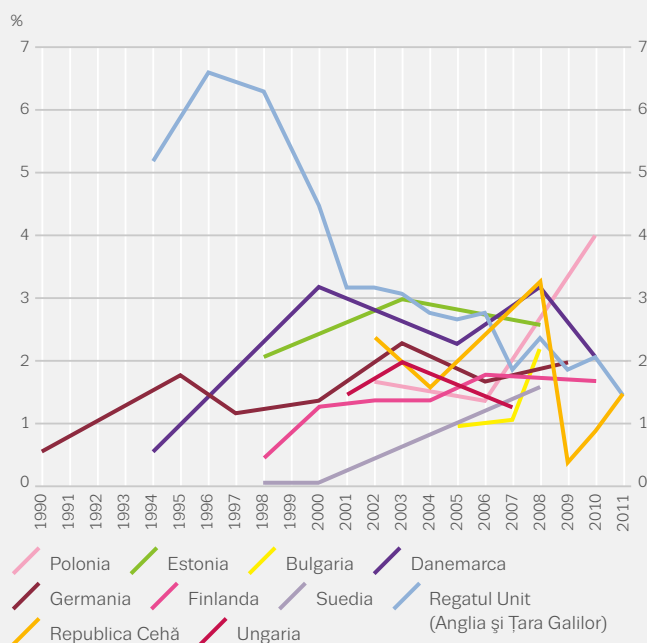
Tendințe în rândul persoanelor care sunt admise pentru prima dată la tratament



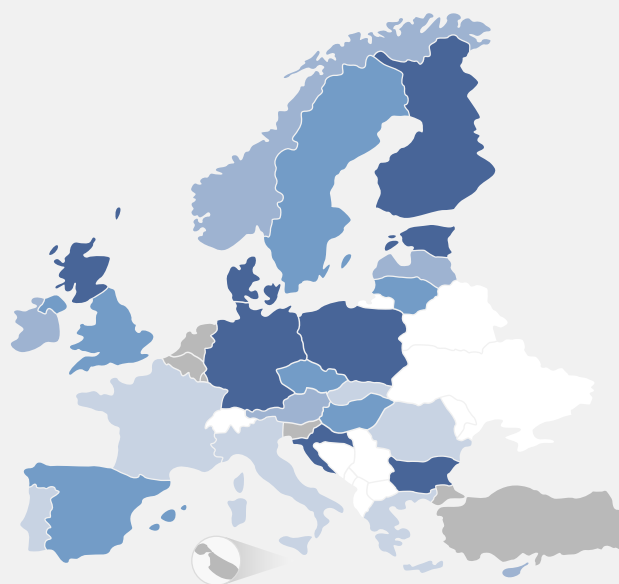
NB: Caracteristicile se referă la toți consumatorii de cocaină/cocaină crack ca drog principal care sunt admiși la tratament. Tendințele se referă la consumatorii de cocaină/cocaină crack ca drog principal care sunt admiși pentru prima dată la tratament. Țările incluse variază în funcție de indicator.

FIGURA 2.5

Prevalența consumului de amfetamine în rândul tinerilor adulți anul trecut: tendințe selectate (stânga) și date de ultimă oră (dreapta)



NB: Tendințe în cele zece țări cu cea mai mare prevalență și cu trei sau mai multe sondaje.



% 0–0,5 0,51–1 1,1–1,5 >1,5 Nu există date

legate de consumul de cocaină s-au înregistrat în rândul bărbaților tineri. Decesele cauzate de intoxicația acută cu cocaină par a fi relativ rare. În 2011, au fost raportate cel puțin 475 de decese legate de consumul de cocaină în 17 țări, deși deseori s-a raportat și prezența altor droguri. Date recente din Spania și Regatul Unit sugerează scăderea numărului de decese legate de consumul de cocaină începând din anul 2008. Cocaina a avut, de asemenea, un rol în unele decese cauzate de probleme cardiovasculare, însă datele în această privință sunt limitate.

Amfetaminele: consum stabil, dar riscurile asupra sănătății persistă

În Europa, amfetamina este mai disponibilă decât metamfetamina, al cărei consum a fost limitat din punct de vedere istoric la Republica Cehă și, mai recent, la Slovacia. Amfetaminele sunt de regulă administrate oral sau sunt inhalate, însă în câteva țări, injectarea acestor droguri este relativ frecventă în rândul consumatorilor problematici și în rândul celor care urmează un tratament.

Majoritatea studiilor referitoare la efectele adverse ale consumului de amfetamine asupra sănătății provin din Australia și Statele Unite, unde fumatul de metamfetamină cristalizată este răspândit, constatările acestora putând așadar să nu fie direct aplicabile situației din Europa. Aceste studii identifică efecte precum probleme

cardiovasculare, pulmonare, neurologice și de sănătate mintală, mergând de la anxietate, agresiune și depresie până la psihoză paranoidă acută, în timp ce injectarea reprezintă un factor de risc pentru bolile infecțioase. Decese legate de consumul de amfetamine, deși rare în comparație cu cele legate de drogurile opiacee, au fost raportate de unele țări, în special de cele cu un număr relativ mare de consumatori de amfetamină. Supradozele de amfetamine pot fi însă mai dificil de identificat, având în vedere că simptomele pot fi mai puțin specifice. Această problemă este complicată de apariția unor noi droguri stimulatorie. De exemplu, peste 20 de decese din 2011 și 2012 au fost asociate cu compusul 4-metilamfetamină al amfetaminei, ceea ce a determinat EMCDDA și Europol să realizeze o evaluare a riscurilor la nivel european și Comisia Europeană să recomande măsuri de control la nivelul întregii UE.

**În Europa, amfetamina
este mai disponibilă decât
metamfetamina**

Un număr estimat de 1,7 milioane (1,3%) de tineri adulți (din grupa de vârstă 15-34 ani) au consumat amfetamine anul trecut. Între 2006 și 2011, consumul de amfetamine s-a menținut relativ scăzut și stabil în rândul tinerilor adulți din majoritatea țărilor europene, nivelurile de prevalență fiind de aproximativ 2% sau mai mici în toate țările raportate, cu excepția Bulgariei (2,1%), Estoniei (2,5%) și Poloniei (3,9%). Toate țările care au realizat sondaje recent (2010 sau ulterior) au raportat niveluri de prevalență stabile sau în scădere ale consumului de amfetamină, cu excepția Poloniei, care a raportat o creștere (Figura 2.5).

Creșterea aditerii la tratament pentru consumatorii de metamfetamină

Numai două țări dispun de estimări recente ale numărului de consumatori problematici de metamfetamină, estimările referitoare la adulți (15-64 de ani) fiind de aproximativ 0,42% în Republica Cehă (2011) și de aproximativ 0,21% în Slovacia (2007). Au fost observate recent indicii ale consumului problematic de metamfetamină în Germania, Grecia, Cipru și Turcia.

Aproximativ 6% dintre consumatorii care au început un tratament specializat în Europa în 2011 au raportat amfetaminele ca drog principal (aproximativ 24 000 de consumatori, dintre care 10 000 au început tratamentul pentru prima dată în viață). Consumatorii de amfetamină ca drog principal reprezintă un procent substanțial din

consumatorii raportați care au fost admiși pentru prima dată la tratament numai în Letonia, Polonia și Suedia, în timp ce metamfetamina este menționată ca drog principal de un număr mare de consumatori care au fost admiși pentru prima dată la tratament în Republica Cehă și Slovacia. Între 2006 și 2011, tendințele în rândul consumatorilor de amfetamine care au început tratamentul pentru prima dată s-au menținut în mare parte stabile, cu excepția Republicii Cehe și a Slovaciei, care au raportat un număr din ce în ce mai mare de consumatori de metamfetamină care au fost admiși pentru prima dată la tratament.

Ecstasy: admitere la e tratament redusă

Ecstasy se referă de regulă la substanța sintetică MDMA. Drogul este consumat mai ales sub formă de comprimate, însă este uneori disponibil sub formă de pudră; acesta poate fi înghițit, inhalat sau (rareori) injectat. Consumul de ecstasy a fost asociat din punct de vedere istoric cu contextul muzicii electronice, iar consumatorii sunt tineri adulți, în special bărbați tineri. Problemele asociate cu consumul acestui drog includ hipertermia acută și probleme de sănătate mintală. Decesele cauzate de ecstasy sunt rare.

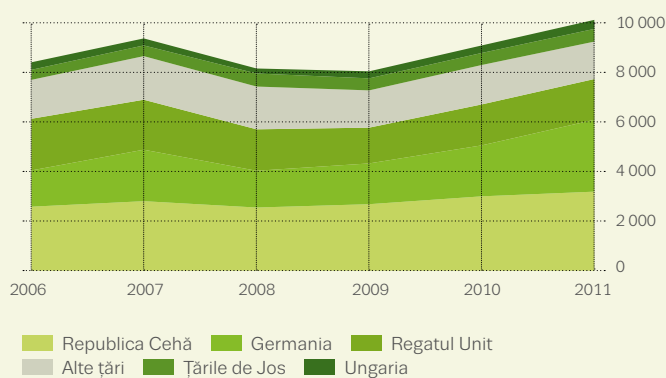
Se estimează că 1,8 milioane de tineri adulți au consumat ecstasy anul trecut, estimările la nivel național variind între 0,1% și 3,1%. Consumul acestui drog a atins niveluri record

CONSUMATORI DE AMFETAMINĂ ADMIȘI LA TRATAMENT

Caracteristici



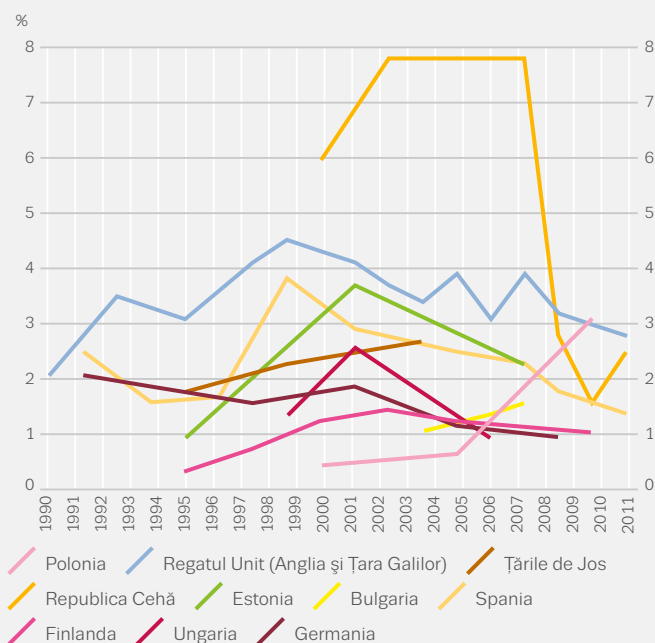
Tendințe în rândul persoanelor care sunt admise pentru prima dată la tratament



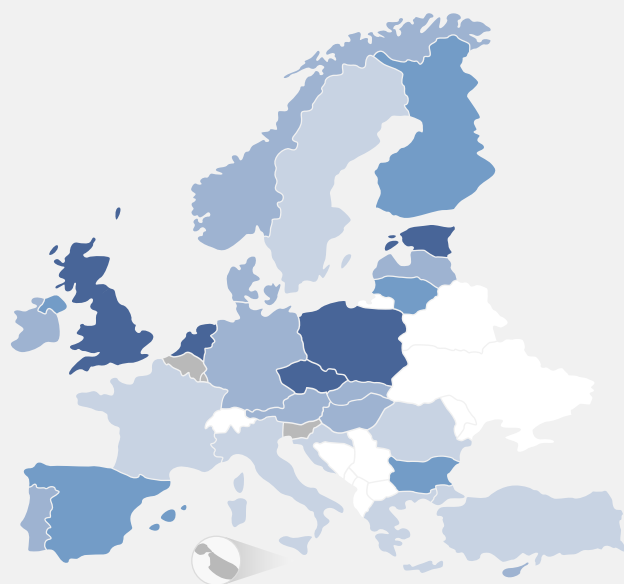
NB: Caracteristicile se referă la toți consumatorii de amfetamine ca drog principal care apelează la tratament. Tendințele se referă la consumatorii de amfetamine ca drog principal care apelează pentru prima dată la tratament. Țările incluse variază în funcție de indicator.

FIGURA 2.6

Prevalența consumului de ecstasy în rândul tinerilor adulți anul trecut: tendințe selectate (stânga) și date de ultimă oră (dreapta)



NB: Tendințe în cele zece țări cu cea mai mare prevalență și cu trei sau mai multe sondaje.



% 0–0,5 0,51–1,0 1,1–2,0 >2,0 Nu există date

Între începutul și jumătatea anilor 2000, înainte de a scădea (Figura 2.6). Între 2006 și 2011, majoritatea țărilor au raportat tendințe stabile sau în scădere în legătură cu consumul de ecstasy. Cu excepția Poloniei, această scădere continuă să fie observată în datele furnizate de țările în care s-au realizat sondaje din 2010 până în prezent. Doar un număr mic de consumatori au fost admiși la tratament pentru probleme legate de ecstasy în 2011: ecstasy a fost menționat ca drog principal de mai puțin de 1% (aproximativ 600 de consumatori) dintre consumatorii din Europa raportați ca fiind admiși la tratament pentru prima dată.

grupă de vârstă. S-a observat însă o scădere a nivelurilor de consum în toate grupele, în comparație cu cele indicate de sondajul din 2010-2011.

În general, în Europa, continuă să se raporteze mortalitatea și morbiditatea asociate de consumul de mefedronă, deși la niveluri relativ scăzute. Unele țări au raportat, de asemenea, consumul de mefedronă, MDPV și alte catinone sintetice prin injectare, în rândul grupurilor de consumatori problematici de droguri și al celor care urmează un tratament pentru dependența de droguri (Ungaria, Austria, România, Regatul Unit).

Mefedrona: un nou concurent pe piața drogurilor stimulente

Există indicii potrivit cărora catinonele sintetice, inclusiv mefedrona, au ocupat un loc pe piața drogurilor stimulente ilegale din unele țări. În prezent, însă, numai Regatul Unit a realizat sondaje repetate care includ acest drog. Conform datelor de ultimă oră, 1,1% dintre adulți (16-59 de ani) din Anglia și Țara Galilor au raportat consumul de mefedronă anul trecut, ceea ce înseamnă că acest drog se plasează pe locul patru printre cele mai consumate droguri ilegale. În cazul persoanelor cu vârste cuprinse între 16 și 24 de ani, prevalența de anul trecut a fost aceeași ca în cazul consumului de ecstasy (3,3%), situându-se pe locul trei printre cele mai prevalente droguri consumate de această

Catinonele sintetice, inclusiv mefedrona, au ocupat un loc pe piața drogurilor stimulente ilegale din unele țări

Substanțe halucinogene, GHB și ketamină: încă prezente

O serie de substanțe psihoactive cu proprietăți halucinogene, anestezice și depresante sunt disponibile pe piața drogurilor ilegale din Europa: acestea pot fi consumate individual, împreună cu sau în locul altor droguri mai frecvente. Nivelurile de prevalență generală ale consumului de ciuperci halucinogene și LSD în Europa au fost în general scăzute și stabile mai mulți ani. În rândul tinerilor adulți (15-34 de ani), sondajele naționale au raportat estimări ale prevalenței consumului de ciuperci halucinogene anul trecut între 0% și 2,2%, iar de LSD între 0% și 1,7%.

Începând de la jumătatea anilor 1990, s-a raportat consumul recreativ de ketamină și gama-hidroxibutirat (GHB) în rândul unor subgrupuri de consumatori de droguri din Europa. Sunt recunoscute într-o măsură din ce în ce mai mare problemele de sănătate cauzate de aceste substanțe, de exemplu, afectarea tractului urinar cauzată de consumul de ketamină pe termen lung. Pierderea cunoștinței și dependența sunt riscuri asociate consumului de GHB, iar sindromul de sevraj a fost documentat. Estimările naționale, acolo unde există, ale prevalenței consumului de GHB și ketamină atât în rândul adulților, cât și al elevilor se mențin scăzute. În Regatul Unit, 1,8% din grupa consumatorilor cu vârste cuprinse între 16 și 24 de ani au raportat că au consumat ketamină anul trecut, nivelurile menținându-se stabile în perioada 2008-2012, deși au crescut de la 0,8% în 2006. Sondajele realizate în contextul vieții de noapte au raportat niveluri mai mari ale prevalenței consumului pe durata vieții: de exemplu, potrivit unui sondaj în rândul danezilor care frecventează cluburile, 10% dintre aceștia au consumat ketamină. Dintre respondenții din Regatul Unit la un sondaj pe internet, identificați ca frecventând în mod frecvent cluburile, 40% au raportat că au consumat ketamină anul trecut, iar 2% GHB.

Opiacee: peste 1,4 milioane de consumatori problematici

Consumul de opiacee rămâne responsabil pentru o rată disproporționat de mare a mortalității și morbidității cauzate de consumul de droguri în Europa. Principalul opiaceu consumat în Europa este heroina, care poate fi fumată, inhalată sau injectată. O serie de alte opiacee sintetice, precum buprenorfina, metadona și fentanilul sunt, de asemenea, disponibile pe piața ilegală. Majoritatea consumatorilor de opiacee sunt consumatori de mai multe droguri, iar nivelurile de prevalență sunt mai mari în zonele urbane și în rândul grupurilor marginalizate. Pe lângă problemele de sănătate, consumatorii de opiacee care

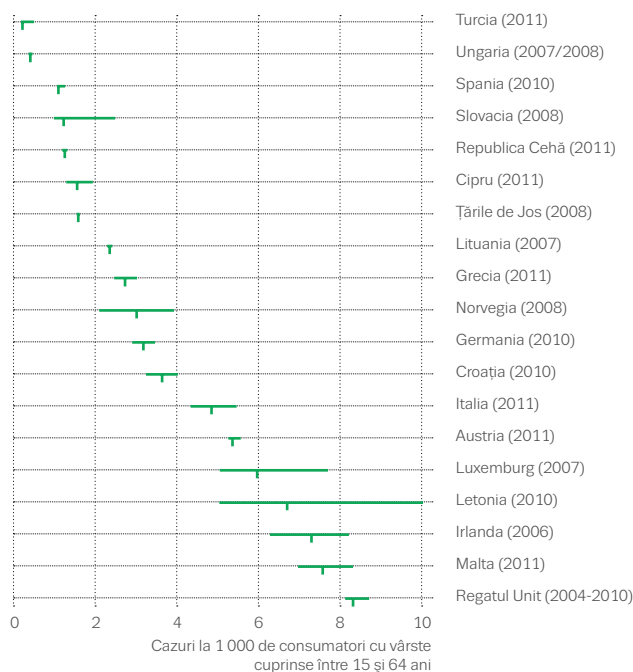
apelează la tratament raportează în general niveluri mai mari de șomaj sau lipsa unui adăpost și niveluri mai scăzute de educație în comparație cu consumatorii de alte droguri.

