

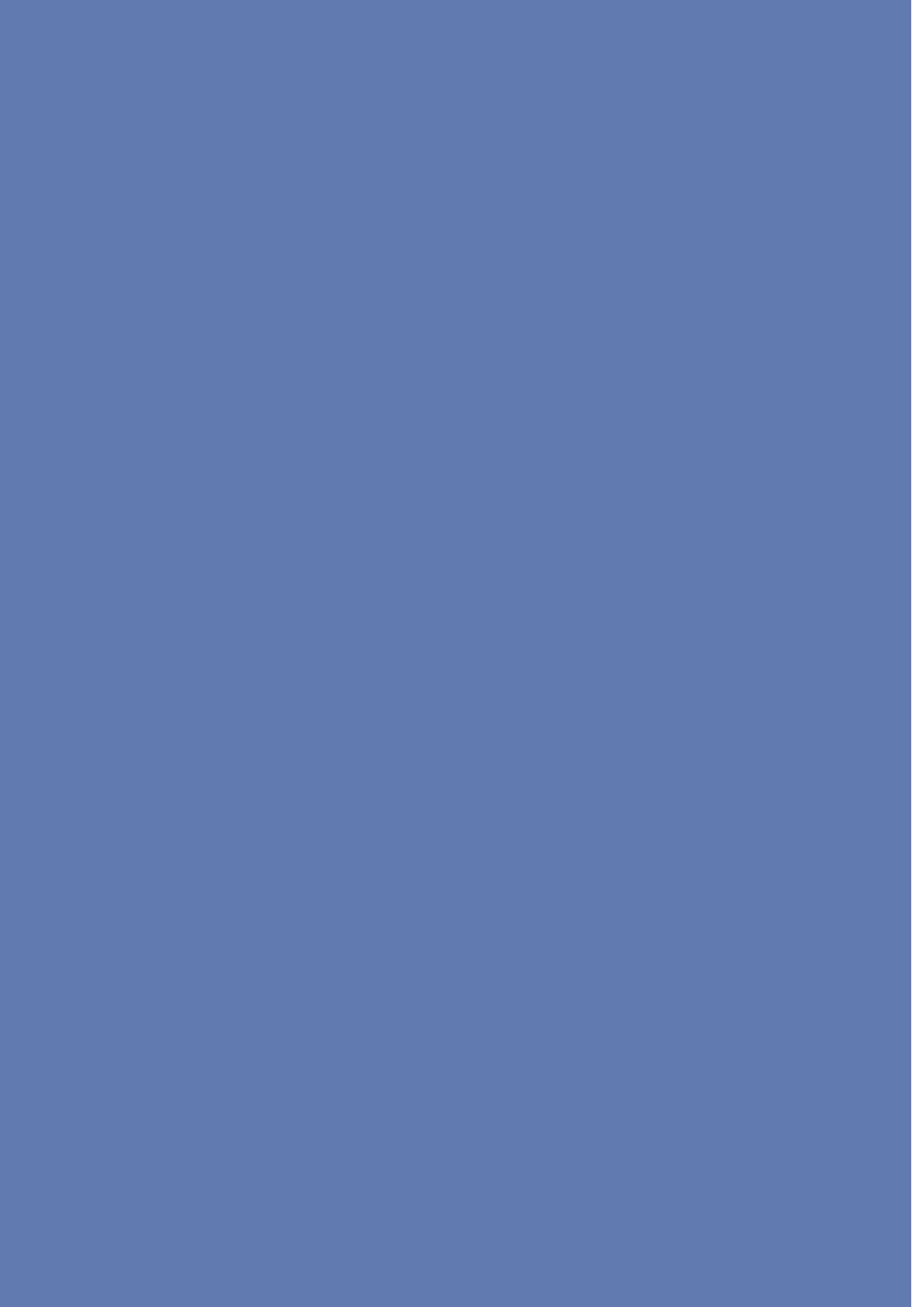


Observatorul European pentru
Droguri și Toxicomanie

ISSN 1725-3918

RAPORTUL ANUAL 2009

SITUAȚIA DROGURILOR ÎN EUROPA





Observatorul European pentru
Droguri și Toxicomanie

RAPORT ANUAL 2020 SITUAȚIA DROGURILOR ÎN EUROPA

Notă

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

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

Europe Direct este un serviciu care vă ajută să găsiți răspunsuri la întrebările pe care le aveți 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, cehă, daneză, engleză, estonă, finlandeză, franceză, germană, greacă, italiană, letonă, lituaniană, maghiară, olandeză, polonă, portugheză, română, slovacă, slovenă, spaniolă, suedeză, turcă și norvegiană. Toate traducerile au fost realizate de Centrul de Traduceri pentru Organismele Uniunii Europene.

O fișă bibliografică apare la sfârșitul prezentei publicații.

Luxemburg: Oficiul pentru Publicații al Uniunii Europene, 2009

ISBN 978-92-9168-399-4

© Observatorul European pentru Droguri și Toxicomanie, 2009

Reproducerea este autorizată cu condiția menționării sursei.

Printed in Luxembourg

TIPĂRIT PE HÂRTIE ÎNĂLBITĂ FĂRĂ CLOR



**Observatorul European pentru
Droguri și Toxicomanie**

Cais do Sodré, 1249-289 Lisboa, Portugalia
Tel. + 351 211210200 • Fax +351 218131711
info@emcdda.europa.eu • www.emcdda.europa.eu