Europa a asistat la etape diferite de dependență de heroină, prima afectând multe țări din vestul Europei începând de la jumătatea anilor 1970, o a doua etapă afectând centrul și estul Europei între jumătatea și sfârșitul anilor 1990. Deși tendințele au variat în ultimul deceniu, în ansamblu, numărul noilor consumatori de heroină pare să înregistreze o scădere.

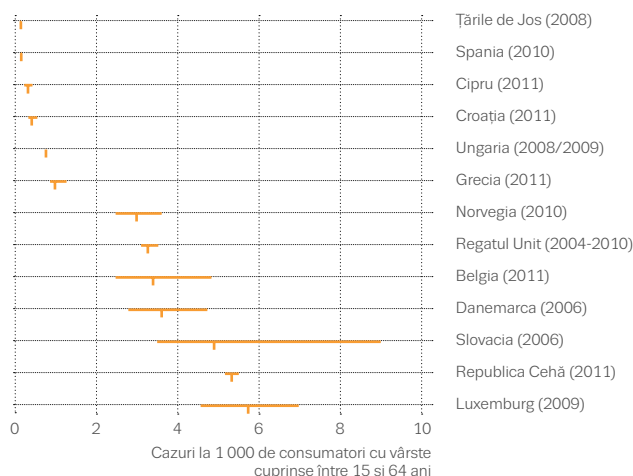
FIGURA 2.7

Estimări naționale ale prevalenței consumului problematic de opiacee și ale consumului de droguri prin injectare

Consum problematic de opiacee



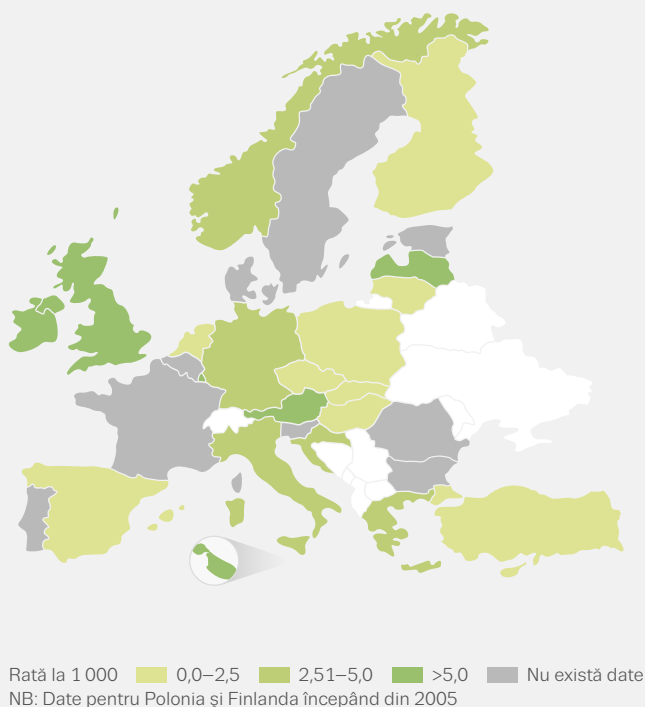
Consum de droguri prin injectare



NB: Date afișate ca estimări punctuale și intervale de incertitudine.

FIGURA 2.8

Estimări ale consumului problematic de opiacee în Europa



Prevalența medie a consumului problematic de opiacee în rândul adulților (15-64 de ani) este estimată ca reprezentând 0,41%, ceea ce înseamnă 1,4 milioane de consumatori problematici de opiacee în Europa în 2011. La nivel național, estimările prevalenței consumului problematic de opiacee variază între mai puțin de unul și aproximativ opt cazuri la 1 000 de consumatori cu vârste cuprinse între 15 și 64 de ani (Figura 2.7).

Heroina: scăderea numărului de pacienți noi admiși la tratament

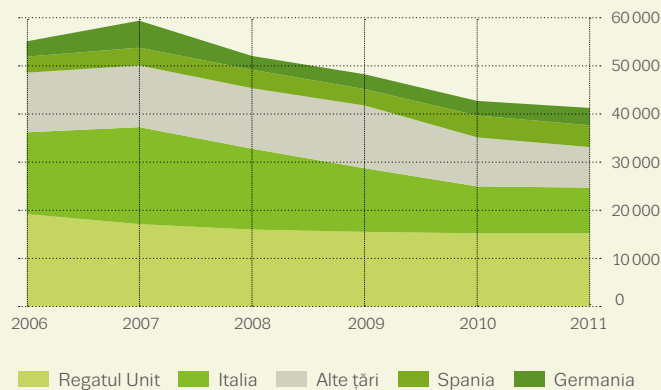
Consumatorii de opiacee (în principal heroină) reprezintă 48% din numărul total al pacienților care au apelat la tratament specializat în 2011 în Europa (197 000 consumatori) și aproximativ 30% din consumatorii care au început tratamentul pentru prima dată. În ceea ce privește tendințele, numărul total de noi consumatori de heroină este în scădere în Europa, reducându-se de la un număr record de 59 000 în 2007 la 41 000 în 2011, diminuarea fiind mai evidentă în țările din vestul Europei. În ansamblu, se pare că numărul consumatorilor noi de heroină este în scădere și că acest lucru afectează în prezent cererea de tratament.

CONSUMATORI DE HEROINĂ ADMIȘI LA TRATAMENT

Caracteristici



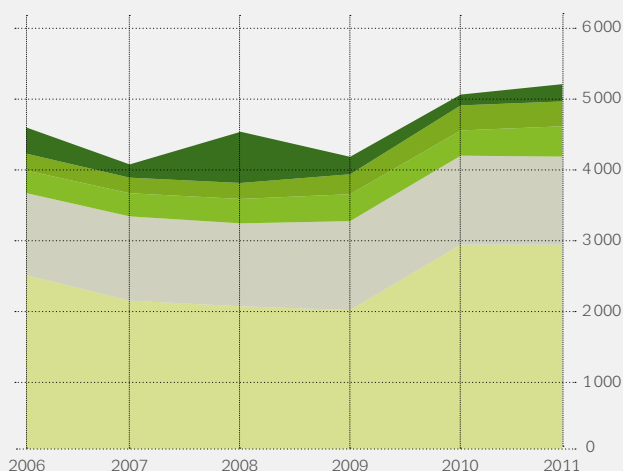
Tendențe în rândul persoanelor care sunt admise pentru prima dată la tratament



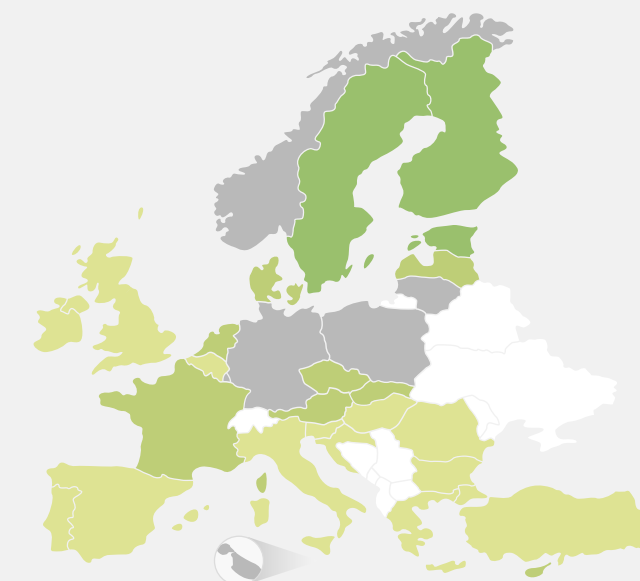
NB: Caracteristicile se referă la toți consumatorii de heroină ca drog principal care sunt admiși la tratament. Tendințele se referă la consumatorii de heroină ca drog principal care sunt admiși pentru prima dată la tratament. Țările incluse variază în funcție de indicator.

FIGURA 2.9

Consumatorii de alte opiacee decât heroina admiși pentru prima dată la tratament: tendințe în cifre (stânga) și ca procent din numărul total de consumatori de opiacee ca drog principal admiși pentru prima dată la tratament (dreapta)



Regatul Unit Alte țări Franța
Spania Italia



% 0-10 11-50 >50 Nu există date

Alte opiacee decât heroina: o provocare în unele țări

În 2011, unsprezece țări europene au raportat că 10% sau mai mult din consumatorii de opiacee admiși pentru prima dată la tratament consumau alte opiacee decât heroina, printre care fentanil, metadonă și buprenorfină (Figura 2.9). În unele țări, aceste droguri reprezintă în prezent cele mai comune tipuri de opiacee consumate: în Estonia, majoritatea consumatorilor de opiacee admiși la tratament au consumat ilegal fentanil, în timp ce în Finlanda s-a raportat că majoritatea consumatorilor de opiacee sunt consumatori de buprenorfină ca drog principal.

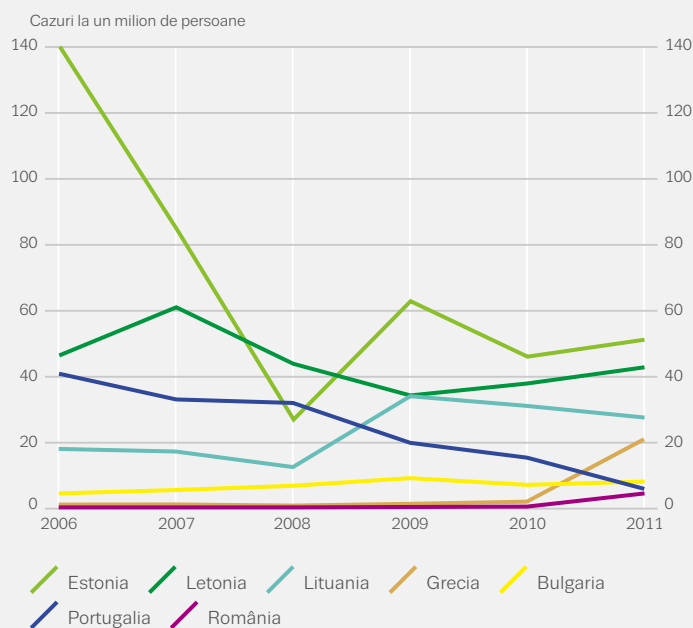
Consumul de droguri prin injectare: declin pe termen lung

Consumatorii de droguri prin injectare se află printre cei cu cel mai mare risc de probleme de sănătate cauzate de consumul de droguri, precum infecțiile transmise prin sânge sau supradozele. Injectarea este asociată de regulă cu consumul de opiacee, deși în unele țări injectarea amfetaminelor reprezintă o problemă majoră. Treisprezece țări dispun de estimări recente ale prevalenței consumului de droguri prin injectare, de la mai puțin de unul la circa șase cazuri la 1 000 de consumatori cu vârste cuprinse între 15 și 64 ani. În ceea ce îi privește pe consumatorii care admiși tratament specializat, 38% dintre consumatorii de opiacee și 24% dintre consumatorii de amfetamină au raportat că își injectează drogul. Nivelurile consumului prin injectare în rândul consumatorilor de opiacee variază de la o țară la alta, de la mai puțin de 9% în Țările de Jos la peste 93% în Letonia. Între 2006 și 2011, s-a înregistrat o scădere generală în ceea ce privește numărul consumatorilor de heroină care își injectează drogul și care sunt admiși pentru prima dată la tratament; totuși, datele de ultimă oră indică o ușoară creștere.

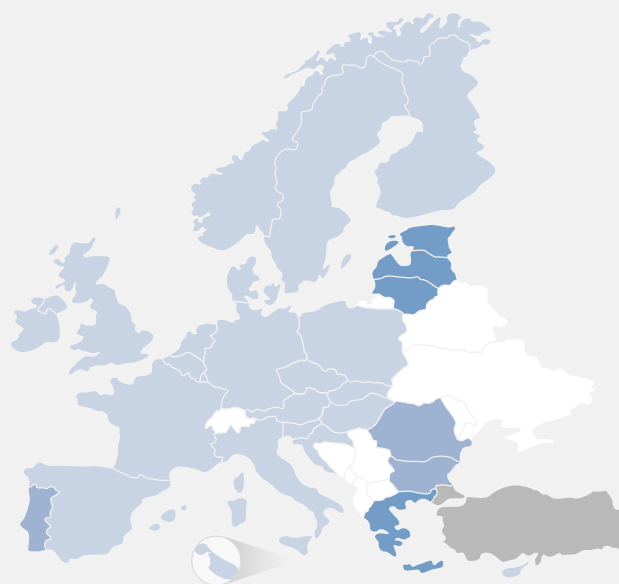


FIGURA 2.10

Noi infecții cu HIV diagnosticate în legătură cu consumul de droguri injectabile: tendințe selectate (stânga) și date de ultimă oră (dreapta)



NB: Noi infecții cu HIV diagnosticate în rândul consumatorilor de droguri injectabile în țările care raportează cele mai mari rate în 2011 (sursă: ECDC)



Focarele de infecție reprezintă o amenințare pentru scăderea pe termen lung a numărului persoanelor infectate cu HIV

Injectarea drogurilor continuă să reprezinte un factor important în transmiterea bolilor infecțioase, printre care HIV/SIDA și hepatita C. Ultimele cifre indică faptul că scăderea pe termen lung a numărului de noi îmbolnăviri cu HIV în Europa poate fi perturbată de numărul epidemiilor apărute în rândul consumatorilor de droguri prin injectare din Grecia și România (Figura 2.10). În 2011, rata medie a noilor îmbolnăviri cu HIV raportate, atribuite consumului de droguri prin injectare, a fost de 3,03 la un milion de persoane. Deși cifrele sunt supuse revizuirii, au existat 1 507 de cazuri noi raportate în 2011, puțin mai multe decât în 2010, perturbând tendința descendentă observată începând din anul 2004.

Cifrele la nivel european ascund diferențe importante legate de niveluri și tendințe în ceea ce privește noile îmbolnăviri cu HIV în țări individuale. În 2011, Grecia și România au înregistrat 353 de îmbolnăviri, reprezentând 23% din numărul total, în timp ce, în 2010, aceste țări au reprezentat puțin peste 2% (31/1 469). Bulgaria, Estonia și Letonia au raportat ușoare creșteri ale ratelor de noi infecții cu HIV diagnosticate în rândul consumatorilor de droguri injectabile în 2011, în timp ce, dimpotrivă, toate ratele raportate de Irlanda, Spania și Portugalia au continuat să scadă, în conformitate cu tendința descendentă care s-a observat începând din 2004.

Consumatorii de droguri prin injectare se află printre cei cu cel mai mare risc de probleme de sănătate cauzate de consumul de droguri

Hepatita și alte infecții: probleme majore de sănătate

Hepatita virală, în special infecția cauzată de virusul hepatitei C (HCV), este extrem de frecventă în rândul consumatorilor de droguri injectabile din Europa. Nivelurile anticorpilor HCV în rândul eșantioanelor de consumatori de droguri injectabile în 2010-2011 au variat de la 18% la 80%, opt dintre cele 12 țări raportând date naționale care indicau o rată a prevalenței de peste 40% (Figura 2.11). O prevalență de acest nivel sau superioară poate indica posibilitatea unor noi focare de transmitere a HIV prin injectare. Printre țările care dispun de date naționale privind tendințele pentru perioada 2006-2011, s-a raportat scăderea prevalenței HCV în rândul consumatorilor de droguri prin injectare în trei țări (Italia, Portugalia și Norvegia), în timp ce în altele două s-a observat o creștere (Grecia și Cipru).

În medie, în cele 18 țări care dispun de date pentru perioada 2010-2011, consumul de droguri prin injectare reprezintă 58% din numărul total de infecții cu HCV și

41% din îmbolnăvirile acute notificate (în cazul în care se cunoaște categoria de risc). În ceea ce privește hepatita B, consumatorii de droguri prin injectare reprezintă 7% din toate îmbolnăvirile și 15% din îmbolnăvirile acute raportate. Consumul de droguri poate reprezenta un factor de risc pentru alte boli infecțioase, printre care hepatita A și D, bolile cu transmitere sexuală, tuberculoza, tetanosul și botulismul. Focare de infecție cu antrax, cauzate probabil de heroina contaminată, au fost de asemenea raportate sporadic în Europa. De exemplu, în perioada iunie 2012 – începutul lunii martie 2013, au fost raportate 15 cazuri de antrax legate de consumul de droguri, dintre care șapte au provocat decesul persoanelor respective. Acest lucru poate avea legătură cu o epidemie anterioară de antrax raportată în 2009/2010.

Decese asociate e consumului de droguri: nu numai supradoze

Consumul de droguri reprezintă una dintre cauzele importante ale mortalității în rândul tinerilor din Europa, atât în mod direct, prin supradoză (decese induse de consumul de droguri), cât și în mod indirect, prin boli și accidente asociate consumului de droguri, violență și suicid. Majoritatea studiilor referitoare la grupurile de consumatori problematici de droguri indică rate ale mortalității în intervalul 1-2% pe an, ceea ce reprezintă o mortalitate în exces, de 10 până la 20 de ori mai mare decât cea anticipată. O analiză recentă EMCDDA a estimat că între 10 000 și 20 000 de consumatori de opiacee mor în fiecare an în Europa. Majoritatea acestor decese au loc în rândul bărbaților între treizeci și patruzeci de ani; cu toate acestea, vârsta, ratele mortalității și cauzele deceselor diferă de la o țară la alta și de la o perioadă la alta.

Mortalitatea legată de HIV este cauza indirectă de deces în rândul consumatorilor de droguri care este cel mai bine documentată. Estimarea cea mai recentă sugerează că circa 1 700 de persoane au decedat din cauza HIV/SIDA atribuite consumului de droguri prin injectare în Europa în 2010, iar tendința este descendentă. Ciroza reprezintă probabil cauza unui număr considerabil de decese în rândul consumatorilor de droguri, în special datorită infecției HCV, fiind deseori agravată de consumul mare de alcool, deși nu există cifre la nivel european. Suicidul, vătămările și omuciderea au, de asemenea, un impact asupra mortalității în exces în rândul consumatorilor de droguri, deși din nou lipsesc estimări de încredere în acest sens.

Principala cauză a decesului în rândul consumatorilor problematici de droguri în Europa este supradoza de

FIGURA 2.11

Prevalența anticorpilor HCV în rândul consumatorilor de droguri injectabile, 2010/2011

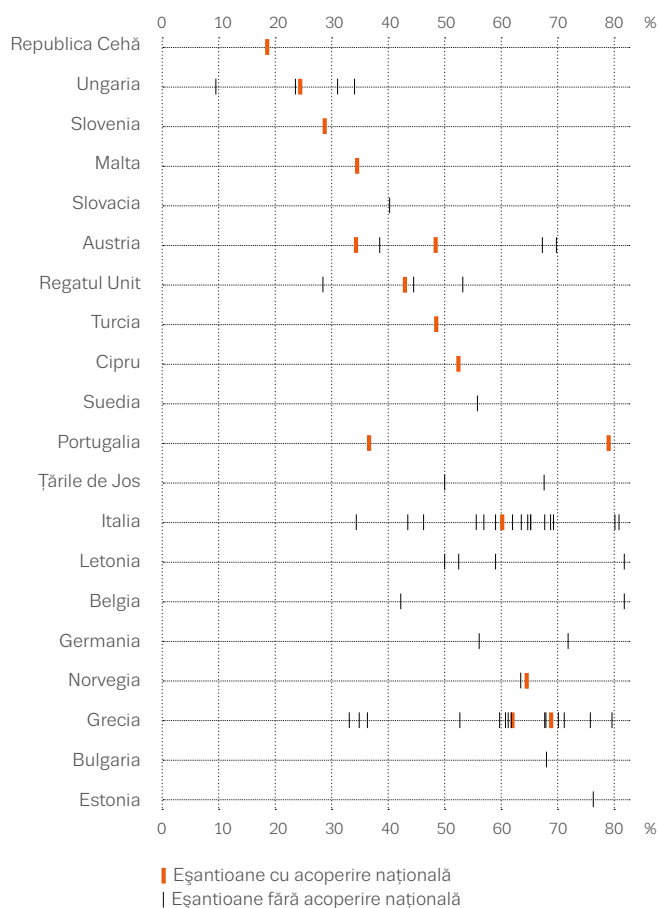
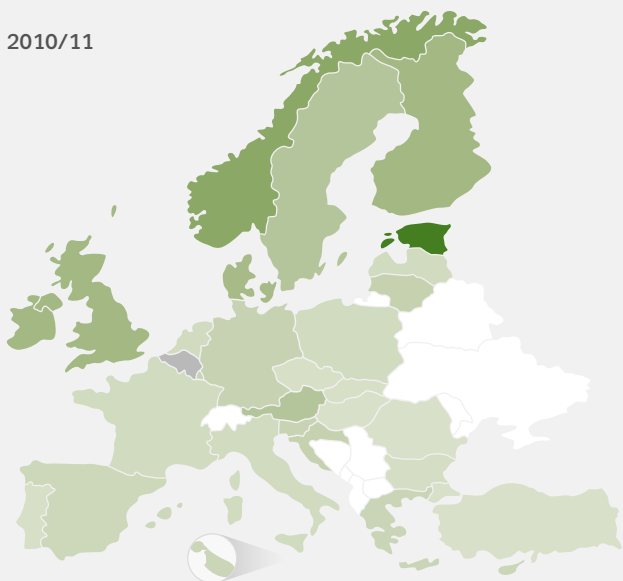


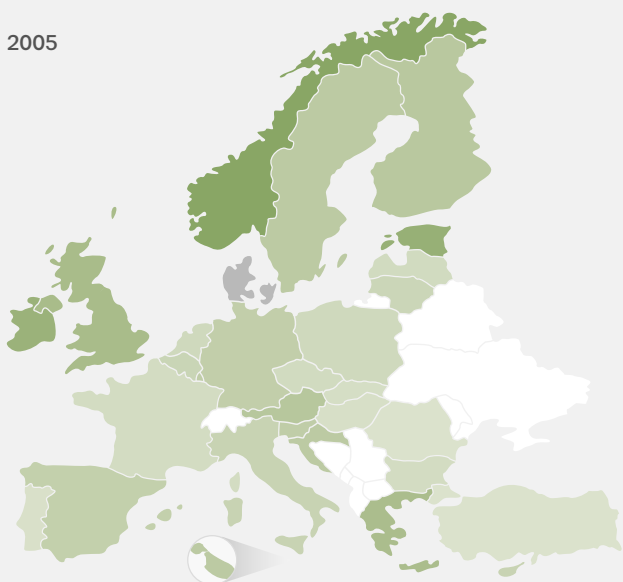
FIGURA 2.12

Rate ale mortalității induse de droguri în rândul adulților (15-64 de ani)

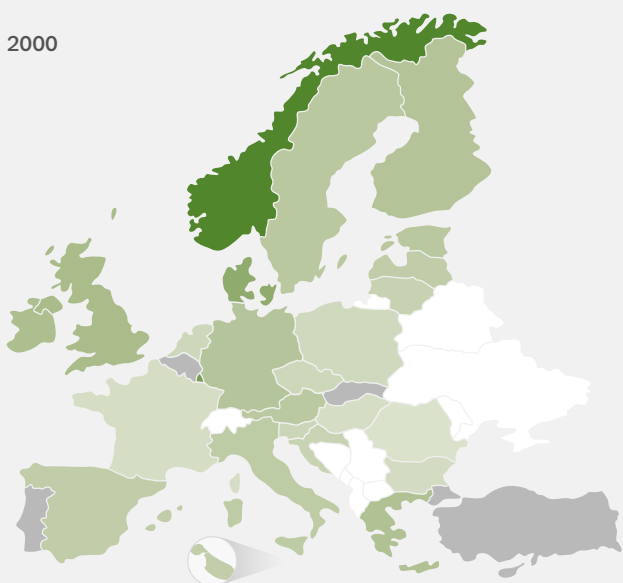
2010/11



2005



2000



1 17 51 85 119 136
Cazuri la un milion de persoane

Nu există date

droguri, iar opiaceele, în principal heroina sau metaboliții acesteia, sunt prezente în majoritatea cazurilor raportate, deseori împreună cu alte substanțe, precum alcoolul sau benzodiazepinele. Pe lângă heroină, alte opiacee menționate în buletinele de analiză toxicologică sunt metadona, buprenorfina și fentanilul.

Aproximativ 90% din decesele cauzate de supradoze raportate în Europa au loc în rândul persoanelor de peste 25 de ani, iar vârsta medie a celor care mor din cauza supradozelor este în creștere, ceea ce sugerează că există o cohortă în curs de îmbătrânire de consumatori problematici de opiacee. Majoritatea deceselor cauzate de supradoză (80%) sunt raportate în rândul bărbaților.

În 2011, rata medie a mortalității cauzate de supradoze în Europa a fost estimată la 18 decese la un milion de persoane în vârstă de 15-64 ani. Au fost raportate rate de peste 40 de decese la un milion de persoane în șase țări, cele mai ridicate rate fiind raportate în Norvegia (73 la un milion) și Estonia (136 la un milion) (Figura 2.12).

Majoritatea țărilor au raportat o tendință ascendentă privind decesele ca urmare a supradozelor în perioada 2003-2008/2009, când nivelurile generale s-au stabilizat pentru prima dată și au început apoi să scadă. În total, aproximativ 6 500 de decese prin supradoză au fost raportate în 2011, ceea ce înseamnă o scădere a numărului de la cele 7 000 de cazuri înregistrate în 2010 și 7 700 în 2009. Cu toate acestea, situația diferă de la o țară la alta, unele țări încă raportând creșteri.

Aproximativ 6 500 de decese prin supradoză au fost raportate în 2011, ceea ce înseamnă o scădere a numărului de la cele 7 000 de cazuri înregistrate în 2010 și 7 700 în 2009

PENTRU INFORMAȚII SUPLIMENTARE

Publicații EMCDDA

2012

Driving under the influence of drugs, alcohol and medicines in Europe: findings from the DRUID project, Document tematic.

Fentanyl in Europe. Studiu Trendspotter EMCDDA.

Prevalence of daily cannabis use in the European Union and Norway, Document tematic.

2011

Mortality related to drug use in Europe, Ediție selectată.

2010

Problem amphetamine and methamphetamine use in Europe, Ediție selectată.

Trends in injecting drug use in Europe, Ediție selectată.

2009

Polydrug use: patterns and responses, Ediție selectată.

2008

A cannabis reader: global issues and local experiences, volumul 2, partea I: Epidemiologie, și Partea II: Efectele consumului de cannabis asupra sănătății, Monografii EMCDDA.

Publicații EMCDDA și ESPAD

2012

Rezumat Raportul ESPAD pe 2011.

Publicații EMCDDA și ECDC

2012

HIV in injecting drug users in the EU/EEA, following a reported increase of cases in Greece and Romania.

Toate publicațiile sunt disponibile la
www.emcdda.europa.eu/publications

3

Răspunsurile la problema drogurilor pot fi clasificate, în linii mari, ca activități fie de reducere a cererii de droguri, fie de reducere a ofertei

Răspunsul la problema drogurilor

Răspunsurile la problema drogurilor pot fi clasificate, în linii mari, ca activități fie de reducere a cererii de droguri, fie de reducere a ofertei. Printre primele se numără intervențiile medicale și sociale, precum prevenirea, reducerea riscurilor asociate consumului de droguri, tratamentul și reintegrarea socială. Printre cele din urmă se numără aplicarea legislației antidrog, în principal de către poliție și autoritățile vamale și judiciare, în primul rând în scopul reducerii disponibilității drogurilor.

Monitorizarea răspunsurilor la problema drogurilor

Răspunsurile la problema drogurilor sunt monitorizate în prezent prin utilizarea unei combinații de surse de date de rutină și evaluări naționale și calitative realizate de specialiști. Printre datele referitoare la răspunsurile medicale și sociale se numără estimări privind oferirea tratamentului de substituție pentru opiacee și distribuția de ace și seringi. În plus, examinările dovezilor științifice, precum cele furnizate de Grupul Cochrane, oferă informații despre eficacitatea intervențiilor medicale publice. Informații suplimentare despre datele prezentate aici și despre dovezile referitoare la răspunsuri pot fi consultate pe site-ul web al EMCDDA în Buletinul statistic și Portalul privind bunele practici.

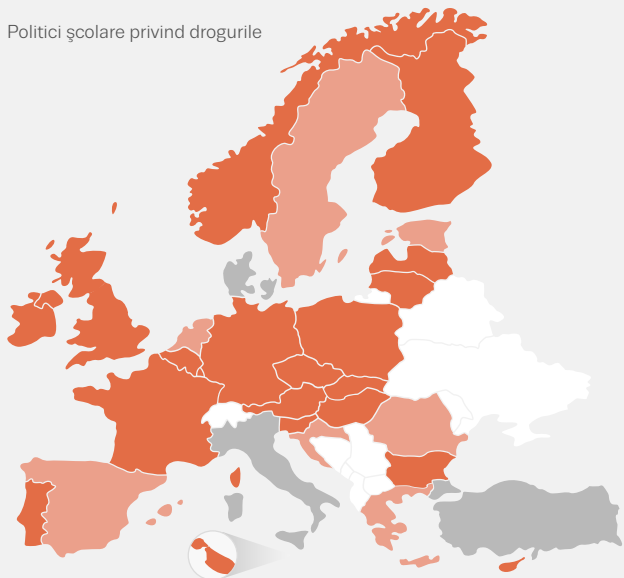
Progrese către prevenirea în școli pe baza datelor concrete

Se utilizează o serie de strategii de prevenire a consumului de droguri și de soluționare a problemelor legate de droguri. Strategiile privind prevenirea de proximitate și cea universală se adresează populației generale, prevenirea selectivă se adresează grupurilor vulnerabile, iar prevenirea indicată se focusează pe persoanele aflate în situație de risc. În Europa, majoritatea activităților de prevenire tinde să se desfășoare în școli (Figura 3.1), dar și în alte locuri.

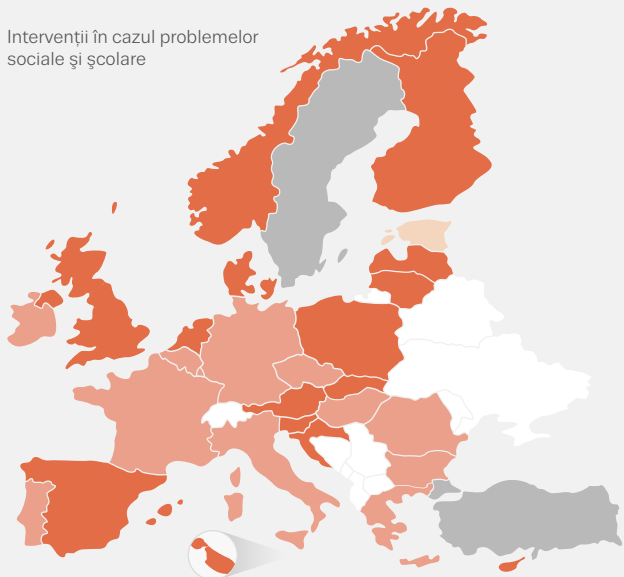
FIGURA 3.1

Disponibilitatea unor intervenții specifice de prevenire a consumului de droguri (clasificări realizate de experți, 2010)

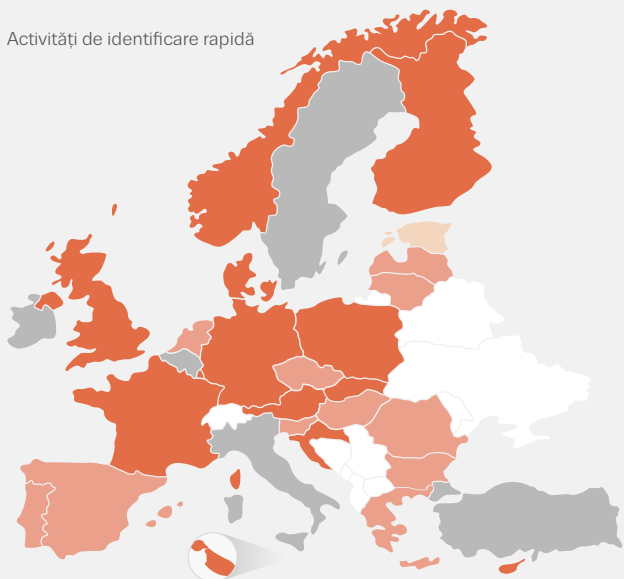
Politici școlare privind drogurile



Intervenții în cazul problemelor sociale și școlare



Activități de identificare rapidă



■ Complete/extinse
 ■ Limitate/rare
 ■ Nedisponibile
■ Nu există date

Datele arată că strategiile privind prevenirea de proximitate, care vizează modificarea mediilor culturale, sociale, fizice și economice, se pot dovedi eficiente în ceea ce privește schimbarea concepțiilor normative și, prin urmare, a consumului de substanțe. În Europa, în general, utilizarea intervențiilor de proximitate în școli rămâne un fenomen rar. În unele domenii, însă, precum promovarea unui climat de protecție în școli și elaborarea unor politici școlare privind drogurile (de exemplu, orientări privind răspunsul la consumul sau vânzarea de droguri de către elevi), s-au înregistrat progrese. S-a remarcat, de asemenea, o mică schimbare în ceea ce privește adoptarea unor abordări de prevenire universală evaluate favorabil în școli, precum formarea competențelor personale și sociale și renunțarea la activități precum oferirea de informații de bază, în cazul cărora dovezile privind eficiența nu sunt semnificative. Au fost elaborate din ce în ce mai multe rapoarte privind transpunerea cu succes a unor programe de prevenire nord-americane și europene evaluate favorabil [de exemplu, Good Behaviour Game, EUDAP (Unplugged), Örebro și Preventure].

Intervențiile de prevenire selectivă se adresează grupurilor vulnerabile de tineri care pot fi mai expuși riscului de a dezvolta probleme legate de consumul de droguri. Rapoartele specialiștilor indică o creștere generală a disponibilității intervențiilor care se adresează unor grupuri vulnerabile în Europa, în special creșterea numărului de activități care implică elevii cu probleme sociale și școlare. Școlile reprezintă, de asemenea, un context important pentru desfășurarea activităților de prevenire menționate, inclusiv adoptarea unor abordări axate pe identificarea din timp a elevilor cu probleme comportamentale și legate de droguri.

Intervenții în spațiile recreative de petrecere a vieții de noapte: necesitatea unei abordări integrate

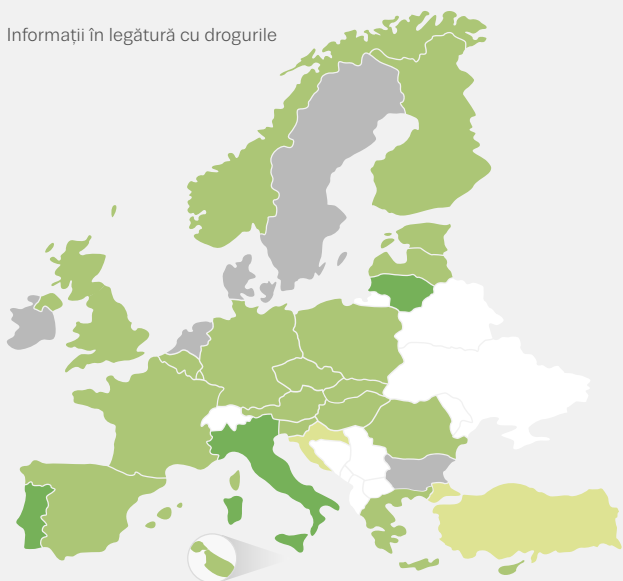
Consumul de droguri ilegale, în special de droguri stimulente, este asociat cu contextul vieții de noapte, iar tinerii care participă la anumite tipuri de evenimente pot adopta tipare de consum de droguri și alcool care îi pot expune unui risc sporit de a se confrunta cu probleme de sănătate, accidente sau vătămări. O inițiativă europeană, Healthy Nightlife Toolbox („Trusa pentru o viață de noapte sănătoasă”), subliniază importanța garantării că în spațiile recreative există o serie cuprinzătoare de măsuri de abordare a acestor riscuri; abordarea recomandată include prevenirea, reducerea riscurilor asociate, reglementarea și intervențiile de aplicare a legii.