Cuprins

Cuvânt-înainte	5
Mulțumiri	7
Notă introductivă	9
Comentariu: Lovirea unei ținte mobile – provocarea de a răspunde printr-o politică pragmatică la problema drogurilor aflată în continuă schimbare	11
Capitolul 1: Politici și legislație	
Realizări internaționale și europene în domeniul politicilor • Strategii naționale • Cheltuieli publice • Legislație națională • Cercetare	19
Capitolul 2: Răspuns la problema drogurilor în Europa – o privire de ansamblu	
Prevenire • Tratament • Reducerea riscurilor • Reintegrarea socială • Aplicarea legislației în domeniul drogurilor și infracțiunile la regimul drogurilor • Răspunsuri medicale și sociale în penitenciare	28
Capitolul 3: Canabisul	
Ofertă și disponibilitate • Prevalența și tiparele de consum • Tratament	41
Capitolul 4: Amfetaminele, ecstasy și substanțele halucinogene	
Ofertă și disponibilitate • Prevalența și tiparele de consum • Locuri de recreere • Tratament	53
Capitolul 5: Cocaina și cocaina crack	
Ofertă și disponibilitate • Prevalența și tiparele de consum • Consecințele asupra sănătății • Consumul problematic și cererea de tratament • Tratamentul și reducerea riscurilor	64
Capitolul 6: Consumul de opiacee și injectarea de droguri	
Ofertă și disponibilitate • Consumul problematic de opiacee • Consumul de droguri prin injectare • Tratament	75
Capitolul 7: Boli infecțioase și decese legate de consumul de droguri	
Boli infecțioase • Răspunsul la bolile infecțioase • Decese și mortalitate • Reducerea deceselor	85
Capitolul 8: Droguri noi și tendințe emergente	
Acțiunile UE privind drogurile noi • Produsele de tip „spice” și canabinoidele sintetice înrudite • Magazinele online • Monitorizarea substanțelor	97
Bibliografie	102



Cuvânt-înainte

Acest raport oferă o evaluare oportună și detaliată a situației în domeniul drogurilor în Europa și suntem recunoscători personalului nostru care a lucrat cu asiduitate la elaborarea sa. Cu toate acestea, trebuie să recunoaștem că forța acestui document provine nu doar din activitatea noastră de aici din Lisabona ci, mai ales, din eforturile făcute în cadrul statelor membre pentru elaborarea unui sistem de informații eficient și cuprinzător. Considerăm că existența acestui sistem de monitorizare reprezintă o contribuție importantă la dezbateră matură și informată a problemei drogurilor și conduce la politici mai bune și mai eficiente.

Astfel de politici sunt din ce în ce mai necesare, pe măsură ce provocările în acest domeniu devin mai complexe. Caracterul dinamic al problemei drogurilor reprezintă o temă recurentă în cadrul acestui raport, iar noi trebuie să ne asigurăm că viziunea noastră ține pasul cu condițiile în schimbare cu care ne confruntăm.

Anul acesta, OEDT a sărbătorit 15 ani de când culege informații și întocmește rapoarte privind problema drogurilor în Europa. Pentru a marca acest eveniment am ținut o conferință intitulată „Identificarea nevoilor de informații ale Europei pentru o politică eficientă în domeniul drogurilor”. Aceasta a reprezentat o oportunitate pentru oameni de știință, profesioniști și factori de decizie din întreaga Europă și din afara ei, să vină la Lisabona pentru a ne ajuta să schișăm și să evaluăm baza de cunoștințe existente în domeniul drogurilor, precum și să identificăm necesitățile actuale și viitoare de informații.

Conferința a demonstrat că Europa s-a dezvoltat ca un formidabil laborator de studiere și înțelegere a consumului de droguri și a reacțiilor legate de acesta, iar acest lucru ne oferă acum oportunități considerabile de învățare colectivă și schimb de cunoștințe. Nu există niciunde în altă parte un grup atât de mare de țări diferite din punct de vedere cultural care manifestă o determinare comună de a-și îmbunătăți înțelegerea și reacțiile în fața acestei probleme sociale complexe. Acest lucru poate fi ilustrat prin elaborarea unui sistem transversal de monitorizare a drogurilor, care cuprinde 30 de țări cu o populație totală de peste jumătate de miliard de persoane. De asemenea, acest lucru se poate constata din strategia UE în domeniul drogurilor și din planul de acțiune respectiv, instrumente concepute pentru a inventaria informațiile disponibile și a le transforma în măsuri practice și colective. Acest lucru este în mod special important în acest moment, când statele membre se confruntă cu alegeri dificile privind prioritățile de finanțare și se concentrează mai mult ca altădată pe nevoia de a obține beneficii maxime din investițiile care s-au făcut. Ne exprimăm încrederea că prezentul raport contribuie la acest proces. Mai mult decât atât, ne luăm

angajamentul să dedicăm o parte din ce în ce mai importantă a activităților viitoare ale OEDT identificării practicilor eficiente în domeniul drogurilor.

De asemenea, conferința a identificat un număr de chestiuni importante care se regăsesc în analiza prezentată aici. Sistemele noastre de informații trebuie să fie mai eficiente în ceea ce privește identificarea, urmărirea și raportarea noilor tendințe. Urmărind realizarea acestui obiectiv, este totuși esențial ca raportările noastre să fie precise, întemeiate și nealarmante. De asemenea, s-a subliniat necesitatea ca analiza noastră să reunească atât chestiuni legate de ofertă, cât și de cerere. În raportul din acest an acordăm o mai mare importanță analizei indicatorilor privind oferta și piața drogurilor. Facem acest lucru cu precauție, deoarece până în prezent s-au făcut eforturi insuficiente în vederea îmbunătățirii calității, fiabilității și comparabilității setului de date europene din acest domeniu. Acest lucru este acum recunoscut pe scară largă, iar noi ne angajăm să colaborăm cu partenerii noștri naționali și europeni pentru a rezolva această chestiune.

Una dintre constatările raportului din acest an este aceea că evaluarea situației drogurilor în Europa necesită o înțelegere simultană a caracteristicilor naționale, a specificului subregional și, într-o măsură din ce în ce mai mare, a tendințelor comune europene, sau chiar globale. Este nevoie ca în viitor să descriem mai bine această legătură complexă, deoarece aceasta ne va ajuta nu doar să înțelegem factorii care pot să amplifice sau să diminueze problemele legate de droguri, ci și să dezvoltăm cele mai potrivite măsuri de intervenție.

În cele din urmă trebuie să remarcăm că Uniunea Europeană și Organizația Națiunilor Unite și-au reînnoit aproape în paralel documentele privind politica în domeniul drogurilor, la sfârșitul anului 2008 și începutul lui 2009. Documente precum noul plan de acțiune al UE privind drogurile, noua declarație politică a ONU privind drogurile și planul de acțiune aferent reflectă angajamentul internațional de a reduce consumul de droguri și daunele pe care acestea le pot produce. Atingerea acestor obiective constituie o provocare majoră și se va realiza doar dacă acțiunile planificate se pun în aplicare pe scară largă. Monitorizarea și evaluarea reprezintă elemente-cheie în acest proces, deoarece ne permit să ne menținem pe drumul cel bun în politicile adoptate și să urmărim progresele făcute.

Marcel Reimen

Președinte, Consiliul de administrație al OEDT

Wolfgang Götz

Director, OEDT



Mulțumiri

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

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

Punctele focale naționale Reitox

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

Detaliile de contact pentru punctele focale naționale se găsesc la:

<http://www.emcdda.europa.eu/about/partners/reitox-network>



Notă introductivă

Prezentul raport anual se bazează pe informațiile furnizate OEDT de către statele membre ale Uniunii Europene, de țările candidate Croația și Turcia și de Norvegia sub formă de rapoarte naționale. Datele statistice prezentate se referă la anul 2007 (sau la ultimul an pentru care există date). Graficele și tabelele din prezentul raport se pot referi numai la un subset de țări ale Uniunii Europene; au fost selectate țările pentru care au existat date privind perioada studiată.

Prețurile de vânzare cu amănuntul ale drogurilor raportate OEDT reflectă prețul de vânzare către consumator. Rapoartele privind puritatea sau concentrația provenind din majoritatea statelor se bazează pe un eșantion al tuturor drogurilor capturate și, în general, este imposibilă corelarea datelor raportate cu un nivel specific al pieței drogurilor. În cazul purității sau concentrației, precum și al prețurilor de vânzare cu amănuntul, analizele se bazează pe valorile medii sau modale raportate sau, în lipsa acestora, pe valorile mediane.

Rapoartele privind prevalența consumului de droguri bazate pe anchetele realizate asupra populației generale se referă mai ales la populația națională cu vârste între 15 și 64 de ani. Printre țările care au limite de vârstă diferite se numără: Bulgaria (18-60), Republica Cehă (18), Danemarca (16), Germania (18), Ungaria (18-59), Malta (18), Suedia (16) și Regatul Unit (16-59). Datele privind prevalența pentru Regatul Unit se referă la Anglia și Țara Galilor.

În rapoartele referitoare la cererea de tratament, termenul de „pacienți noi” se referă la persoanele care încep pentru prima dată tratamentul, iar termenul de „toți pacienții” se referă la toți cei care încep tratamentul. Pacienții aflați în tratament permanent la începutul anului în cauză nu sunt incluși în statistici. În cazul exprimării procentului cererilor de tratament pentru un drog primar, numitorul este reprezentat de numărul de cazuri pentru care drogul primar este cunoscut.

Analiza tendințelor se bazează doar pe rapoartele țărilor care furnizează informații suficiente care să descrie fluctuațiile din perioada de timp specificată. Cifrele din 2006 pot înlocui valorile lipsă din 2007 în analiza tendințelor datelor privind piața drogurilor; pentru analiza altor tendințe, informațiile lipsă pot fi interpolate. Tendințele în ceea ce privește prețul sunt ajustate pentru inflația de la nivel național.

Informațiile privind disponibilitatea și acordarea diferitor intervenții în Europa se bazează în general pe analizele în cunoștință de cauză ale experților naționali, realizate prin intermediul unor chestionare structurate.

Termenul de „raportări” ale infracțiunilor la regimul drogurilor poate descrie concepte diferite în țări diferite.

Raportul anual este disponibil pentru descărcare în 23 de limbi și se găsește la: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2009>.

Buletinul statistic pentru 2009 (<http://www.emcdda.europa.eu/stats09>) prezintă setul complet de tabele-sursă pe care se bazează analiza statistică din raportul anual. Buletinul prezintă, de asemenea, mai multe detalii privind metodologia utilizată, precum și circa 100 de grafice statistice suplimentare.

Analizele generale de țară (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews>) oferă o sinteză grafică de nivel înalt a principalelor aspecte ale situației drogurilor din fiecare țară.

Rapoartele naționale ale punctelor focale Reitox oferă o descriere și o analiză detaliată ale problemei drogurilor din fiecare țară, fiind disponibile pe site-ul OEDT (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/national-reports>).



Comentariu

Lovirea unei ținte mobile – provocarea de a răspunde printr-o politică pragmatică la problema drogurilor aflată în continuă schimbare

Consensul politic permite adoptarea unui plan de acțiune mai specific

Prezentul raport cuprinde o perioadă importantă pentru politica în domeniul drogurilor, atât în Europa, cât și în afara granițelor acesteia. La nivelul Uniunii Europene, am asistat la evaluarea planului de acțiune în domeniul drogurilor 2005-2008 – al cincilea din 1990 încoace – și la redactarea și lansarea succesorului său, valabil în perioada 2009-2012. Deși deseori se acordă atenție diferențelor care există între statele membre în ceea ce privește politicile lor în domeniul drogurilor, din perspectivă istorică, consensul considerabil vizibil în prezent în cadrul discuțiilor la nivel european este remarcabil. Deși este posibil ca statele membre să aibă în continuare perspective politice diferite care reflectă, într-o oarecare măsură, realități naționale distincte, în multe domenii, totuși, dezbaterile pare din ce în ce mai matură și dominată de consens. Acest lucru a permis elaborarea unui nou plan de acțiune al UE, care poate fi descris drept pragmatic, concentrat și specific. Această abordare este ilustrată în mod concret prin atenția acordată unor domenii specifice de practică precum prevenirea deceselor legate de consumul de droguri, lucrul în penitenciare și îmbunătățirea calității tratamentului și a altor intervenții.