Adoptarea unor strategii de prevenire și reducere a riscurilor asociate în spațiile recreative este raportată

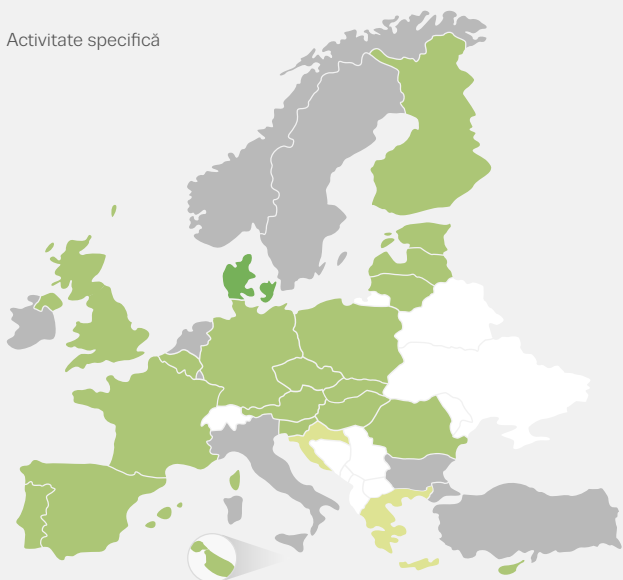
FIGURA 3.2

Disponibilitatea intervențiilor specifice în contextul vieții de noapte (clasificări realizate de experți, 2011)

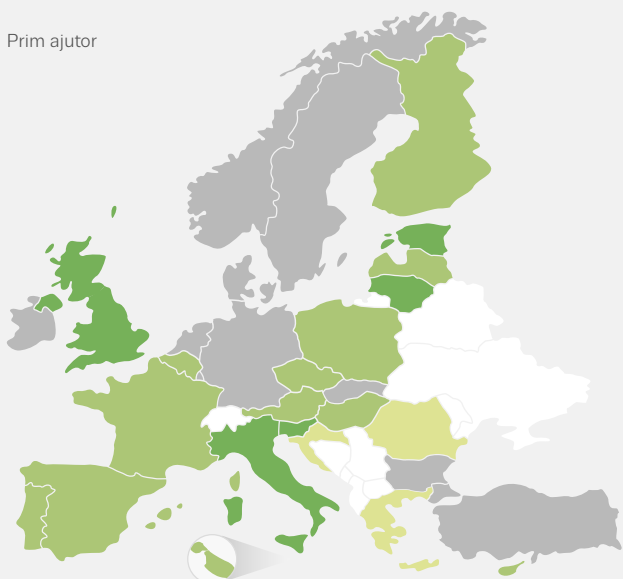
Informații în legătură cu drogurile



Activitate specifică



Prim ajutor



Complete/extinse Limitate/rare Nedisponibile
Nu există date

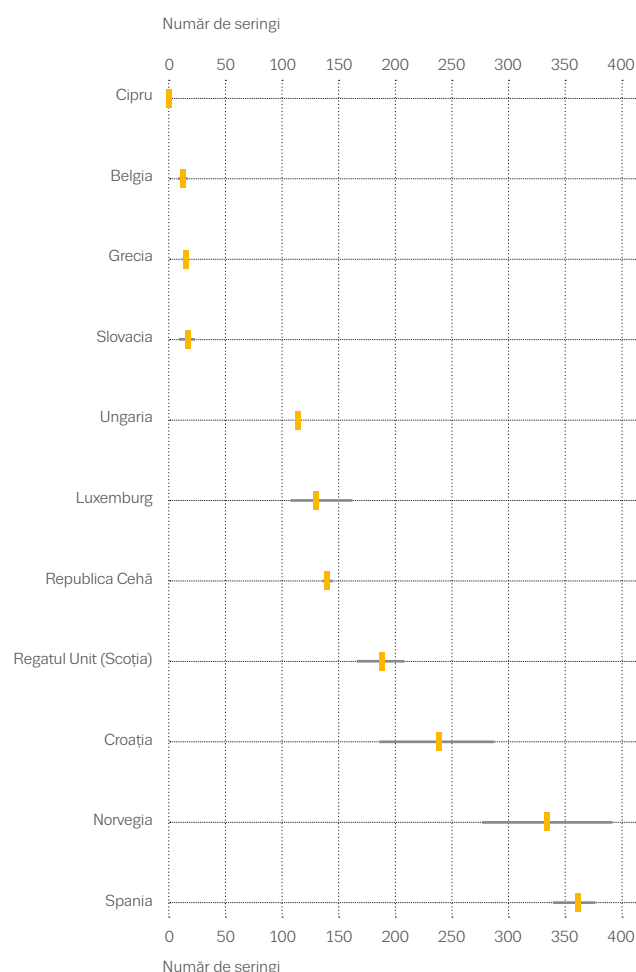
numai de aproximativ o treime dintre țări. Unele dintre aceste strategii se adresează persoanelor, prin distribuirea de broșuri informative, intervenții educaționale de tip peer education (de la egali la egali) și utilizarea de echipe mobile. Alte strategii se axează pe prevenirea de proximitate: de exemplu, reglementarea și autorizarea locurilor în care se vinde alcool, promovarea consumului responsabil de alcool, punerea în aplicare a unor inițiative de gestionare a unui număr mare de persoane și asigurarea accesului gratuit la apă și transport în siguranță în timpul nopții. Astfel de măsuri sunt susținute de site-urile club-health.eu și „quality nights” pentru petreceri sigure, promovate de proiectul european „Party+”. O examinare a disponibilității a trei tipuri de intervenții în spațiile recreative destinate vieții de noapte, respectiv oferirea de materiale informative, activități specifice de tip *outreach* și de prim ajutor, sugerează însă că în majoritatea țărilor activitățile din acest domeniu sunt încă limitate (Figura 3.2).

Prevenirea bolilor infecțioase: tratamentul pentru hepatita C necesită mai multă atenție

Consumatorii de droguri, în special consumatorii de droguri injectabile sunt expuși riscului de contractare a unor boli infecțioase prin folosirea în comun a materialelor utilizate pentru consumul de droguri și prin contactele sexuale neprotejate. Prevenirea transmiterii HIV, a hepatitei virale și altor infecții este, prin urmare, un obiectiv important al politicilor europene privind drogurile. În ceea ce îi privește pe consumatorii de opiacee prin injectare, eficacitatea tratamentului de substituție în acest domeniu a fost demonstrată în mai multe analize recente și pare să crească atunci când acesta este combinat cu programele de schimb de seringi.

FIGURA 3.3

Numărul seringilor oferite în cadrul programelor specializate pentru un consumator de droguri prin injectare (estimare)



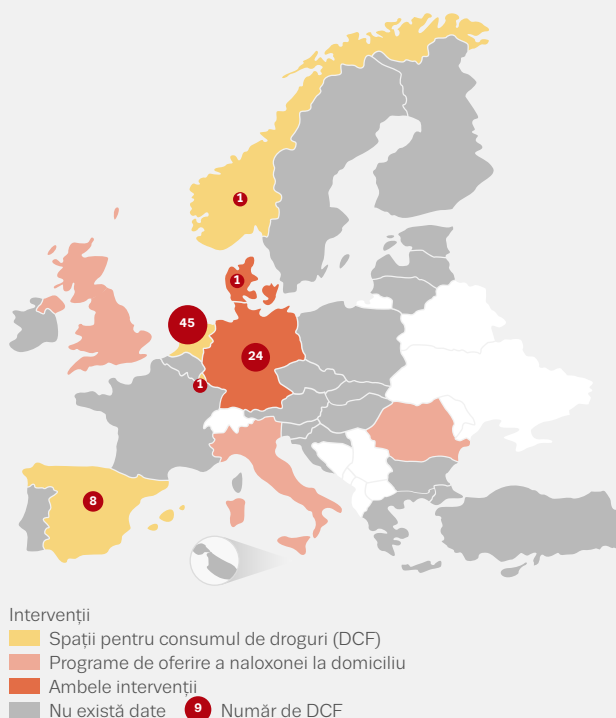
NB: Date afișate ca estimări punctuale și intervale de incertitudine.

Numărul seringilor distribuite în cadrul unor programe specializate a crescut de la 34,2 milioane în 2005 la 46,3 milioane în 2011 în cele 23 de țări care furnizează date naționale pentru ambii ani. În 11 țări pentru care sunt disponibile estimări recente ale numărului de consumatori de droguri injectabile, în cadrul programelor specializate, s-au distribuit în medie 127 de seringi pentru un consumator de droguri prin injectare, în 2011, variind între mai puțin de 50 și peste 300 de seringi pentru un consumator (Figura 3.3).

Există un vaccin sigur și eficient pentru prevenirea răspândirii virusului hepatitei B (HBV), iar 25 de țări europene l-au inclus în programele naționale de vaccinare. Șaisprezece țări raportează, de asemenea, programe de vaccinare împotriva HBV, destinate consumatorilor de droguri prin injectare. În ceea ce privește hepatita C, împotriva căreia nu există un vaccin, se aplică măsuri de prevenire similare celor privind transmiterea HIV. Totuși, în unele țări europene, inițiativele vizând testarea și consilierea consumatorilor de droguri prin injectare cu privire la hepatita C rămân limitate și subfinanțate. Studiile

FIGURA 3.4

Țări în care există programe de furnizare a naloxonei la domiciliu și spații pentru consumul supravegheat de droguri în Europa



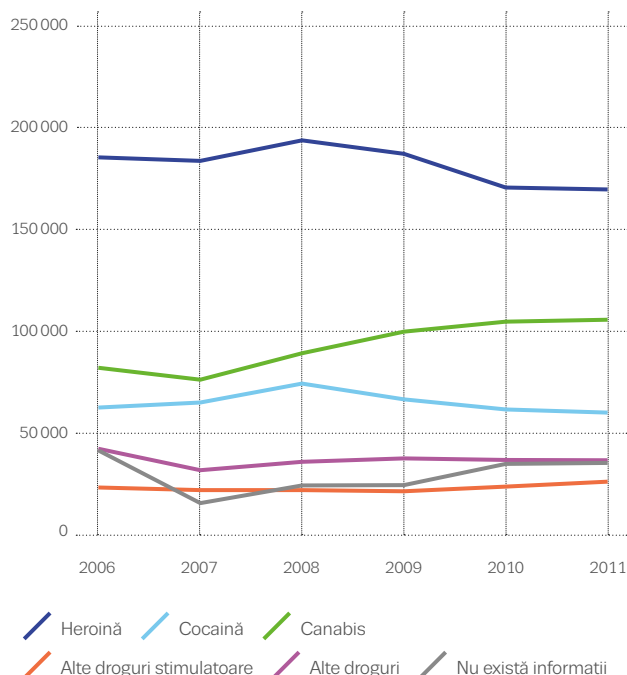
de modelare statistică sugerează, de asemenea, că oferirea unui tratament antiviral pentru hepatita C pentru consumatorii infectați poate reduce transmiterea virusului. În pofida acestui fapt și a creșterii numărului de dovezi în sprijinul eficienței acestuia în cazul consumatorilor de droguri prin injectare, un număr relativ mic dintre consumatori beneficiază de tratament antiviral pentru hepatita C în Europa.

Prevenirea deceselor asociate consumului de droguri: o provocare majoră pentru politicile de sănătate publică

Reducerea numărului de supradoze de droguri și a altor decese asociate consumului de droguri rămâne o provocare majoră pentru politicile de sănătate publică în Europa. Admiterea la tratament ca urmare a consumului de droguri, în special a unui tratament de substituție pentru opiacee, reduce în mod semnificativ riscul mortalității în rândul consumatorilor de droguri, iar îmbunătățirea accesului la tratament și menținerea în tratament pot fi considerate măsuri importante pentru prevenirea supradozelor. Se cunoaște însă că riscurile de supradoză cresc în cazul consumatorilor de opiacee la eliberarea din închisoare și la renunțarea la anumite forme de tratament, probabil din cauza nivelurilor reduse de toleranță. O abordare inovatoare în legătură cu aceste riscuri este asigurarea unei disponibilități mai mari a naloxonei, drog antagonist al opiaceelor. Cinci țări raportează proiecte

FIGURA 3.5

Numărul consumatorilor care beneficiază de servicii de tratament specializat pentru dependența de droguri, pentru fiecare drog principal



sau programe pilot care oferă naloxonă consumatorilor de opiacee, membrilor familiilor acestora și aparținătorilor (Figura 3.4). În Regatul Unit, un studiu a arătat că, dacă beneficiază de o formare minimă, personalul medical, inclusiv cel care se ocupă de consumatorii de droguri, poate să își îmbunătățească cunoștințele, competențele și nivelul de încredere în vederea tratării supradozelor de opiacee și administrării de naloxonă.

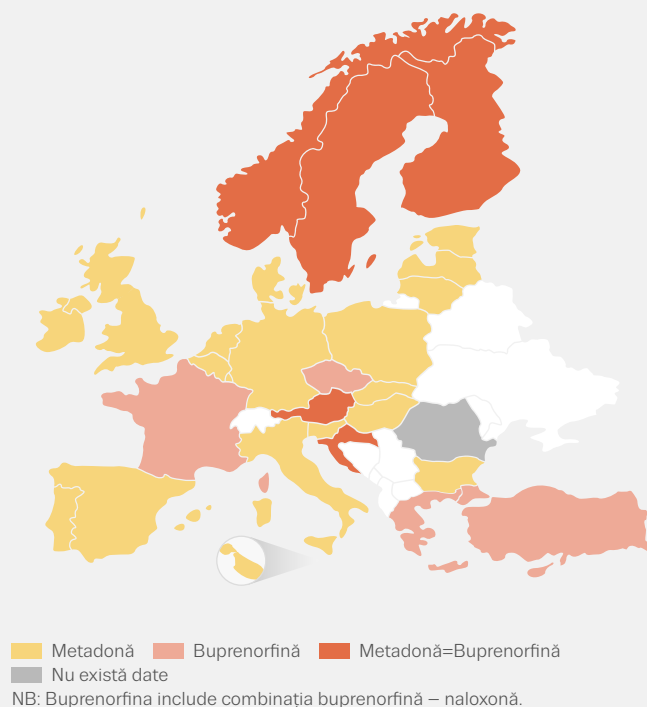
Majoritatea țărilor raportează distribuirea de informații referitoare la riscul de supradoză pentru consumatorii problematici de droguri. Evaluarea riscurilor de supradoză de către asistenții medicali generaliști sau specializați în consumul de droguri poate contribui la identificarea în timp util a persoanelor expuse unor riscuri mari, iar spațiile pentru consumul supravegheat de droguri pot atrage grupurile de consumatori de droguri marginalizați. Astfel de dotări există în șase țări și pot contribui la prevenirea deceselor prin supradoză și la reducerea impactului supradozelor non-letale.

Peste un milion de europeni se află în tratament pentru consumul de droguri

Se estimează că cel puțin 1,2 milioane de persoane au primit tratament pentru consumul de droguri ilegale în Europa în cursul anului 2011. Consumatorii de opiacee reprezintă cel mai mare grup aflat în curs de tratament, iar

FIGURA 3.6

Distribuția medicamentelor de substituție pentru opiacee în funcție de numărul de pacienți



datele referitoare la persoanele recent admise la tratament (Figura 3.5) sugerează faptul că utilizatorii de cannabis și cocaină formează probabil grupurile situate pe locurile doi și trei ca mărime, deși există diferențe notabile de la o țară la alta.

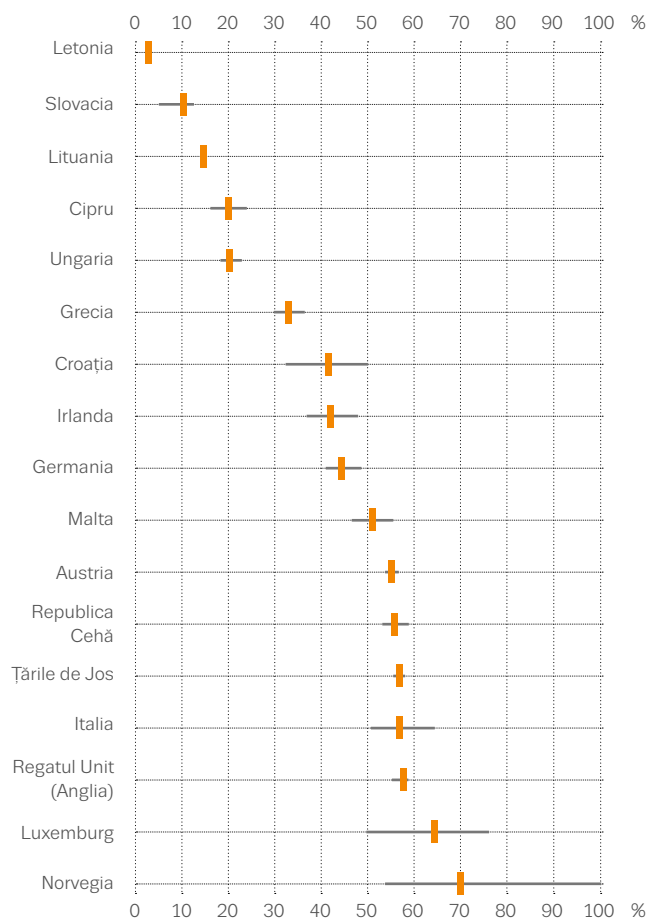
Intervențiile psihosociale, substituția pentru opiacee și dezintoxicarea reprezintă principalele modalități de tratament pentru dependența de droguri în Europa, iar majoritatea tratamentelor sunt furnizate în ambulatoriu, precum centre specializate, cabinete medicale ale medicilor generaliști și programe de tip *low-threshold*. O parte semnificativă a tratamentului pentru consumul de droguri, deși diminuată ca și proporție, este asigurată, de asemenea, în unități spitalicești.

Consumatori de opiacee: tratamentul de substituție reprezintă prima alegere

Cel mai frecvent tratament pentru dependența de opiacee în Europa este tratamentul de substituție, combinat de regulă cu asistența psihosocială și oferit în centre ambulatorii specializate sau de către medicii generaliști. Metadona este medicamentul prescris cel mai frecvent, primit de până la trei sferturi dintre consumatori, în timp ce buprenorfina este prescrisă celor mai mulți dintre consumatorii rămași și este principalul medicament de substituție în cinci țări (Figura 3.6). Mai puțin de 5% din

FIGURA 3.7

Procentul de consumatori problematici de opiacee aflați în tratament de substituție (estimare)



NB: Date afișate ca estimări punctuale și intervale de incertitudine.

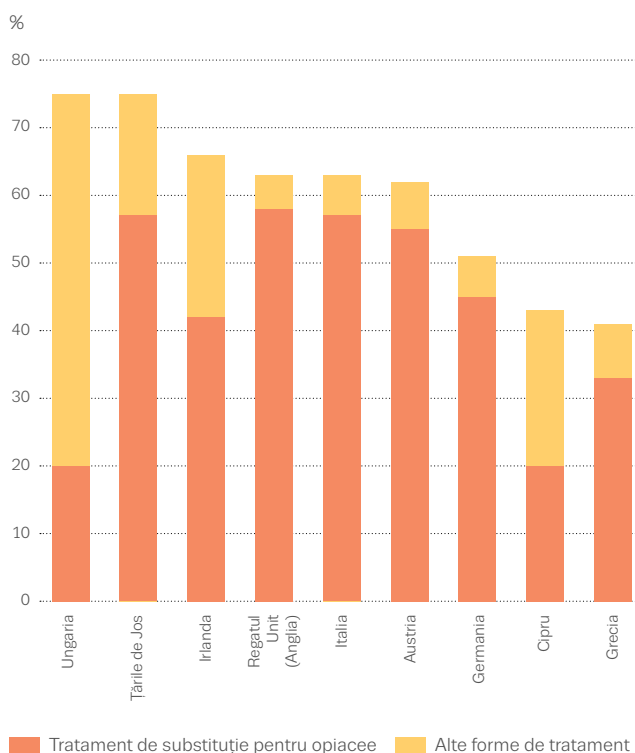
numărul total de tratamente de substituție în Europa se bazează pe prescrierea altor substanțe, precum morfina cu eliberare lentă sau diacetilmorfina (heroina).