La nivel internațional, interesul considerabil al publicului și al specialiștilor a fost stimulat prin dezbaterile ce au condus la adoptarea unei noi declarații politice și unui nou plan de acțiune ale Organizației Națiunilor Unite pentru combaterea problemei drogurilor la nivel mondial care a urmat analizei obiectivelor stabilite la Sesiunea Specială a Adunării Generale a Organizației Națiunilor Unite (UNGASS) din 1998. În cadrul acestei dezbateri, Europa a avut un cuvânt important de spus în elaborarea unor politici în domeniul drogurilor care sunt echilibrate, bazate pe date științifice și pun accentul pe factorul uman. Acest aspect a contribuit la menținerea, în cadrul acordului final, a elementelor progresive esențiale ale documentelor inițiale ale UNGASS din 1998. Deși uneori dezbaterile din cadrul ONU au fost aprinse și au reflectat puncte de vedere politice și ideologice adânc înrădăcinate, au existat anumite indicii cu privire la faptul că abordarea mai

pragmatică și obiectivă legată de identificarea a ceea ce constituie acțiuni eficiente ar putea să câștige teren. SUA, de exemplu, au adoptat o poziție mai flexibilă față de furnizarea de echipamente sterile pentru injectare pentru a reduce riscul infecțiilor transmise pe cale sanguină, ceea ce reflectă baza substanțială de dovezi în materie de eficiență care există în prezent în acest domeniu. În general, în declarațiile recente de politică generală, SUA par să se apropie din ce în ce mai mult de modelul european. Reuniunea UNGASS privind necesitatea unei monitorizări globale eficiente a fenomenului drogurilor, ținând seama în special de problemele din ce în ce mai numeroase din țările în curs de dezvoltare și în tranziție, a demonstrat, de asemenea, existența unui consens puternic. Mecanismul de raportare elaborat pentru evaluarea aplicării planurilor de acțiune ale UNGASS a fost criticat, însă odată cu desființarea acestui mecanism, domenii importante de acțiune, în special cele privind măsurile pentru reducerea cererii de droguri, rămân în afara cadrului de raportare global existent. Acest aspect poate reprezenta un important subiect de discuție pentru sesiunea viitoare a Comisiei pentru stupeficante.

Practica de asigurare a respectării legii amenințată de obiective politice contradictorii

Asigurarea respectării legii în domeniul drogurilor este abordată pe larg în raportul anual de anul acesta, iar un punct special tratează condamnarea și alte pedepse aplicate persoanelor acuzate de infracțiuni la regimul drogurilor. Numărul cazurilor de încălcare a legii privind drogurile raportate în Europa continuă să crească. Deși datele sunt dificil de interpretat, această observație ridică semne de întrebare în legătură cu măsura în care practica de asigurare a respectării legii corespunde obiectivelor politice din acest domeniu.

În general, dezbaterile pe marginea politicii la nivel european s-a orientat către punctul de vedere conform căruia ar trebui să se acorde prioritate activităților de interdicție adresate ofertei de droguri și nu consumului de droguri. Reflectând această schimbare de orientare,

în unele țări, au fost majorate pedepsele juridice care se aplică infracțiunilor legate de oferta de droguri sau au fost introduse tarife minime. Măsura în care această schimbare a orientării de la consumatori către furnizorii de droguri se traduce în practica de asigurare a respectării legii este dificil de evaluat. Doar în câteva țări infracțiunile legate de oferta de droguri depășesc ca număr infracțiunile legate de posesia de droguri. În general, numărul infracțiunilor legate de oferta de droguri a crescut, însă numărul infracțiunilor legate de posesia sau consumul de droguri a crescut chiar într-o măsură mai mare. De asemenea, în întreaga Europă, imaginea infracțiunilor legate de oferta de droguri este mai variată, jumătate dintre țările raportoare observând o scădere a numărului de infracțiuni în datele pe termen mediu.

Analiza aprofundată a aplicării pedepselor pentru infracțiunile la regimul drogurilor în Europa care însoțește prezentul raport investighează măsurile aplicate persoanelor care încalcă legile privind drogurile. Pedepsele privative de libertate sunt aplicate frecvent în cazul infracțiunilor legate de oferta de droguri, însă tind să fie administrate la cel mai scăzut nivel posibil al tarifelor aplicate, ridicându-se în medie la trei ani sau mai puțin. Această stare de fapte ar putea să reflecte doar realitatea că mulți dintre cei acuzați se află la nivelul cel mai de jos al lanțului de distribuție, cum ar fi dealerii stradali sau persoanele dependente de droguri care vând, de asemenea, droguri pentru a-și putea acoperi costurile dependenței. Această concluzie are implicații pentru elaborarea orientărilor privind pedeapsa minimă în cazul în care se dorește ca aceasta să descurajeze infractorii de carieră de la nivel înalt să se implice în oferta de droguri.

În majoritatea țărilor, pedepsele privative de libertate sunt rareori aplicate pentru consumul sau posesia de droguri. Aceasta înseamnă că un procent redus al persoanelor care apar în fața instanței primesc o pedeapsă imediată cu închisoarea, posibil din cauza circumstanțelor agravante. Prin urmare, un număr din ce în ce mai mare de consumatori de droguri care intră în contact cu sistemul de justiție penală nu primesc decât o sancțiune administrativă sau minoră. Lăsând la o parte efectul posibil de descurajare al acestui tip de acțiune, apare totuși întrebarea în ce măsură contactul cu anumite grupuri de consumatori de droguri reprezintă o oportunitate ratată pentru alte activități de reducere a cererii de droguri. Unele țări au elaborat inițiative inovatoare în acest domeniu, însă în general, acestea continuă să fie rare.

Întrucât este posibil ca persoanele acuzate de infracțiuni la regimul drogurilor să constituie un grup neomogen, evaluarea nevoilor reprezintă un aspect deosebit de

important pentru dezvoltarea serviciilor din acest domeniu. Pentru intervențiile medicale, acestea variază de la metode de prevenire, educare și reducere a riscurilor până la intervenții scurte și, atunci când se justifică, trimiterea la un tratament specializat pentru consumul de droguri și servicii de asistență socială. Elaborarea unui model fezabil pentru a asigura traiectorii corespunzătoare de trimitere poate reprezenta o provocare de ordin organizatoric. Portugalia a abordat această problemă într-o manieră oarecum diferită. Consumul de droguri nu mai face obiectul sancțiunilor penale, iar persoanele descoperite că se află în posesie de droguri sunt trimise, în vederea evaluării nevoilor, direct la un tribunal special, cunoscut sub denumirea de „comisia pentru descurajarea consumului de droguri”. Acest tribunal poate aplica amenzi, însă nu aplicarea de sancțiuni este obiectivul său principal. Planul funcționează deja de opt ani. La început, au existat temeri legate de faptul că această metodă va conduce la o creștere a turismului pentru droguri sau a nivelului de consum, însă datele disponibile nu par să susțină acest lucru.