Datele disponibile vin în sprijinul tratamentului de substituție pentru opiacee, în combinație cu asistența psihosocială, pentru pacienții menținuți în tratament, precum și cu reducerea consumului ilicit de opiacee, a riscurilor asociate consumului de droguri și a mortalității asociate consumului de droguri. S-a demonstrat că metadona, buprenorfina și diacetilmorfina sunt eficiente în ceea ce privește întreruperea ciclului intoxicație-sevraj, ajutând prin aceasta pacienții să se stabilizeze și să urmeze alte tipuri de intervenții (tratament pentru HIV/SIDA și hepatită, de exemplu). S-a demonstrat, de asemenea, că tratamentul de substituție îmbunătățește calitatea vieții și facilitează reintegrarea socială.

Numărul total de consumatori de opiacee care urmează un tratament de substituție în Europa este estimat la 730 000 în 2011, în creștere de la 650 000 în 2008. Această cifră reprezintă probabil 50% din numărul consumatorilor problematici de opiacee din Europa, o rată de acoperire

FIGURA 3.8

Procentul de consumatori problematici de opiacee care primesc tratament pentru consumul de droguri (estimare)



Tratament de substituție pentru opiacee Alte forme de tratament

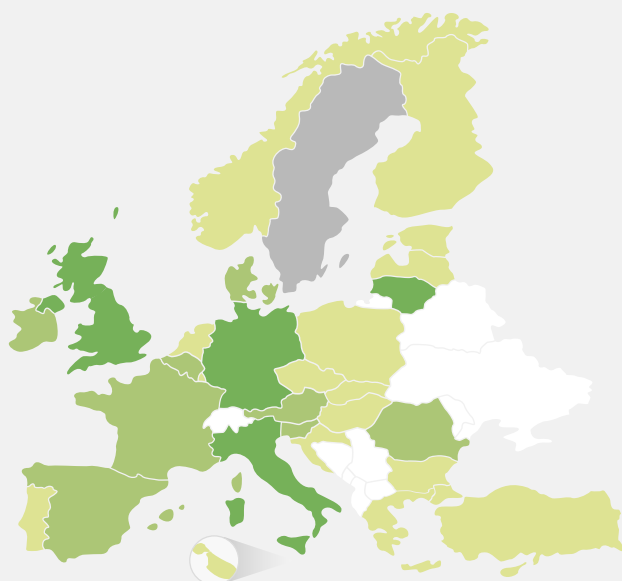
estimată comparabilă cu cele raportate pentru Australia și Statele Unite. În Europa, însă, există mari diferențe naționale în ratele de acoperire, cele mai scăzute rate estimate (3-20%) fiind raportate în Letonia, Slovacia și Lituania (Figura 3.7). Perioade mari de așteptare între o lună și șase luni au fost raportate în cinci țări, iar perioade de așteptare mai mari de șase luni au fost raportate în Bulgaria și Grecia. Cu toate acestea, în urma epidemiilor de HIV în rândul consumatorilor de heroină prin injectare din 2010, Grecia a extins recent oferirea tratamentului de substituție, iar perioadele de așteptare au fost reduse.

Alte tratamente pentru consumatorii de opiacee: disponibile în toate țările

Tratamentul fără medicația de substituție este oferit consumatorilor de opiacee din toate țările europene. Acesta poate fi administrat în centre ambulatorii și rezidențiale și include intervenții psihosociale, precum terapie cognitiv-comportamentală, comunități terapeutice și alte abordări. Tratamentul este uneori precedat de un program de dezintoxicare, care oferă de asistență medicamentoasă în vederea gestionării simptomelor de sevraj fizic. Intervențiile cognitiv-comportamentale au indicat o anumită eficiență în cazul consumatorilor de opiacee, însă dovezile nu sunt suficient de clare pentru a permite identificarea celei mai eficiente intervenții. Nu există dovezi concludente cu privire la eficiența unor comunități terapeutice.

FIGURA 3.9

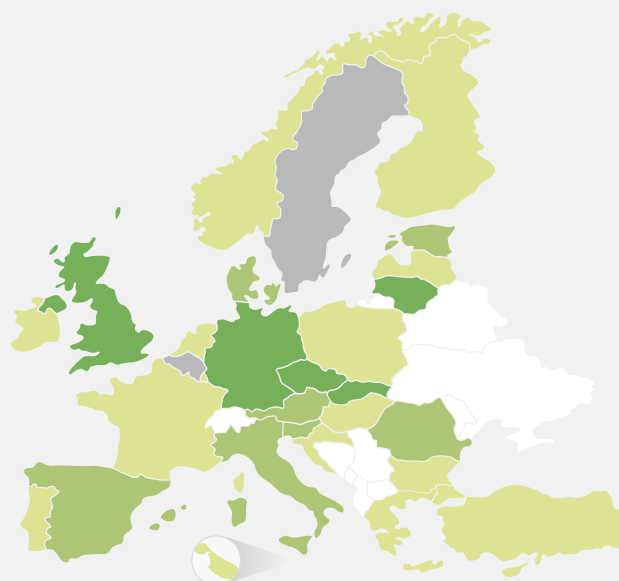
Disponibilitatea unor programe de tratament specific pentru consumatorii de cocaină (clasificări realizate de experți, 2011)



Complete/extinse Limitate/rare Nedisponibile
Nu există date

FIGURA 3.10

Disponibilitatea unor programe de tratament specific pentru consumatorii de amfetamine (clasificări realizate de experți, 2011)



Complete/extinse Limitate/rare Nedisponibile
Nu există date

Aria de acoperire a altor abordări, altele decât tratamentul de substituție variază de la 5% la peste 50% din numărul total de consumatori de opiacee din nouă țări care au furnizat date satisfăcătoare (Figura 3.8). În aceste țări ratele de acoperire a tuturor tipurilor de tratamente pentru consumatorii problematici de opiacee depășesc 40%.

Tratament pentru consumatorii de cocaină: există programe specifice

Principalele opțiuni de tratament pentru dependența de cocaină constau în intervenții psihosociale, cu gestionarea situațiilor de urgență ce pare a fi intervenția cea mai eficientă. În termeni de medicație, agoniștii dopaminergici și medicamentele antipsihotice se pot dovedi eficienți în ceea ce privește reducerea consumului de cocaină.

Deși persoanele dependente de cocaină pot fi incluse în cadrul serviciilor de tratament general, există programe specializate pentru consumatorii de cocaină sau cocaină crack în 12 țări (Figura 3.9), inclusiv în țările cu cele mai mari niveluri ale consumului de cocaină. În unele țări, astfel de programe vizează consumatorii de cocaină integrați social, care pot avea rețineri în a apela la alte servicii. În Danemarca și Austria, tratamentul pentru consumatorii de cocaină este oferit, de asemenea, în cadrul unor programe destinate policonsumului. Bulgaria, Malta și Țările de Jos raportează existența unor planuri de

oferire a unor programe de tratament specific în viitorul apropiat. Ghiduri specifice pentru tratarea consumatorilor de cocaină au fost elaborate în Danemarca, Germania și Regatul Unit.

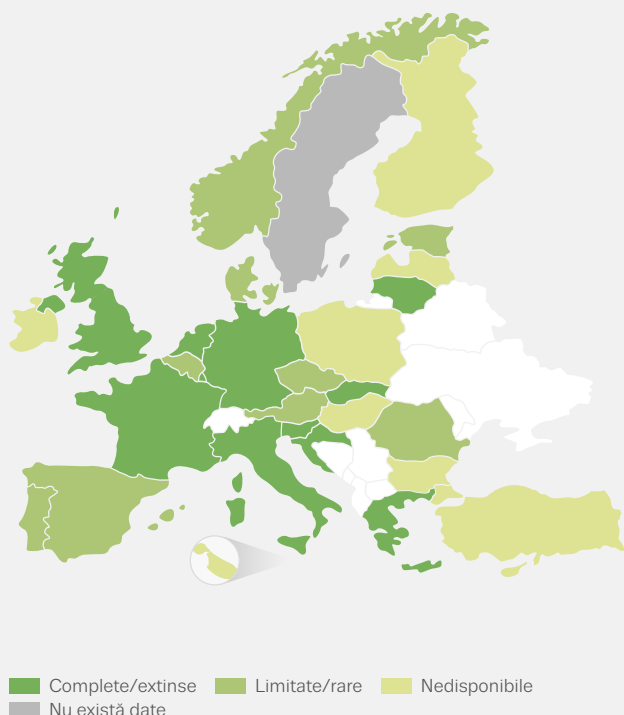
Tratamentul în cazul consumului de amfetamine: diferențe geografice

Intervențiile psihosociale furnizate în cadrul serviciilor pentru consumatorii de droguri în ambulatoriu reprezintă opțiunile principale de tratament pentru consumatorii de amfetamine. Atât terapia cognitiv-comportamentală, cât și gestionarea situațiilor de urgență, uneori în combinație, par a fi asociate cu rezultate pozitive. S-a observat că unele medicamente tratează dependența de amfetamină și metamphetamine, însă mai sunt necesare dovezi clare pentru un tratament medicamentos.

Opțiunile de tratament disponibile pentru consumatorii de amfetamine în Europa diferă considerabil de la o țară la alta. Programe de tratament adaptate în mod specific sunt disponibile în principal în țările cu un istoric îndelungat în tratarea consumatorilor de amfetamine (Figura 3.10). În plus, Bulgaria și Ungaria raportează existența unor planuri de punere în aplicare a unor programe de tratament specific pentru consumatorii de amfetamină în viitorul apropiat.

FIGURA 3.11

Disponibilitatea unor programe de tratament specific pentru consumatorii de cannabis (clasificări realizate de experți, 2011)



Tratamentul pentru consumul de cannabis: abordări multiple

În Europa, tratamentul pentru consumatorii de cannabis constă într-o gamă largă de abordări, inclusiv tratamentul bazat pe internet, intervenții scurte, terapie multiplă de familie, terapie cognitiv-comportamentală și alte intervenții psihosociale structurate în ambulatoriu sau unități spitalicești. Sistemul de justiție penală, camerele de gardă și de urgență și unitățile de tratament pentru sănătatea mintală reprezintă surse importante de unde pacienții sunt îndrumați către tratament specializat în unele țări. Disponibilitatea studiilor de evaluare a tratamentului pentru consumul de cannabis a crescut în ultimii ani, existând de exemplu o meta-analiză recentă privind terapia multiplă de familie care înregistrează rezultate pozitive în ceea ce privește reducerea consumului de substanțe și continuarea tratamentului. Se întreprind de asemenea cercetări privind medicația care poate sprijini intervențiile psihosociale. De exemplu, s-a demonstrat că rimonabantul, un agonist, are rezultate pozitive în reducerea problemelor fiziologice acute asociate fumatului de cannabis.

În 2011, peste jumătate din țările europene au raportat disponibilitatea unor programe de tratament specific pentru dependența de cannabis (Figura 3.11), iar Bulgaria, Cipru, Ungaria și Polonia intenționează să introducă programe în acest domeniu.

GHB: examinarea opțiunilor de tratament

Dependența de gama-hidroxibutirat (GHB) este o stare clinică recunoscută, cu un sindrom de sevraj cu manifestări grave în urma consumului regulat sau cronic. Până în momentul de față, cercetările s-au axat pe descrierea sindromului respectiv și a complicațiilor aferente, care pot fi dificil de recunoscut în cazurile de urgențe. Până acum, nu au fost concepute protocoale standard pentru tratarea sindromului de sevraj al GHB, deși în Țările de Jos se studiază dezintoxicarea controlată prin utilizarea unor produse medicamentoase care conțin GHB.

Reintegrarea socială: elementul lipsă?

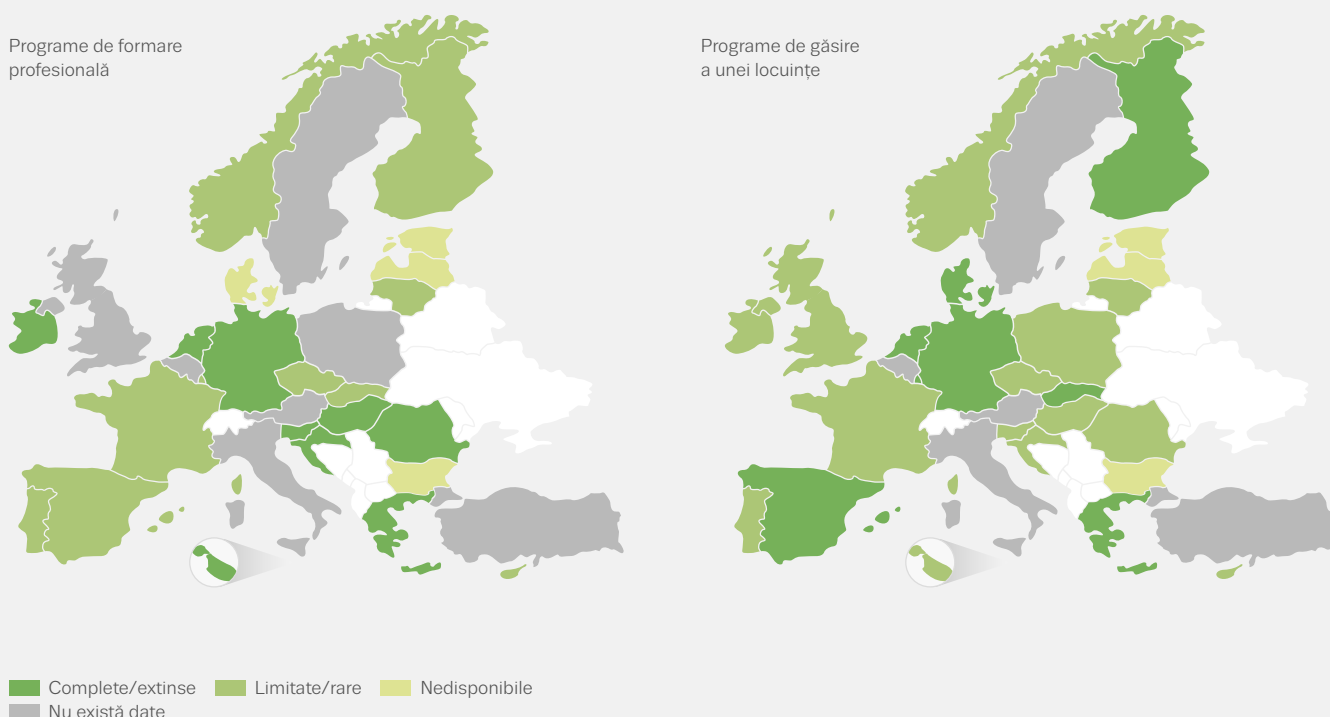
Datele cu privire la consumatorii care au început tratamentul specializat pentru dependența de droguri în 2011 arată că aproximativ o jumătate dintre pacienți erau șomeri (47%) și aproape unul din zece nu avea un domiciliu stabil (9%). Nivelul de studii scăzut este, de asemenea, frecvent în cadrul acestui grup, 36% absolvind doar școala primară, iar 2% neatingând nici măcar acest nivel.

Serviciile de reintegrare socială, care includ îmbunătățirea competențelor sociale, promovarea educației și calităților necesare pentru găsirea unui loc de muncă și satisfacerea nevoilor în materie de locuință pot fi furnizate în timpul sau după finalizarea tratamentului pentru dependența de droguri. Deși majoritatea țărilor raportează existența unor astfel de servicii de reintegrare (Figura 3.12), nivelurile de furnizare sunt în general insuficiente în raport cu nevoile. În plus, accesul la servicii este deseori condiționat, de exemplu, poate depinde de absența drogurilor din organism sau de un domiciliu stabil, iar acest lucru poate exclude persoanele care au cea mai mare nevoie de sprijin.

Succesul măsurilor de reintegrare socială se bazează adesea pe colaborarea eficientă între diverse tipuri de servicii de asistență. Acest subiect a fost abordat într-un sondaj recent al EMCDDA, în cadrul căruia 17 din 28 de țări au raportat existența unor forme de acorduri de parteneriat între agențiile care oferă tratament pentru consumul de droguri și serviciile care oferă sprijin în domenii precum găsirea unei locuințe și încadrarea în muncă.

FIGURA 3.12

Disponibilitatea programelor de reintegrare socială pentru consumatorii de droguri aflați în tratament (clasificări realizate de experți, 2010)



Servicii pentru deținuți: încă nedezvoltate

Deținuții raportează rate mai mari ale consumului de droguri decât populația generală și tipare de consum mai dăunătoare, așa cum arată studiile recente, potrivit cărora între 5% și 31% dintre deținuți au consumat droguri prin injectare. La intrarea în închisoare, majoritatea consumatorilor reduc consumul sau nu mai consumă deloc droguri. Drogurile ilegale pătrund însă în multe închisori, iar unii deținuți continuă sau încep să consume droguri în timpul detenției.

Având în vedere că deținuții care au probleme cu drogurile au deseori nevoi medicale multiple și complexe, care pot necesita contribuția multidisciplinară și specializată a serviciilor medicale, evaluarea nevoilor la intrarea în închisoare reprezintă o intervenție importantă. Majoritatea țărilor dispun în prezent de parteneriate între agenții, între serviciile medicale ale închisorii și furnizorii din cadrul comunității, pentru oferirea educației pentru sănătate și a intervențiilor de tratament în închisoare, precum și pentru a asigura continuitatea asistenței de la intrarea până la eliberarea din închisoare. Șapte țări europene au stabilit că serviciile medicale în închisoare reprezintă responsabilitatea ministerelor sănătății. În general, însă, furnizarea serviciilor pentru consumul de droguri în închisori este încă insuficientă în raport cu cea care este disponibilă comunității mai largi, în pofida angajamentului

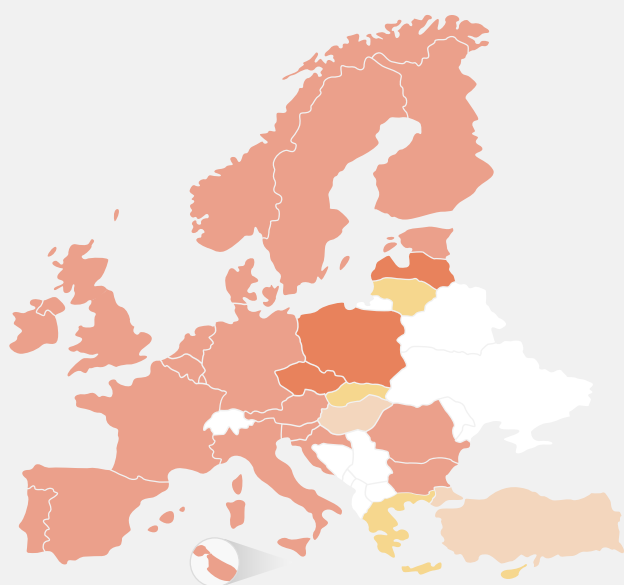
general în ceea ce privește respectarea principiului egalității de șanse la tratament.