Intervenții în domeniul tratamentului și al sănătății: de la un instrument universal valabil la un ansamblu de măsuri specifice

Serviciile destinate consumatorilor de droguri din Europa devin din ce în ce mai diversificate și sunt oferite în cadrul unui pachet integrat de servicii de îngrijiri. Acest lucru poate fi observat atât la nivel conceptual, cât și în practică. De exemplu, intervențiile în domeniul reducerii riscurilor și al tratamentului sunt intercorelate într-o măsură din ce în ce mai mare și sunt oferite de către aceiași furnizori. În ciuda recunoașterii la scară largă a importanței reintegrării sociale, aceasta rămâne un domeniu slab dezvoltat, iar consumatorii de droguri se confruntă în continuare cu dificultăți considerabile în găsirea de locuri de muncă și locuințe corespunzătoare și dezvoltarea unor hobby-uri care să nu fie legate de droguri.

Deși în Europa s-au înregistrat progrese în ceea ce privește tratarea consumatorilor de droguri, acestea sunt inegale, atât din punctul de vedere al substanțelor abordate, cât și al acoperirii geografice. Cele mai importante progrese au fost observate în domeniul tratamentului de substituție pentru opiacee, numărul populației tratate situându-se în prezent în jurul cifrei de 650 000, cu tendință de creștere. Cu toate acestea, Europa de Est contribuie în ansamblul său doar la un procent redus din această cifră totală, ceea ce indică că este necesară extinderea serviciilor în anumite țări. O serie de țări au arătat că implicarea medicilor generaliști poate contribui

la extinderea acordării tratamentului. Centrele specializate cu regim de îngrijire parțială asigură nu doar sprijin pentru medicii generaliști, ci și calitatea tratamentului.

În ciuda faptului că în majoritatea țărilor continuarea sau inițierea tratamentului de substituție în penitenciare este posibilă din punct de vedere teoretic, în practică aceasta este deseori dificilă. Dat fiind numărul consumatorilor de droguri din închisorile din Europa, există o nevoie stringentă de a extinde oportunitățile de tratament de toate tipurile în acest mediu. Acest fapt este recunoscut în planul de acțiune al UE, însă continuă să fie neglijat în majoritatea țărilor.

Pentru drogurile diferite de opiacee, în Europa disponibilitatea serviciilor și înțelegerea a ceea ce constituie îngrijiri eficiente au un nivel de dezvoltare mai redus. Totuși, această problemă a început să fie recunoscută, un număr din ce în ce mai mare de proiecte de cercetare europene și de programe-pilot abordând în prezent nevoile de tratament ale consumatorilor de substanțe stimulatoare și cannabis. În plus, progresele din domeniul neurologiei au condus nu doar la îmbunătățirea modului în care înțelegem mecanismele biologice ale dependenței, ci au început și să faciliteze anumite abordări inovatoare. Exemplele în acest sens includ un vaccin împotriva consumului de cocaină care face în prezent obiectul unui studiu la scară largă în Europa. De asemenea, inovația a fost facilitată de unele evoluții în domeniul tehnologiei informației, precum programele de tratament furnizate pe internet și folosirea de mesaje text electronice.

Dovezi noi ce indică faptul că Europa se îndreaptă către o perioadă de scădere a nivelurilor consumului de cannabis

Popularitatea consumului de cannabis a crescut substanțial în anii '90, astfel încât în prezent aproape un sfert dintre toți adulții din Europa raportează că au consumat acest drog cel puțin o dată. Ulterior, situația a început să se stabilizeze, iar majoritatea datelor recente susțin puternic analiza prezentată în raportul de anul trecut privind scăderea generală a consumului de cannabis. Un interes deosebit îl prezintă ultimele rezultate din cadrul Proiectului Școlilor Europene în materie de alcool și alte droguri care furnizează o perspectivă asupra tendințelor în timp ale consumului de droguri în rândul elevilor. Tiparele constatate aici pot fi introduse ulterior în studii cu cohorte de vârstă mai mare. Interesant este că, așa cum în trecut au putut fi observate tipare temporale diferite în ceea ce privește tendința ascendentă a consumului de cannabis, acest tipar pare a se repeta în prezent, însă în sens invers.

Imagine de ansamblu – estimări privind consumul de droguri în Europa

Estimările prezentate aici se referă la populația adultă (cu vârsta între 15 și 64 de ani) și se bazează pe cele mai recente date disponibile. Întregul ansamblu de date și informații privind metodologia poate fi consultat în buletinul statistic anexat.

Cannabis

Prevalența pe parcursul vieții: cel puțin 74 milioane (22 % dintre adulții europeni)

Consumul în ultimul an: aproximativ 22,5 milioane de adulți europeni sau o treime din consumatorii pe parcursul vieții

Consumul în ultima lună: aproximativ 12 milioane de europeni

Diferențele între țări în ceea ce privește consumul în ultimul an: Intervalul general 0,4 % - 14,6 %

Cocaină

Prevalența pe parcursul vieții: aproximativ 13 milioane (3,9 % dintre adulții europeni)

Consumul în ultimul an: 4 milioane de adulți europeni sau o treime din consumatorii pe parcursul vieții

Consumul în ultima lună: aproximativ 1,5 milioane

Diferențele între țări în ceea ce privește consumul în ultimul an: Intervalul general 0,0 % - 3,1 %

Ecstasy

Prevalența pe parcursul vieții: aproximativ 10 milioane (3,1 % dintre adulții europeni)

Consumul în ultimul an: aproximativ 2,5 milioane sau un sfert din consumatorii pe parcursul vieții

Consumul în ultima lună: mai puțin de 1 milion

Diferențele între țări în ceea ce privește consumul în ultimul an: Intervalul general 0,1 % - 3,5 %

Amfetamine

Prevalența pe parcursul vieții: aproximativ 12 milioane (3,5 % dintre adulții europeni)

Consumul în ultimul an: aproximativ 2 milioane sau a șasea parte din consumatorii pe parcursul vieții

Consumul în ultima lună: mai puțin de 1 milion

Diferențele între țări în ceea ce privește consumul în ultimul an: Intervalul general 0,0 % - 1,3 %

Opiacee

Consumatorii problematici de opiacee: estimați la un număr cuprins între 1,2 și 1,5 milioane de europeni

Decesele induse de droguri au reprezentat 4 % din totalul deceselor în rândul europenilor cu vârsta cuprinsă între 15 și 39 de ani, opiaceele fiind raportate în aproape trei sferturi

Drogul principal în peste 50 % din totalul cererilor de tratament pentru consum de droguri

Aproximativ 650 000 de consumatori de opiacee au beneficiat de tratament de substituție în 2007

Regatul Unit, de exemplu, una dintre primele țări care a înregistrat niveluri ridicate ale prevalenței, s-a numărat în același timp printre primele care au raportat o scădere a consumului. Acest tipar se observă acum la majoritatea celorlalte țări din Europa de Vest. În Europa de Est, nivelurile consumului au urmat, în majoritatea țărilor, o tendință ascendentă care a continuat până de curând. Totuși, chiar și în aceste țări, există semne de stabilizare la populația tânără, iar dacă tiparul observat în alte părți se repetă, ar putea fi anticipată o scădere ulterioară.