Serviciile pentru consumul de droguri oferite în închisorile europene cuprind o serie de intervenții, printre care oferirea de informații, consiliere și tratament, măsuri de reducere a riscurilor asociate și pregătirea pentru eliberare. Examinarea pentru detectarea infecțiilor, în principal cu HIV, este asigurată în mod frecvent la intrarea în închisoare și, în unele țări, la eliberarea din închisoare. Examinarea pentru detectarea HCV nu este totuși întotdeauna inclusă în programele de analize existente. Furnizarea unui echipament de injectare curat în închisoare este rară, numai patru țări raportând disponibilitatea seringilor în cel puțin o închisoare.



FIGURA 3.13

Disponibilitatea tratamentului de substituție pentru opiacee în închisori



Atât continuarea, cât și începerea tratamentului
 Numai continuarea tratamentului
 Niciun caz raportat
 Nedisponibil

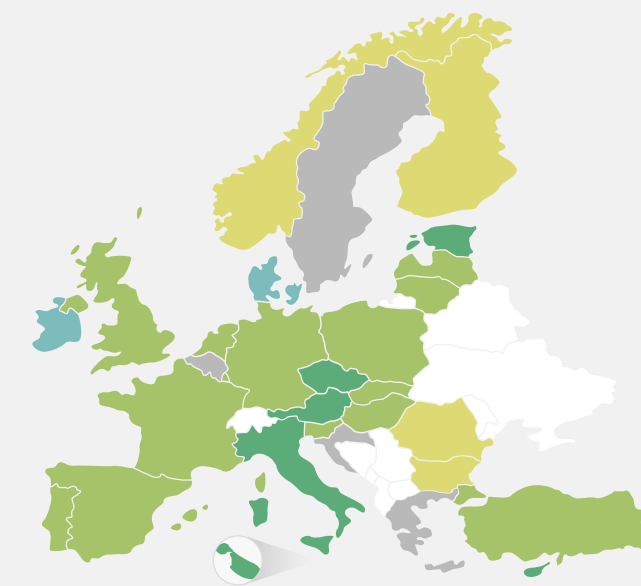
Tratamentul de substituție pentru opiacee există acum în închisori în majoritatea țărilor, însă introducerea sa a avut loc mai lent decât în cadrul comunității. O estimare recentă sugerează că cel puțin 74 000 de deținuți au primit acest tratament în cursul anului, deși nivelurile de furnizare diferă considerabil de la o țară la alta. Pot exista, de asemenea, restricții, de exemplu, unele țări furnizează tratament de substituție numai deținuților care au beneficiat deja de un astfel de tratament înainte de încarcerare (Figura 3.13).

Reducerea ofertei de droguri: trecerea dincolo de echipele antidrog

Deși există, de regulă, dovezi privind intervențiile de reducere a cererii, colectarea de date sistematice privind activitățile de reducere a ofertei sunt mult mai rare, în pofida faptului că astfel de activități consumă deseori cea mai mare parte din bugetul național alocat drogurilor. Aplicarea legislației privind drogurile reprezintă o componentă esențială a reducerii ofertei, iar EMCDDA a inițiat recent un proiect pilot în vederea îmbunătățirii descrierii și înțelegerii organizării activităților în acest domeniu. Un punct de plecare pentru acesta a fost cartografierea organismelor de aplicare a legii înființate oficial, care au drept misiune principală detectarea și investigarea încălcărilor legislației privind drogurile. Acestea sunt de două tipuri principale: „brigăzi antidrog”

FIGURA 3.14

Tipuri de organizații specializate de aplicare a legii în Europa



Brigăzi antidrog speciale
 Unități de combatere a crimei organizate grave
 Ambele
 Altele
 Nu există date

specifice și agenții de combatere a crimei organizate cu mandat specific de reducere a ofertei de droguri.

Cel puțin unul dintre aceste două tipuri de organisme există în 26 de țări, care au raportat un număr total de peste 1 000 de unități cu mandat specific de aplicare a legislației privind drogurile (Figura 3.14). Numărul ofițerilor care aplică legea, specializați în activitatea legată de drogurile ilegale, a fost estimat la un număr de 23 de țări, ca fiind de minimum 17 000 de ofițeri specializați, majoritatea din rândul polițiștilor. Deși cifrele raportate nu sunt întotdeauna direct comparabile, se poate estima că ofițerii specializați reprezintă între 0,2% și 3,3% din numărul total al ofițerilor de aplicare a legii la nivel național.

Majoritatea brigăzilor antidrog și agențiilor de combatere a crimei organizate cu mandat de reducere a ofertei de droguri sunt afiliate forțelor de poliție, deși un mic număr dintre acestea sunt atașate serviciilor vamale. În plus, 11 țări raportează cooperări între agenții, de regulă sub forma unor brigăzi sau unități comune de poliție și vamale, însă incluzând uneori și alte agenții, precum gărzile de coastă sau agențiile de control la frontiere. Acestea însumează însă numai 42 din cele peste 1 000 de organisme identificate.

Deși 21 de țări raportează existența unor brigăzi antidrog dedicate, datele sugerează că, în ansamblu, această

formă de unitate specializată este în scădere în Europa, în favoarea înființării unor agenții mai cuprinzătoare de combatere a criminalității organizate grave. Acest lucru reflectă într-o anumită măsură evoluțiile la nivelul UE, oferta de droguri fiind considerată din ce în ce mai mult una dintre dimensiunile interconectate ale combaterii crimei organizate, atât prin evaluarea amenințărilor legate de criminalitatea organizată gravă realizată de Europol, cât și în cadrul politicii Consiliului European privind criminalitatea internațională organizată și gravă.

Numărul ofițerilor care aplică legea, specializați în activitatea legată de drogurile ilegale, a fost estimat la un număr de 23 de țări, ca fiind de minimum 17 000 de ofițeri specializați

PENTRU INFORMAȚII SUPLIMENTARE

Publicații EMCDDA

2012

Reducerea cererii de droguri: dovezi la nivel mondial pentru acțiuni locale, Drogurile în obiectiv, nr. 23.

Guidelines for the evaluation of drug prevention: a manual for programme planners and evaluators (second edition), Manual.

New heroin-assisted treatment, EMCDDA Insights.

Prisons and drugs in Europe: the problem and responses, Ediție selectată.

Social reintegration and employment: evidence and interventions for drug users in treatment, EMCDDA Insights.

2011

European drug prevention quality standards, Manual.

Guidelines for the treatment of drug dependence: a European perspective, Ediție selectată.

2010

Harm reduction: evidence, impacts and challenges, Monografii EMCDDA.

Treatment and care for older drug users, Ediție selectată.

2009

Internet-based drug treatment interventions, EMCDDA Insights.

2008

A cannabis reader: global issues and local experiences, volumul 2, partea III, Prevenire și tratament, Monografii EMCDDA.

Publicații EMCDDA și ECDC

2011

ECDC and EMCDDA guidance. Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs.

Toate publicațiile sunt disponibile la www.emcdda.europa.eu/publications

4

**Politicile privind controlul drogurilor în Europa
funcționează în contextul general furnizat de sistemul
internațional de control creat pe baza celor trei
convenții ale Organizației Națiunilor Unite**

Politici privind drogurile

În Europa, este responsabilitatea guvernelor și parlamentelor naționale să adopte cadrele juridice, strategice, organizatorice și bugetare necesare pentru soluționarea problemelor legate de droguri, în timp ce legislația UE privind drogurile și strategiile multianuale și planurile de acțiune ale Uniunii Europene oferă un cadru pentru acțiunea coordonată. Aceste elemente formează împreună politicile privind drogurile, care permit țărilor să conceapă și să pună în aplicare intervențiile referitoare la cererea și oferta de droguri examinate în raportul de față.

Monitorizarea politicilor privind drogurile

Dimensiunile esențiale ale politicilor care pot fi monitorizate la nivel european includ legi privind drogurile și infracțiuni legate de încălcarea legislației privind drogurile, strategii naționale privind drogurile și planuri de acțiune, mecanisme de coordonare și evaluare a politicilor, precum și bugete și cheltuieli publice legate de droguri. Datele sunt colectate prin două rețele EMCDDA: punctele naționale focale și corespondenții juridici. Datele și notele metodologice privind infracțiunile de încălcare a legislației cu privire la droguri pot fi consultate în Buletinul statistic, iar informații cuprinzătoare despre Politica și legislația europeană privind drogurile sunt disponibile online.

Legislația antidrog : un cadru comun

Politicile privind controlul drogurilor în Europa funcționează în contextul general furnizat de sistemul internațional de control creat pe baza celor trei convenții ale Organizației Națiunilor Unite. Acest sistem stabilește un cadru pentru controlarea producției, comerțului și posesiei a peste 240 de substanțe psihoactive, majoritatea acestora având o destinație medicală recunoscută. Convențiile obligă fiecare țară să considere furnizarea neautorizată drept infracțiune. Același lucru se aplică posesiei de droguri pentru consum personal, însă, în funcție de principiile constituționale naționale și de conceptele de bază ale sistemului juridic propriu. Această clauză nu a fost interpretată în mod uniform de țările europene și este reflectată în diversele abordări juridice din acest domeniu.

Posesia de droguri pentru consum personal: renunțarea treptată la sentințele cu închisoarea

În majoritatea țărilor europene, posesia de droguri în scopul consumului propriu (și uneori consumul de droguri) constituie infracțiune și se pedepsește cu închisoarea. În unele țări, însă, aceasta poate fi pedepsită numai prin sancțiuni non-penale, precum amenzi sau suspendarea permisului de conducere. Un factor suplimentar îl reprezintă drogul în cauză. În două treimi din țările europene, legislația națională prevede aceeași sancțiune pentru infracțiunea de posesie personală de droguri, indiferent despre ce substanță este vorba. În celelalte țări, sancțiunea posibilă diferă în funcție de substanța implicată.

În general, începând aproximativ din anul 2000, în Europa, s-a manifestat tendința generală de reducere a posibilității încarcerării pentru posesia de droguri în scopul consumului propriu. Unele țări și-au schimbat legislația astfel încât să elimine condamnarea la închisoare (de exemplu, Portugalia, Slovenia, Bulgaria și, mai recent, Croația), în timp ce altele au emis directive naționale destinate poliției sau organelor de urmărire penală privind aplicarea altor sancțiuni decât condamnarea la închisoare. Abordarea adoptată de Portugalia a atras o atenție internațională deosebită. Măsurile introduse în 2001 au redus accentul pus pe pedeapsă, direcționând consumatorii direcți de droguri spre o rețea de „comisii pentru încurajarea renunțării la droguri”, administrate de Ministerul Sănătății.

În cele mai multe țări europene, majoritatea rapoartelor privind infracțiunile de încălcare a legii privind drogurile se referă la consumul de droguri sau la posesia de droguri

pentru consum personal în scopul consumului; în general, în Europa, acestea au ajuns în total la un milion în 2011, ceea ce înseamnă o creștere cu 15% în comparație cu 2006. Peste trei sferturi din aceste infracțiuni au legătură cu cannabisul (Figura 4.1).

Practicile în ceea ce privește sentințele clarifică într-o anumită măsură punerea în aplicare și rezultatele efective privind infracțiunile legate de consumul de droguri sau posesia personală de droguri în Europa. În 2009, datele colectate de EMCDDA au indicat că multe țări aplică amenzi, avertismente sau ordine de muncă în folosul comunității, deși unele țări din estul Europei, precum Bulgaria, Polonia, România, Slovacia și Croația apelează mai degrabă la pedepse cu suspendare.

Oferta de droguri: variații în privința sancțiunilor

Oferirea de droguri ilegale este considerată întotdeauna o infracțiune în Europa, însă sancțiunile maxime posibile diferă considerabil. În unele țări, o infracțiune legată de ofertă poate fi sancționată în limitele unei singure categorii extinse de sancțiuni (mergând până la închisoarea pe viață). Alte țări fac diferența între infracțiuni minore și majore legate de furnizarea de droguri, în funcție de factori precum cantitatea de droguri găsite, aplicând sancțiuni maxime corespunzătoare. O altă abordare, adoptată în 14 dintre cele 30 de țări examinate în prezentul document, este diferențierea sancțiunilor în funcție de drogul implicat (Figura 4.2).

Rapoartele privind infracțiunile legate de oferta drogurilor au crescut cu un sfert din anul 2006, ajungând la peste 225 000 cazuri în 2011. În ceea ce privește infracțiunile

FIGURA 4.1

Infracțiuni raportate legate de consumul de droguri sau posesia de droguri în scopul consumului în Europa, tendințe și defalcare pe tipuri de drog (droguri principale)

Indice (2006=100)

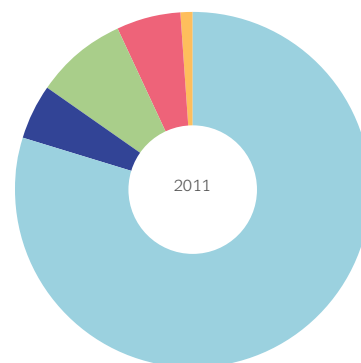
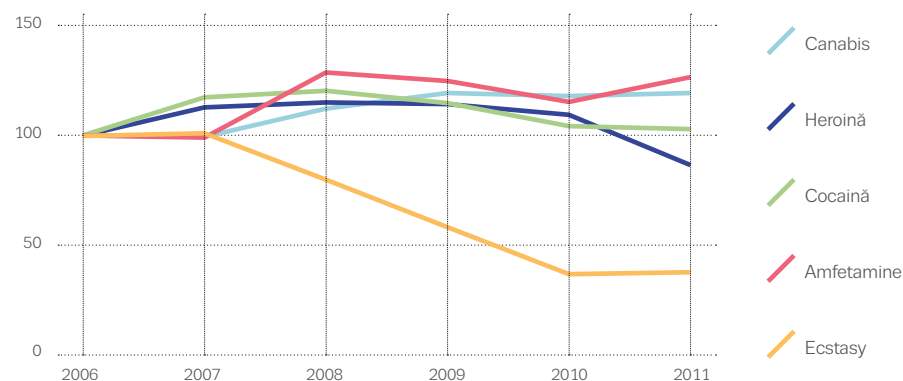


FIGURA 4.2

Sanctiuni pentru infracțiunile la regimul drogurilor: diferențiere în funcție de drog

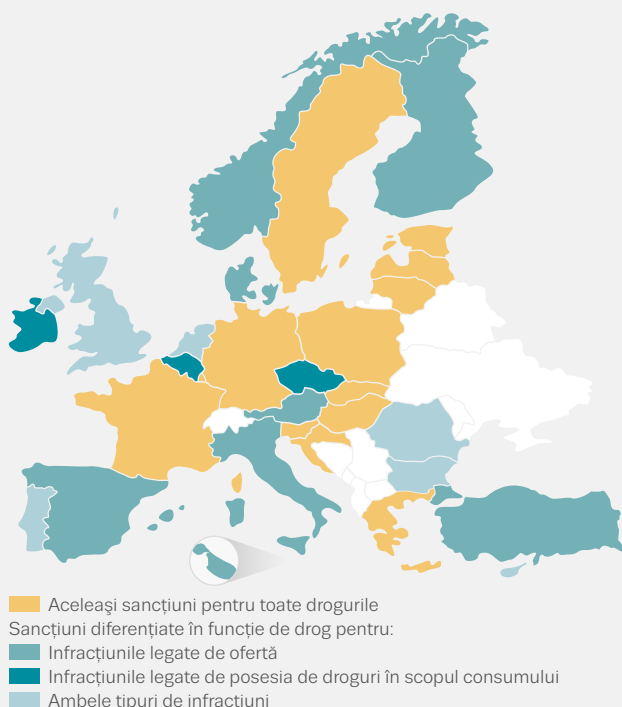
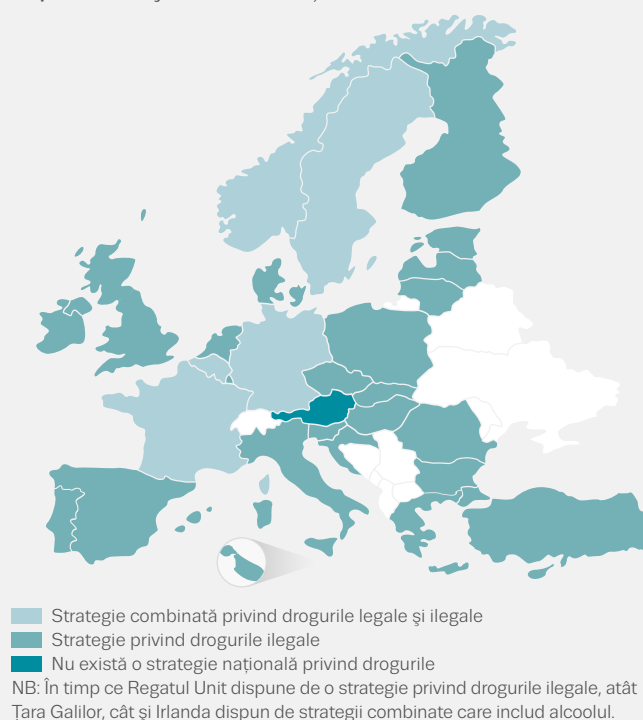


FIGURA 4.4

Strategii și planuri de acțiune naționale privind drogurile, disponibilitate și domeniu de acțiune



referitoare la posesia de droguri, cannabisul a făcut obiectul majorității infracțiunilor raportate. Cocaina, heroina și amfetaminele au avut o pondere mai mare în cazul infracțiunilor legate de ofertă comparativ cu infracțiunile legate de posesia de droguri în scopul consumului (Figura 4.3).