Înțelegerea factorilor care influențează popularitatea unui drog precum canabisul este în mod evident importantă. Cu toate acestea, deducerea unor explicații cauzale simple ar trebui făcută cu prudență. Este posibil ca politica națională și a UE să fi jucat un rol în influențarea acestor tendințe; însă tendința de scădere a nivelurilor consumului se observă, de asemenea, în SUA și Australia, ceea ce indică faptul că este foarte probabil ca o serie de factori socio-culturali mai largi să joace un rol important. În peisajul european se face remarcat un grup restrâns de țări, în principal din nordul și sudul Europei, în care nivelurile consumului de canabis au continuat să fie scăzute și stabile un anumit timp. Înțelegerea factorilor de protecție care funcționează în aceste țări ar prezenta, de asemenea, un interes sporit; însă, din nou, va fi necesară o analiză care să țină seama pe deplin de factorii culturali, sociali și istorici, precum și o reflectare asupra politicilor din domeniul drogurilor și a celor sociale.

Spre deosebire de datele privind nivelurile generale de consum, cea mai recentă analiză a tiparelor consumului problematic de canabis din Europa este mai eterogenă și mai puțin încurajatoare. Limitarea în acest caz constă în faptul că ne lipsesc măsuri corespunzătoare pentru dependența sau consumul de droguri și, deși se înregistrează progrese în acest sens, trebuie să ne bazăm pe măsuri mai indirecte. Este posibil ca numărul cererilor noi de tratament pentru consumul de canabis să se stabilizeze în prezent, după o creștere constantă de câțiva ani, deși este în continuare neclar în ce măsură acest lucru reflectă tiparele de consum sau capacitatea serviciilor. În prezent, cel mai bun indicator comportamental al consumului problematic de canabis este furnizat prin extrapolarea pe baza estimărilor numărului de consumatori zilnici ai drogului. Tendințele în ceea ce privește consumul zilnic sunt dificil de evaluat, însă datele disponibile nu indică o scădere generală. OEDT estimează că între 2 % și 2,5 % dintre adulții tineri consumă canabis zilnic sau aproape zilnic, niveluri mult mai ridicate fiind constatate la bărbății tineri. Aceste date indică existența unei populații mari expuse riscului și

subliniază nevoia unei mai bune înțelegeri a nevoilor acestui grup în ceea ce privește serviciile.

Heroina și cocaina: lipsa unor indicii clare privind atenuarea problemei

Există puține date care să indice îmbunătățirea situației în ceea ce privește consumul de heroină și cocaină, cele două substanțe care reprezintă în continuare partea centrală a problemei legate de consumul de droguri în Europa. Așadar, trasarea unei imagini clare în acest domeniu este complicată din cauza dificultăților de reconciliere a informațiilor obținute pe baza unor indicatori diferiți. Această problemă este în special evidentă pentru cocaină, în cazul căreia, conform celor mai recente date, concomitent cu reducerea producției estimate, a scăzut volumul de capturi în Uniunea Europeană, precum și puritatea drogului vândut stradal, în majoritatea țărilor. În Regatul Unit, țară cu o piață semnificativă a cocainei, scăderile recente ale purității sunt considerabile. Aceste date ar putea să indice tendința de reducere a disponibilității cocainei, însă alte informații pun această concluzie sub semnul întrebării. Numărul capturilor drogului continuă să crească, prețurile scad și există indicii privind trecerea către noi rute de trafic prin Europa de Est, ceea ce probabil a zădărnicit acțiunile de interdicție. Consumul de cocaină în Europa continuă să se concentreze în țările occidentale, unde tendința este în general stabilă sau în creștere. Cu toate acestea, există dovezi care indică faptul că acest drog continuă să se răspândească în alte țări. Cererile de tratament legate de consumul de cocaină sunt, de asemenea, în creștere. Pe baza dovezilor disponibile, se poate formula concluzia că nivelurile actuale de consum continuă să fie ridicate și nu scad în zonele stabilite, însă continuă să crească în alte părți; există, însă, indicii cu privire la faptul că furnizorilor le este dificil să facă față cererii consumatorilor de pe unele piețe importante. Va fi interesant de observat dacă viitorul va aduce mai multe dovezi concrete privind reducerea disponibilității acestui drog după ce unele rapoarte recente au indicat reducerea producției de cocaină la nivel global.

În Europa, heroina continuă să fie principalul factor responsabil de morbiditate și mortalitate legate de consumul de droguri. Consumul acestui drog a înregistrat o tendință generală descrescătoare, începând cu jumătatea/sfârșitul anilor '90, însă astăzi situația este mai puțin clară, iar în anumite domenii ridică motive de îngrijorare. Scăderile pronunțate au fost urmate de o creștere a numărului de cereri de tratament noi începând cu 2002, un număr semnificativ de țări raportând în prezent creșteri atât ale numărului, cât și ale procentului

de cereri de tratament în legătură cu consumul de opiacee. Datele privind decesele legate de consumul de droguri, asociate în mare măsură cu consumul de heroină, nu furnizează niciun indiciu privind revenirea la tendința descrescătoare observată înainte de 2004. Datele privind numărul de infracțiuni la regimul drogurilor și capturile indică, de asemenea, cifre crescătoare. Îngrijorător este faptul că într-un număr redus de țări au fost observate probleme legate de consumul de heroină la tineri, ceea ce arată că acest drog s-ar putea răspândi în rândul unor populații noi. În concluzie, faptul că analiza pozitivă a tendinței de scădere a problemelor legate de consumul de heroină nu mai este susținută ar trebui considerat dezamăgitor. Și, deși în prezent nu există nicio dovadă privind revenirea la o răspândire epidemică a consumului de heroină observată în trecut, problemele de sănătate și sociale generate de consumul de heroină sunt considerabile. Orice indicii care arată faptul că situația se poate înrăutăți, în special ținând cont de faptul că Europa se află în fața unei perioade de dificultăți economice, reprezintă motive de preocupare majoră.

Policonsumul de droguri și problemele concomitente legate de consumul de alcool reprezintă în prezent elementele definitorii ale problemei drogurilor în Europa

În domeniul prevenirii consumului de droguri, faptul că problemele legate de consum sunt abordate cel mai bine într-o manieră holistică și în contextul unui stil de viață sănătos și al unor alegeri în cunoștință de cauză este recunoscut de mult timp. Abordarea consumului de droguri, însă, este cel mai adesea specifică pentru fiecare substanță. Este greu să nu se ajungă la concluzia că această perspectivă unidimensională devine tot mai inutilă pentru înțelegerea naturii din ce în ce mai ample a tiparelor consumului de droguri în Europa. Consumatorii de droguri nu își limitează aproape niciodată consumul la o singură substanță. Astăzi, în Europa, tiparele de policonsum reprezintă norma, iar consumul combinat de substanțe diferite cauzează sau agravează majoritatea problemelor cu care ne confruntăm. De aici rezultă nevoia dezvoltării unei perspective mai ample, integrate și orientate către substanțe multiple, pentru a înțelege mai bine situația și pentru a concepe și a evalua răspunsurile corespunzătoare. Același lucru este valabil și pentru piața drogurilor. Acțiunile care au ca scop reducerea ofertei de droguri sunt evident zădărnice în cazul în care nu fac altceva decât să deschidă calea către consumul unui substitut, care poate fi și mai dăunător.

Raportul de anul acesta este însoțit de un extras privind policonsumul de droguri care explorează modul în care

consumul de substanțe multiple afectează diferite grupuri de consumatori de droguri. Concluziile sunt tulburătoare. În rândul tinerilor, consumul de substanțe multiple poate spori riscurile apariției unor probleme acute și este predictiv pentru dezvoltarea la o vârstă mai avansată a unui obicei cronic de consum de droguri. În rândul consumatorilor frecvenți de droguri cu o vârstă mai avansată, policonsumul de droguri reprezintă o problemă majoră în contextul supradozei de droguri, complică tratamentul pentru consumul de droguri și este asociat cu acte de violență și infracțiuni. Gama de droguri disponibilă consumatorilor din Europa este, de asemenea, în creștere. Raportul de față remarcă gama din ce în ce mai largă de substanțe în mare măsură necontrolate, destinate pieței canabisului, inovația în producția de droguri sintetice și preocupările din ce în ce mai acerbe legate de abuzul de medicamente eliberate pe bază de prescripție. În plus, este deja recunoscut faptul că un factor decisiv în cadrul problemei consumului de substanțe în Europa îl reprezintă consumul concomitent de alcool. Și acest fenomen poate fi observat la fiecare grupă de vârstă. În rândul elevilor, ultimele date indică o asociere puternică între alcoolismul periodic și consumul de droguri. Deseori, alcoolismul periodic merge mână în mână cu consumul recreațional de droguri, sporind riscul de manifestare a unor efecte negative la adulții tineri. În ceea ce privește populația de consumatori de droguri cronici, abuzul de alcool este atât de frecvent, încât nici nu mai este menționat, iar nevoia de abordare a dependenței de alcool coexistente a devenit o problemă din ce în ce mai importantă pentru centrele de tratament pentru consumul de droguri. Problemele legate de alcool pot fi deosebit de nocive pentru dependenții de opiacee, întrucât este posibil ca aceștia să-și fi compromis deja funcția ficatului în urma unei infecții hepatice, iar riscul de supradoză este ridicat.

Inovații și disponibilitatea precursorilor: factori care interacționează cu un impact din ce în ce mai puternic asupra pieței drogurilor sintetice

OEDT observă o situație din ce în ce mai complexă și volatilă în ceea ce privește disponibilitatea și consumul de droguri sintetice în Europa. Piața ilegală și furnizorii acesteia indică niveluri ridicate de inovație în ceea ce privește procedeele de producție, produsele noi și oportunitățile de comercializare, demonstrând, în același timp, capacitatea adaptării rapide la măsurile de control. În plus, gradul din ce în ce mai ridicat de sofisticare a comercializării „alternativelor legale” la drogurile ilegale reprezintă un progres îngrijorător.

Un exemplu de volatilitate a pieței poate fi observat în evoluțiile recente ale disponibilității ecstasy-ului. Până

În 2007, majoritatea tabletelor de ecstasy în Europa conțineau 3,4-metilendioxi-metamfetamină (MDMA) sau o altă substanță similară. Cu toate acestea, datele inițiale puse la dispoziție prin sistemul de avertizare timpurie de la începutul anului 2009 indică faptul că această situație poate fi diferită în unele state membre, precum Danemarca și Țările de Jos. În aproape jumătate din totalul tabletelor analizate în aceste țări, nu a fost găsită nicio substanță MDMA sau analogi ai acesteia. În schimb, pastilele conțineau 1-(3-clorofenil)piperazină (mCPP), singură sau în combinație cu o altă substanță psihoactivă. Deși mCPP nu este prevăzută în Convențiile Organizației Națiunilor Unite, aceasta a constituit obiectul unor măsuri de control în unele state membre ale UE. Motivele care stau la baza actualei schimbări a pieței nu sunt întrutotul clare, însă lipsa 3,4-metilendioxifenil-2-propanonului (PMK), un precursor principal pentru sinteza MDMA, poate fi o explicație. Nu se poate afirma încă dacă această evoluție reprezintă o deviere temporară sau marchează o tranziție mai semnificativă pe piața drogului ecstasy. Sistemul de avertizare timpurie al UE monitorizează mCPP din 2005, iar OEDT și Europol urmăresc îndeaproape evoluțiile din acest domeniu, urmând ca în 2010 să elaboreze un raport comun privind piața.