Statisticile referitoare la condamnări cu pedeapsa închisorii în cazul unui număr selectat de țări începând din anul 2009 arată că pentru o infracțiune legată de ofertă era mai

probabilă condamnarea la închisoare decât aplicarea unei sancțiuni legată de posesia de droguri în scopul consumului propriu. Cu toate acestea, sentințele maxime s-au aplicat rar sau nu s-au aplicat deloc, în timp ce, în medie, sentințele de condamnare la închisoare au fost scurte și deseori cu suspendare, fapt ce sugerează că numai un număr mic de infractori au fost considerați traficanți. Rezultatele au arătat, de asemenea, că sentințele au variat în medie în funcție de tipul de drog, chiar și în țările în care drogurile au același statut în temeiul legii.

FIGURA 4.3

Infracțiuni raportate legate de oferta de droguri în Europa, tendințe și defalcare în funcție de drog (droguri principale)

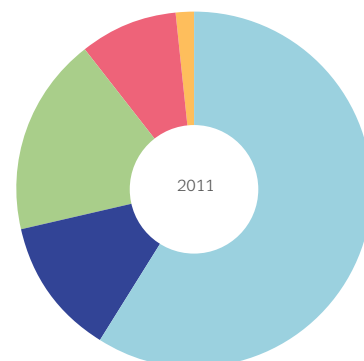
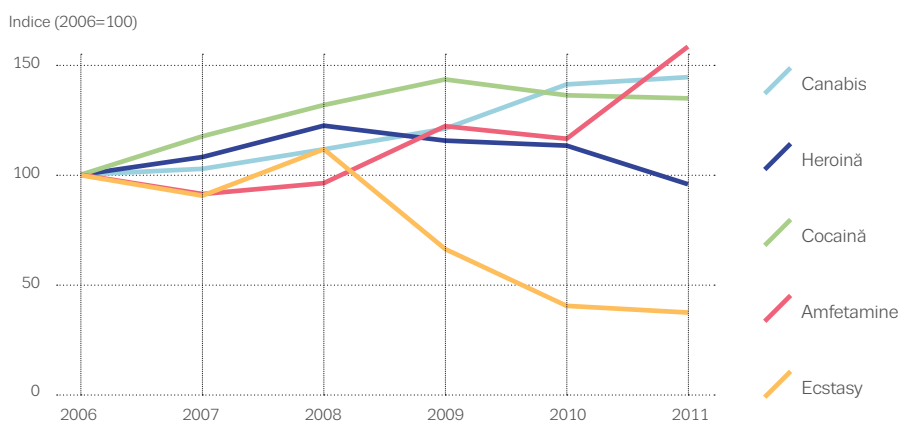
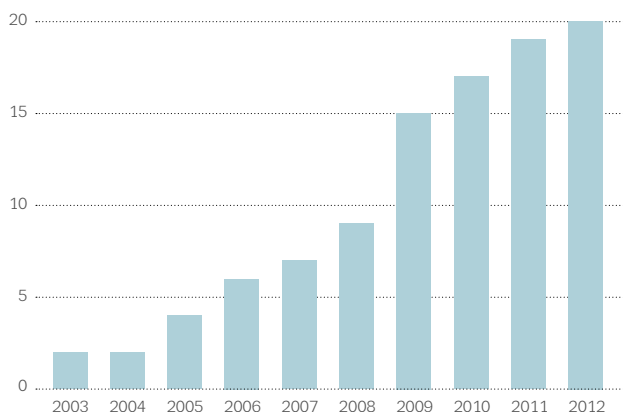


FIGURA 4.5

Numărul cumulat al țărilor care dispun de o strategie națională antidrog evaluată



Strategii naționale antidrog: un standard european

De la sfârșitul anilor 1990, a devenit o practică uzuală pentru guvernele naționale din Europa să adopte strategii și planuri de acțiune privind drogurile. Aceste documente cu limite de timp conțin o serie de principii, obiective și priorități generale, specificând măsurile și părțile responsabile cu punerea în aplicare a acestora. În prezent, toate țările dispun de o strategie națională sau un plan de acțiune privind drogurile, cu excepția Austriei care dispune de astfel de planuri la nivel de provincii. Cinci țări au adoptat strategii naționale și planuri de acțiune care acoperă atât drogurile legale, cât și pe cele ilegale (Figura 4.4).

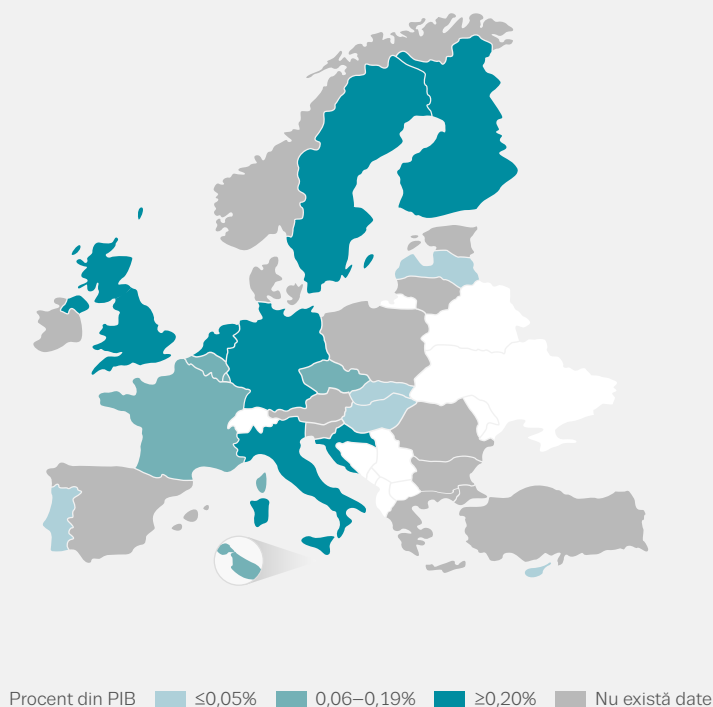
Susținerea strategiilor privind drogurile: mecanisme de coordonare și evaluare

Pe lângă elaborarea unor strategii naționale privind drogurile, țările au creat și mecanisme de coordonare a punerii în aplicare a politicii lor privind drogurile. La nivel național, majoritatea țărilor dispun în prezent de un comitet interministerial pentru droguri, la care se adaugă un organ național de coordonare privind drogurile, responsabil cu gestionarea activităților de zi cu zi. În 14 țări, acesta funcționează pe lângă ministerul sănătății, în timp ce în celelalte țări, acesta funcționează pe lângă guvern sau pe lângă cabinetul prim-ministrului, pe lângă ministerul de interne sau alte ministere. Douăzeci și două de țări raportează, de asemenea, că dispun de un coordonator național în materie de droguri, desemnat oficial, care este în foarte multe cazuri conducătorul organului național de coordonare. Coordonatorii naționali se reunesc la nivelul UE.

La nivel regional sau local, există agenții de coordonare în materie de droguri, coordonatori în materie de droguri

FIGURA 4.6

Cele mai recente estimări ale cheltuielilor publice legate de droguri (% din PIB)



sau ambele, în majoritatea țărilor. În plus, în unele țări, în special în cele cu o structură federală, organisme de coordonare verticală promovează cooperarea între nivelul național și cel local. În alte țări, coordonarea la nivel regional sau local este supravegheată de multe ori de organisme naționale.

În ultimii ani, atât Uniunea Europeană, cât și un număr din ce în ce mai mare de țări au realizat o evaluare finală a strategiei sau a planului de acțiune privind drogurile (Figura 4.5). Scopul este în general evaluarea stadiului punerii în aplicare, precum și a schimbărilor situației drogurilor în ansamblu, în vederea oferirii informațiilor necesare pentru elaborarea viitoarei strategii. În Europa, majoritatea evaluărilor sunt interne, realizate de agenția sau instituția responsabilă cu planul, însă din ce în ce mai multe țări au comandat evaluări comune sau externe. În prezent, majoritatea țărilor europene au planuri de realizare a unei evaluări finale a strategiei existente privind drogurile.

Evaluarea economică: necesitatea unor date mai exacte

Evaluarea economică, prin examinarea costurilor și avantajelor comparative ale unor acțiuni alternative, poate reprezenta un instrument important pentru evaluarea politicilor. Cu toate acestea, cantitatea și calitatea informațiilor disponibile cu privire la cheltuielile publice legate de droguri în Europa continuă să fie foarte limitate, iar acest lucru reprezintă un obstacol major pentru analiza cost-beneficiu. Cu toate acestea, a crescut numărul țărilor care au încercat să estimeze cel puțin o dată în ultimul deceniu bugetul stabilit de guvern pentru politicile privind drogurile. Aceste țări raportează estimări ale cheltuielilor variind între 0,01% și 0,7% din PIB (Figura 4.6), deși este dificil de făcut o comparație între țări, având în vedere că domeniul de aplicare și calitatea estimărilor diferă mult. În pofida acestor limitări, însă, informațiile disponibile par să sugereze că activitățile de reducere a ofertei de droguri reprezintă cea mai mare parte din cheltuielile publice legate de droguri în majoritatea țărilor.

Europa, la fel ca multe alte părți ale lumii, se confruntă în continuare cu consecințele crizei economice recente. Printre acestea se pot număra creșterea economică negativă, creșterea ratei șomajului, în special în rândul tinerilor, și reducerea cheltuielilor guvernamentale. Este posibil ca bugetele disponibile pentru sănătate să fi fost afectate, ordinea publică și măsurile de siguranță, ori acestea reprezintă sursa majorității cheltuielilor legate de droguri. În prezent, nivelul măsurilor de consolidare sau austeritate fiscală și impactul acestora par să varieze considerabil de la o țară europeană la alta. Letonia, Lituania și Estonia s-au numărat printre țările cu cea mai mare reducere a cheltuielilor publice. În prezent, sunt raportate și reduceri în ceea ce privește programele și serviciile legate de droguri în mai multe țări europene.

PENTRU INFORMAȚII SUPLIMENTARE

Publicații EMCDDA

2013

Drug policy profiles: Ireland.

2012

Drug-related research in Europe: recent developments and future perspectives, Document tematic.

2011

Drug policy profiles: Portugal.

2009

Drug offences: sentencing and other outcomes, Ediție selectată.

2008

Towards a better understanding of drug-related public expenditure in Europe, Ediție selectată.

2006

European drug policies: extended beyond illicit drugs?, Ediție selectată.

2005

Illicit drug use in the EU: legislative approaches, Document tematic.

Publicații ale EMCDDA și ale Comisiei Europene

2010

The European Union and the drug phenomenon: frequently asked questions.

Toate publicațiile sunt disponibile la
www.emcdda.europa.eu/publications



Anexă

Datele naționale prezentate aici sunt extrase din și reprezintă un subset din Buletinul statistic al EMCDDA pe 2013, în care sunt disponibile date, ani, note și metadate suplimentare

TABELUL 1

OPIACEE

Țara	Estimarea consumului problematic de opiacee	Indicator privind admiterea la tratament, drog principal				Consumatori care urmează un tratament de substituție
		Consumatori de opiacee, procent din persoanele care încep un tratament		Procentul consumatorilor de opiacee prin injectare (principala cale de administrare)		
		Toate persoanele care încep un tratament	Persoanele admise prima dată la tratament	Toate persoanele care încep un tratament	Persoanele admise pentru prima dată la tratament	
Țara	cazuri la 1 000	% (total)	% (total)	% (total)	% (total)	total
Belgia	–	36,8 (2 176)	18 (403)	19,7 (399)	16,3 (60)	17 701
Bulgaria	–	79,3 (1 877)	93,2 (275)	85,9 (1 300)	84,2 (223)	3 452
Republica Cehă	1,2–1,3	19,4 (1 791)	9,9 (443)	86,3 (1 528)	83,1 (359)	5 200
Danemarca	–	17,5 (663)	7,1 (102)	33,9 (193)	23 (20)	7 600
Germania	2,9–3,4	44,3 (31 450)	19,2 (3 576)	36,2 (13 827)	33,2 (1 491)	76 200
Estonia	–	91,4 (486)	80,4 (131)	84,5 (410)	84 (110)	1 076
Irlanda	6,2–8,1	57,9 (4 930)	39 (1 457)	31 (1 488)	22,9 (327)	8 729
Grecia	2,5–3,0	80,6 (4 693)	73,4 (1 886)	41,3 (1 930)	38,7 (729)	6 783
Spania	1,1–1,3	34,3 (18 374)	18,2 (4 881)	15,8 (2 756)	10,2 (481)	82 372
Franța	–	40,7 (14 987)	20,2 (2 042)	17,7 (2 097)	12,3 (226)	145 000
Italia	4,3–5,4	55,3 (23 416)	42,4 (9 706)	57,5 (12 566)	50,5 (4 603)	109 987
Cipru	1,3–2,0	36,7 (365)	10,8 (48)	52,6 (191)	46,8 (22)	188
Letonia	5,0–9,9	52,9 (1 044)	34,1 (126)	93,3 (935)	88,4 (107)	277
Lituania	2,3–2,4	–	72,1 (181)	–	98,6 (136)	798
Luxemburg	5,0–7,6	67,4 (151)	–	58,9 (89)	–	1 228
Ungaria	0,4–0,5	6,8 (325)	2,3 (75)	66,8 (203)	49,3 (34)	639
Malta	6,9–8,2	78,7 (1 434)	45,4 (83)	62,5 (893)	59 (49)	1 107
Țările de Jos	1,6–1,6	12,8 (1 674)	6 (461)	8,9 (91)	16 (46)	10 085
Austria	5,2–5,5	64,5 (2 426)	41,3 (566)	42,2 (987)	26,8 (146)	16 782
Polonia	–	48,2 (643)	14,7 (53)	77 (488)	46,2 (24)	2 200
Portugalia	–	70,1 (2 637)	54,4 (980)	15,4 (147)	13,1 (80)	26 531
România	–	35 (648)	29,6 (339)	91,5 (590)	90,2 (305)	742
Slovenia	–	86,6 (451)	74,9 (155)	56,8 (256)	49,7 (77)	3 557
Slovacia	1,0–2,5	33,7 (691)	22,7 (217)	75,7 (514)	63,1 (137)	500
Finlanda	–	62,2 (898)	43,8 (109)	81,8 (719)	66,7 (72)	2 000
Suedia	–	24,8 (1 541)	16,5 (255)	55,7 (857)	26,6 (69)	3 115
Regatul Unit	8,0–8,6	59,3 (68 112)	40 (18 005)	33,2 (22 081)	29,2 (5 156)	177 993
Croația	3,2–4,0	80,9 (6 198)	29,8 (343)	74,5 (4 530)	53,3 (171)	4 074
Turcia	0,2–0,5	70,3 (1 488)	64,7 (701)	50,9 (746)	48 (333)	8 074
Norvegia	2,1–3,9	37,5 (2 884)	–	73,1 (160)	–	6 640

TABELUL 2

COCAINĂ

	Estimări privind prevalența			Indicator privind admiterea la tratament, drog principal			
	Populație generală		Populație școlară	Consumatori de cocaină ca procent din persoanele care încep un tratament		Procentul consumatorilor de cocaină prin injectare (principala cale de administrare)	
	De-a lungul vieții, adulți (15-64)	În ultimele 12 luni, tineri adulți (15-34)	De-a lungul vieții, elevi (15-16)	Toate persoanele care încep un tratament	Persoanele admise prima dată la tratament	Toate persoanele care încep un tratament	Persoanele admise pentru prima dată la tratament
Țara	%	%	%	% (total)	% (total)	% (total)	% (total)
Belgia	–	2	4	12,9 (764)	13,6 (304)	6,0 (37)	1,2 (3)
Bulgaria	1,7	1,5	3	0,8 (20)	1,4 (4)	30 (3)	0 (0)
Republica Cehă	1,4	1,1	1	0,3 (30)	0,3 (14)	3,4 (1)	0 (0)
Danemarca	4,4	2,5	2	5,1 (193)	5,8 (84)	10,1 (17)	0 (0)
Germania	3,3	1,8	3	5,9 (4 212)	6,2 (1 164)	19,8 (3 007)	8,7 (256)
Estonia	–	1,3	–	–	–	–	–
Irlanda	6,8	2,8	3	10 (850)	13,3 (496)	1,3 (11)	0,4 (2)
Grecia	0,7	0,2	1	4,3 (248)	4,2 (109)	19 (47)	10,1 (11)
Spania	8,8	3,6	3	41,4 (22 131)	45,3 (12 148)	2,3 (480)	1,4 (167)
Franța	3,66	1,85	4	6,9 (2 544)	5,1 (519)	10,2 (215)	4,4 (21)
Italia	4,2	1,3	2	24,3 (10 271)	30,3 (6 938)	5,3 (516)	4,1 (273)
Cipru	3	2,2	4	10,1 (100)	7 (31)	1 (1)	0 (0)
Letonia	1,5	0,3	4	0,4 (7)	0,3 (1)	0 (0)	0 (0)
Lituania	0,5	0,3	2	–	0,8 (2)	–	0 (0)
Luxemburg	–	–	–	18,3 (41)	–	39 (16)	–
Ungaria	0,9	0,4	2	1,6 (78)	1,6 (52)	2,7 (2)	0 (0)
Malta	0,4	–	4	12,5 (228)	28,4 (52)	24,8 (56)	17,6 (9)
Țările de Jos	5,2	2,4	2	24,6 (3 220)	20,3 (1 560)	0,3 (6)	0 (0)
Austria	2,2	1,2	–	6 (226)	7,6 (104)	7 (15)	3 (3)
Polonia	1,3	1,3	3	1,3 (17)	2,2 (8)	0 (0)	0 (0)
Portugalia	1,9	1,2	4	10,5 (397)	14,4 (259)	3,6 (8)	1 (2)
România	0,3	0,2	2	1,2 (22)	1,6 (18)	4,8 (1)	5,9 (1)
Slovenia	–	–	3	3,5 (18)	3,9 (8)	44,4 (8)	25 (2)
Slovacia	0,6	0,4	2	0,8 (17)	1,6 (15)	0 (0)	0 (0)
Finlanda	1,7	0,6	1	0,1 (1)	0 (0)	–	–
Suedia	3,3	1,2	1	1,5 (91)	1,7 (27)	0 (0)	0 (0)
Regatul Unit	9,6	4,2	3	12,3 (14 077)	16 (7 185)	2,1 (284)	1 (68)
Croația	2,3	0,9	2	1,6 (126)	2,6 (30)	1,7 (2)	3,6 (1)
Turcia	–	–	–	2,2 (46)	2,3 (25)	2,2 (1)	4 (1)
Norvegia	2,5	0,6	1	1 (78)	–	25 (2)	–

TABELUL 3

AMFETAMINE

	Estimări privind prevalența			Indicator privind admiterea la tratament, drog principal			
	Populație generală		Populație școlară	Consumatori de amfetamină, ca procent din persoanele care încep un tratament		Procentul consumatorilor de amfetamine prin injectare (principala cale de administrare)	
	De- a lungul vieții, adulți (15-64)	În ultimele 12 luni, tineri adulți (15-34)	De- a lungul vieții, elevi (15-16)	Toate persoanele care încep un tratament	Persoanele admise pentru prima dată la tratament	Toate persoanele care încep un tratament	Persoanele admise pentru prima dată la tratament
Țara	%	%	%	% (total)	% (total)	% (total)	% (total)
Belgia	–	–	5	9,8 (581)	11,2 (250)	9,1 (50)	5 (12)
Bulgaria	2,1	2,1	6	1,4 (33)	1,7 (5)	0 (0)	0 (0)
Republica Cehă	2,1	0,8	2	65,2 (6 008)	69,6 (3 122)	77,4 (4 601)	71,9 (2 210)
Danemarca	6,2	2	2	9,5 (358)	10,3 (149)	3,1 (9)	0 (0)
Germania	3,7	1,9	4	11 (7 785)	15,2 (2 839)	1,7 (246)	0,7 (31)
Estonia	–	2,5	3	–	–	61,5 (8)	50 (4)
Irlanda	4,5	0,8	2	0,6 (53)	0,9 (33)	6 (3)	6,3 (2)
Grecia	0,1	0,1	2	0,1 (6)	0,1 (2)	0 (0)	0 (0)
Spania	3,3	1,4	2	1 (517)	1,2 (320)	0,6 (3)	0,6 (2)
Franța	1,69	0,46	4	0,3 (107)	0,3 (31)	14,9 (13)	0 (0)
Italia	1,8	0,1	1	0,1 (38)	0,1 (16)	0 (0)	0 (0)
Cipru	0,7	0,7	4	0,2 (2)	0,2 (1)	50 (1)	0 (0)
Letonia	2,2	1,9	4	19,3 (380)	28,2 (104)	60,9 (206)	53,9 (48)
Lituania	1,6	1,1	3	–	2 (5)	–	60 (3)
Luxemburg	–	–	–	0,4 (1)	–	0 (0)	–
Ungaria	1,8	1,2	6	11,9 (567)	11 (354)	23,3 (130)	19,2 (67)
Malta	0,4	–	3	0,2 (3)	–	33,3 (1)	–
Țările de Jos	3,1	–	3	6,2 (818)	6,5 (499)	0,6 (3)	1 (3)
Austria	2,5	0,9	–	2,2 (83)	3,5 (48)	3,7 (3)	2,2 (1)
Polonia	4,2	1,3	4	21,4 (285)	26,7 (96)	9,4 (25)	8,4 (8)
Portugalia	0,9	0,4	3	0 (1)	0,1 (1)	–	–
România	0,1	0	2	0,6 (12)	0,9 (10)	0 (0)	0 (0)
Slovenia	–	–	2	0,4 (2)	0,5 (1)	50 (1)	0 (0)
Slovacia	0,5	0,7	2	38,2 (784)	41,9 (400)	32,1 (243)	25,4 (99)
Finlanda	2,3	1,6	1	14,1 (204)	11,6 (29)	78,6 (154)	64,3 (18)
Suedia	5	1,5	1	27,8 (1 728)	19,4 (301)	68,6 (1 137)	49,7 (149)
Regatul Unit	11,5	1,4	2	3 (3 486)	3,6 (1 615)	22,1 (714)	16 (241)
Croația	2,6	–	2	1 (80)	2,2 (25)	0 (0)	0 (0)
Turcia	0,3	–	–	0,9 (18)	0,8 (9)	5,6 (1)	0 (0)
Norvegia	3,8	0,8	1	0 (0)	–	75,1 (205)	–

TABELUL 4

ECSTASY

	Estimări privind prevalența			Indicator privind admiterea la tratament, drog principal	
	Populație generală		Populație școlară	Consumatori de ecstasy ca procent din persoanele care încep un tratament	
	De- a lungul vieții, adulți (15-64)	În ultimele 12 luni, tineri adulți (15-34)	De- a lungul vieții, elevi (15-16)	Toate persoanele care încep un tratament	Persoanele admise la pentru prima dată la tratament
Țara	%	%	%	% (total)	% (total)
Belgia	–	–	4,0	0,6 (38)	1 (23)
Bulgaria	1,7	1,6	4,0	0,3 (6)	0,3 (1)
Republica Cehă	5,8	2,5	3,0	0,1 (6)	0,1 (3)
Danemarca	2,1	0,8	1,0	0,3 (13)	0,5 (7)
Germania	2,4	1,0	2,0	0 (0)	0 (0)
Estonia	–	2,3	3,0	–	–
Irlanda	6,9	0,9	2,0	0,6 (51)	0,6 (24)
Grecia	0,4	0,4	2,0	0,2 (9)	0,2 (5)
Spania	3,6	1,4	2,0	0,2 (98)	0,2 (66)
Franța	2,4	0,4	3,0	0,3 (118)	0,2 (24)
Italia	1,8	0,1	1,0	0,3 (129)	0,5 (107)
Cipru	2,0	1,0	3,0	0,3 (3)	0,2 (1)
Letonia	2,7	0,8	4,0	0,1 (2)	0 (0)
Lituania	2,1	1,9	2,0	–	–
Luxemburg	–	–	–	–	–
Ungaria	2,4	1,0	4,0	1 (50)	1,2 (38)
Malta	0,7	–	3,0	0,7 (13)	1,6 (3)
Țările de Jos	6,2	3,1	3,0	0,5 (69)	0,8 (58)
Austria	2,3	1,0	–	0,5 (19)	1,2 (16)
Polonia	3,4	3,1	2,0	0,1 (1)	0,3 (1)
Portugalia	1,3	0,9	3,0	0,1 (4)	0,2 (4)
România	0,7	0,4	2,0	0,5 (9)	0,6 (7)
Slovenia	–	–	2,0	0,2 (1)	0,5 (1)
Slovacia	1,9	0,9	4,0	0,1 (2)	0,2 (2)
Finlanda	1,8	1,1	1,0	0,3 (4)	0,8 (2)
Suedia	2,1	0,2	1,0	0,3 (17)	0,5 (7)
Regatul Unit	8,6	2,8	3,0	0,2 (229)	0,3 (141)
Croația	2,5	0,5	2,0	0,3 (23)	0,5 (6)
Turcia	0,1	0,1	–	0 (1)	0,1 (1)
Norvegia	1,0	0,6	1,0	0 (0)	–

TABELUL 5

CANABIS

	Estimări privind prevalența			Indicator privind admiterea la tratament, drog principal	
	Populație generală		Populație școlară	Consumatori de cannabis, ca procent din persoanele care încep un tratament	
	De- a lungul vieții, adulți (15-64)	În ultimele 12 luni, tineri adulți (15-34)	De- lungul vieții, elevi (15-16)	Toate persoanele care încep un tratament	Persoanele admise prima dată la tratament
Țara	%	%	%	% (total)	% (total)
Belgia	14,3	11,2	24	31 (1 832)	48,2 (1 077)
Bulgaria	7,3	6	21	4,3 (101)	3,1 (9)
Republica Cehă	24,9	16,1	42	13,2 (1 214)	18,7 (839)
Danemarca	32,5	13,5	18	63,4 (2 397)	72,6 (1 048)
Germania	25,6	11,1	19	33 (23 418)	54,9 (10 236)
Estonia	–	13,6	24	5,3 (28)	–
Irlanda	25,3	10,3	18	22,9 (1 951)	35,7 (1 336)
Grecia	8,9	3,2	8	12,8 (746)	20,2 (518)
Spania	27,4	17	32	21 (11 210)	32,3 (8 653)
Franța	32,12	17,54	39	47,8 (17 621)	71,1 (7 193)
Italia	21,7	8	13	18,8 (7 957)	25,2 (5 781)
Cipru	11,6	7,9	7	48,8 (485)	78,1 (346)
Letonia	12,5	7,3	24	11,8 (232)	19,8 (73)
Lituania	11,9	9,9	20	–	3,6 (9)
Luxemburg	–	–	–	12,9 (29)	–
Ungaria	8,5	5,7	19	69,4 (3 321)	77,3 (2 492)
Malta	3,5	1,9	10	6,7 (122)	20,8 (38)
Țările de Jos	25,7	13,7	26	48,3 (6 334)	58 (4 446)
Austria	14,2	6,6	–	22,5 (848)	41,8 (574)
Polonia	17,3	17,1	23	23,5 (313)	44,4 (160)
Portugalia	11,7	6,7	14	13,9 (525)	25,4 (457)
România	1,6	0,6	7	8,6 (160)	11,3 (130)
Slovenia	–	6,9	23	8,4 (44)	18,8 (39)
Slovacia	10,5	7,3	27	19,2 (394)	27,3 (260)
Finlanda	18,3	11,2	11	13,4 (193)	32,9 (82)
Suedia	21,4	6,1	6	24,9 (1 550)	45,1 (699)
Regatul Unit	31	12,3	21	20,3 (23 378)	32,4 (14 559)
Croația	15,6	10,5	18	12,5 (957)	52,7 (607)
Turcia	0,7	0,4	–	17,1 (363)	22,1 (240)
Norvegia	14,6	7	5	20,3 (1 561)	–

TABELUL 6

ALȚI INDICATORI

	Decese ca urmare a consumului de droguri (vârsta 15-64 ani)	Îmbolnăviri cu HIV în rândul consumatorilor de droguri injectabile (ECDC)	Estimare privind consumul de droguri injectabile	Seringi distribuite în cadrul unor programe specializate
Țara	cazuri la un milion de persoane (total)	cazuri la un milion de persoane (total)	cazuri la 1 000 de persoane	total
Belgia	19,6 (142)	1 (11)	2,5–4,8	938 674
Bulgaria	4,8 (24)	8,4 (63)	–	643 377
Republica Cehă	3,8 (28)	0,9 (9)	5,1–5,5	5 398 317
Danemarca	49,8 (181)	1,8 (10)	2,8–4,7	–
Germania	17,9 (966)	1,1 (90)	–	–
Estonia	135,7 (123)	51,5 (69)	–	2 130 306
Irlanda	51,8 (159)	3,6 (16)	–	1 097 000
Grecia	–	21,7 (245)	0,9–1,3	119 397
Spania	12,5 (392)	4,5 (148)	0,2–0,2	2 672 228
Franța	7,9 (331)	1,3 (87)	–	–
Italia	9,1 (362)	2,7 (161)	–	–
Cipru	16,3 (9,66)	0 (0)	0,3–0,5	42
Letonia	7,9 (11)	40,4 (90)	–	hhm i l h
Lituania	20,9 (43)	26,5 (86)	–	181 408
Luxemburg	17,1 (6)	0 (0)	4,5–6,9	246 858
Ungaria	2 (14)	0 (0)	0,8	648 269
Malta	17,3 (5)	0 (0)	–	289 940
Țările de Jos	9,1 (101)	0,2 (4)	0,2–0,2	–
Austria	35,3 (201)	4,3 (36)	–	4 329 424
Polonia	8,4 (232)	1,2 (47)	–	175 902
Portugalia	2,7 (19)	5,8 (62)	–	1 650 951
România	1 (15)	5 (108)	–	901 410
Slovenia	16,9 (24)	0 (0)	–	632 462
Slovacia	3,9 (15)	0,2 (1)	3,5–8,9	15 064
Finlanda	53,3 (189)	1,5 (8)	–	3 539 009
Suedia	35,5 (217)	1,3 (12)	–	244 493
Regatul Unit	52,3 (2 153)	2,1 (131)	3,1–3,5	–
Croația	19,8 (59)	0,7 (3)	0,4–0,6	340 357
Turcia	1,9 (93)	0,1 (5)	–	0
Norvegia	73,1 (238)	2 (10)	2,5–3,6	2 639 000

TABELUL 7

CAPTURI

	Heroină		Cocaină		Amfetamine		Ecstasy	
	Cantitate capturată	Număr de capturi	Cantitate capturată	Număr de capturi	Cantitate capturată	Număr de capturi	Cantitate capturată	Număr de capturi
Țara	kg	total	kg	total	kg	total	tablete	total
Belgia	140	2 176	7 999	3 263	112	2 699	64 384	838
Bulgaria	385	41	4	22	233	38	7 879	11
Republica Cehă	5	34	16	44	1,20	3	13 000	15
Danemarca	37	484	43	1 756	255	1 733	16 000	197
Germania	498	4 361	1 941	3 335	1 368	9 131	484 992	1 322
Estonia	0,048	5	1	34	42	215	11 496	44
Irlanda	32	752	179	476	23	104	97 882	272
Grecia	307	2 477	463	466	1,84	17	70	8
Spania	412	7 587	16 609	42 659	278	3 178	183 028	2 123
Franța	883	4 834	10 834	4 538	601	387	1 510 500	781
Italia	811	3 588	6 342	6 859	19	124	14 108	114
Cipru	0,6	49	3	79	0,011	5	653	13
Letonia	0	329	81	25	0,1	29	3 592	13
Lituania	11	234	10	23	13	46	303	5
Luxemburg	24	244	24	94	3	15	91	6
Ungaria	3	22	13	108	24	483	270	22
Malta	4	39	5	86	0,50	1	2 171	30
Țările de Jos	400	–	10 000	–	1 074	–	1 059 534	–
Austria	65	640	139	970	13	383	45 780	90
Polonia	51	–	78	–	395	–	75 082	–
Portugalia	73	1 169	3 678	1 385	0,2	26	7 791	95
România	13	314	161	73	0,4	28	7 594	96
Slovenia	4	503	2	272	1	204	34	14
Slovacia	0	33	35,3	30	13,22	10	27	5
Finlanda	1,0	3	4	81	71	3 157	17 800	300
Suedia	21	314	89	618	168	3 542	17 060	189
Regatul Unit	1 850	9 174	3 468	17 751	1 048	6 801	686 000	3 346
Croația	33	185	4	142	15	372	2 898	75
Turcia	7 294	3 306	592	1 457	14	6	1 364 253	2 587
Norvegia	15	1 364	46	840	75	2 894	5 327	198

TABELUL 7

CAPTURI (continuare)

	Rășină de canabis		Plantă de canabis		Plante de canabis	
	Cantitate capturată	Număr de capturi	Cantitate capturată	Număr de capturi	Cantitate capturată	Număr de capturi
Valsts	kg	total	kg	total	plante (kg)	total
Belgia	5 020	5 156	5 095	21 784	337 955 (–)	1 070
Bulgaria	16,8	11	1 035	168	7 456 (4 658)	24
Republica Cehă	2	24	441	508	62 817 (–)	240
Danemarca	2 267	8 403	168	891	– (1 452)	710
Germania	1 748	7 285	3 957	27 144	– 133 650	1 804
Estonia	46	22	53	409	– (29,3)	25
Irlanda	1 814	722	1 865	1 833	6 606 (–)	582
Grecia	122	172	13 393	5 774	33 242 (–)	460
Spania	355 904	199 770	17 535	140 952	– (26 108)	1 436
Franța	55 641	85 096	5 450	12 155	73 572 (–)	2 146
Italia	20 258	6 244	10 908	4 007	1 008 215 (–)	1 208
Cipru	1	33	76	758	86 (–)	27
Letonia	283	55	34	399	– (497)	7
Lituania	168	31	43	311	– (–)	0
Luxemburg	2	171	11	833	81 (–)	5
Ungaria	18	63	209	2 073	14 121 (–)	192
Malta	89	48	1,5	32	44 (–)	7
Țările de Jos	1 000	–	5 000	–	2 000 000 (–)	–
Austria	75	1 197	621	5 272	– (219)	261
Polonia	–	–	1 265	–	52 914 (–)	–
Portugalia	14 633	3 093	108	460	5 523 (–)	304
România	18	328	252	1 365	897 (–)	9
Slovenia	4,2	89	613	3 306	12 836 (–)	178
Slovacia	0,0	22	137	1 512	10 045 (18)	45
Finlanda	860	1 829	97	4 281	16 400 (42)	3 187
Suedia	950	7 465	264	5 272	– (–)	92
Regatul Unit	19 665	15 094	22 402	149 411	626 680 (–)	16 672
Croația	2	373	421	3 684	4 136 (–)	195
Turcia	21 141	8 192	55 251	43 217	– (–)	7 318
Norvegia	2 548	11 232	219	3 631	1 099 (214)	381

Observatorul European pentru Droguri și Toxicomanie
Raportul european privind drogurile 2013: Tendințe și evoluții
Luxemburg: Oficiul pentru Publicații al Uniunii Europene
2013 — 74 p. — 21 × 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-624-7
doi:10.2810/91315

CUM VĂ PUTEȚI PROCURA PUBLICAȚIILE UNIUNII EUROPENE?

Publicații gratuite

prin EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>);

la reprezentanțele sau delegațiile Uniunii Europene.
Puteți obține datele de contact ale acestora vizitând
<http://ec.europa.eu> sau trimițând un fax la
+352 2929-42758.

Publicații contra cost

prin EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>).

Abonamente contra cost

(de exemplu, la *Jurnalul Oficial al Uniunii Europene*
sau la repertoriile jurisprudenței Curții de Justiție a
Uniunii Europene)

contactând direct unul dintre agenții de vânzări
ai Oficiului pentru Publicații al Uniunii Europene
([http://publications.europa.eu/others/agents/
index_ro.htm](http://publications.europa.eu/others/agents/index_ro.htm)).

Despre acest raport

Raportul *Tendințe și evoluții* prezintă o vedere de ansamblu, de prim nivel, a fenomenului drogurilor în Europa, incluzând furnizarea de droguri, utilizarea acestora și problemele de sănătate publică, precum și politica și soluțiile pentru combaterea drogurilor. *Buletinul statistic*, disponibil online, împreună cu publicațiile *Rezumate de țară* și *Perspective în materie de droguri*, alcătuiesc pachetul pentru 2013 al Raportului european privind drogurile.

Despre EMCDDA

Observatorul European pentru Droguri și Toxicomanie (EMCDDA) este centrul de informații privind drogurile în Europa. Misiunea sa este să furnizeze UE și statelor membre „informații obiective, fiabile și comparabile” privind drogurile, dependența de droguri și consecințele acestora. Înființat în 1993, EMCDDA și-a deschis porțile la Lisabona, în 1995, și este una dintre agențiile descentralizate ale UE. Dispunând de o echipă multidisciplinară puternică, agenția oferă responsabililor politici baza de informații probatorii de care au nevoie pentru elaborarea de legi și strategii în materie de droguri. De asemenea, EMCDDA sprijină profesioniștii și cercetătorii în reperarea de bune practici și noi domenii de analiză.



Oficiul pentru Publicații

ISBN 978-92-9168-624-7



9 789291 686247