Schimbările de pe piața drogului ecstasy pot indica eforturile încununate din ce în ce mai des de succes pentru prevenirea deturnării de precursori chimici, aceste eforturi putând avea, la rândul lor, efecte importante asupra disponibilității și consumului altor substanțe. De exemplu, există indicii cu privire la faptul că metamfetamina ar putea înlocui amfetamina în anumite părți din nordul Europei. Încă o dată, factorii pieței și precursorii chimici par importanți în acest caz, întrucât amplasamentele de producție a metamfetaminei par a fi situate acum în Lituania, țară a cărei poziție geografică facilitează importul substanțelor chimice precursorare, în acest caz 1-fenil-2-propanonă (BMK), din afara Uniunii Europene. Situația din țările nordice se adaugă motivelor de îngrijorare legate de răspândirea consumului de metamfetamină în afara Republicii Ceha. În această țară, problemele legate de consumul de metamfetamină există de mult timp, însă producția pentru consumul personal și local s-a menținut în general la o scară redusă. De asemenea, o serie de țări din Europa Centrală raportează în prezent existența consumului de metamfetamină, iar rapoartele Europol menționează că au fost depistate și desființate câteva amplasamente de producție mai mari în alte părți ale Europei. Există, de asemenea, unele dovezi privind creșterea rapidă a consumului de metamfetamină în unele țări aflate la granițele Uniunii Europene. Până în prezent, drogul nu a pătruns în piața mare a

drogurilor stimulatoare din Europa de Vest, unde consumul de cocaină sau amfetamine continuă să fie dominant. Cu toate acestea, date fiind ușurința relativă cu care se poate produce metamfetamina și impactul negativ considerabil pe care îl poate avea aceste drog asupra sănătății publice, o atitudine pasivă nu este tocmai adecvată. Viteza de extindere a problemelor este ilustrată de Slovacia, care pune la dispoziție un studiu de caz recent ce indică o creștere semnificativă a consumului de metamfetamină.

Internetul și comercializarea: să fie oare „spice” gustul a ceea ce va urma?

Puține domenii ale vieții contemporane au rămas neinfluențate de progresele tehnologiei informației, în condițiile în care internetul asigură în prezent nu doar o sursă inepuizabilă de informații, ci și o piață virtuală importantă pentru schimbul de bunuri și servicii. Prin urmare, nu este deloc surprinzător faptul că acest mediu are un impact asupra domeniului drogurilor. Anul acesta, OEDT a lansat o primă analiză a metodelor de tratament pe internet și se pare că pentru anumite forme de intervenții în domeniul prevenirii, tratamentului și reducerii riscurilor, abordările online au un potențial considerabil. Un aspect mai puțin pozitiv constă în dificultățile evidente de reglementare a acestui fenomen virtual și global, internetul putând fi folosit pentru promovarea consumului de substanțe psihoactive. La preocupările legate de comercializarea online a alcoolului și medicamentelor se adaugă cea privind apariția unei game de alternative așa-zis „legale” la substanțele psihoactive controlate.

OEDT monitorizează în prezent în mod periodic substanțele psihoactive oferite de către comercianții cu amănuntul online. Această piață s-a dezvoltat în ultimii ani și include în prezent o gamă largă de produse pe bază de plante, în special amestecuri de plante, precum și mărfuri ce conțin compuși sintetici. Substanțele noi care apar pe piața virtuală pot varia de la droguri consumate în mod tradițional în anumite părți ale lumii până la substanțe chimice experimentale sintetizate în laboratoare și netestate la oameni. Alte inovații includ elaborarea unor mărci distincte și folosirea unor ambalaje atrăgătoare. Un exemplu semnificativ în acest sens îl reprezintă amestecurile de plante care au fost comercializate sub eticheta de „spice”.

Au fost descoperite numeroase mărci de „spice” pe diferite ambalaje și liste de ingrediente. Analiza medico-legală nu a depistat, substanțele pe bază de plante declarate pe etichetă, a identificat, pe anumite eșantioane, canabinoide sintetice adăugate la amestecuri. Aceste substanțe nu s-au

numărat printre ingredientii enumerați și prin urmare este posibil să fi fost consumate în necunoștință de cauză. Canabinoidele descoperite sunt compuși aflați în studiu, relativ obscuri, unii extrem de puternici, efectele lor la oameni fiind foarte puțin cunoscute.

Încercările de a eluda controlul drogurilor prin comercializarea unor substanțe de substituție nereglementate nu reprezintă un fenomen nou. Un fenomen nou îl constituie gama largă de substanțe explorate în prezent, comercializarea agresivă a produselor care au fost etichetate eronat în mod voit, utilizarea din ce în ce mai intensă a internetului și viteza cu care reacționează piața la măsurile de control. Produsele

de tip „spice” pot reprezenta și un avertisment asupra problemelor ce vor urma. Capacitatea chimiștilor specialiști, aflați deseori în afara jurisdicțiilor europene, de a efectua sinteze organice la costuri reduse, poate deschide accesul către un număr considerabil de substanțe psihoactive. Acest lucru poate introduce grupuri complet noi de substanțe chimice, care conțin multe substanțe similare ce pot fi dificil de depistat și pune probleme majore politicilor de control bazate pe compușii individuali. În plus, întrucât este posibil ca unele dintre aceste substanțe să aibă utilizări legale sau să fie vândute în scopuri legitime, ele se pot situa între controlul drogurilor și reglementarea comerțului.

Capitolul 1

Politici și legislație

Introducere

În anul precedent au fost elaborate două noi documente europene și internaționale de politică în domeniul drogurilor. În decembrie 2008, Uniunea Europeană a dat publicității noul său plan de acțiune în domeniul drogurilor (2009-2012), care a fost urmat, câteva luni mai târziu, de noua declarație politică și noul plan de acțiune ale Organizației Națiunilor Unite pentru combaterea problemei drogurilor la nivel mondial. Capitolul de față prezintă conținutul noilor documente de politică în domeniul drogurilor și rolul organizațiilor reprezentante ale societății civile în formarea acestora.

Dezbaterile pe marginea politicilor la nivel internațional au inclus discuții cu privire la traficul de droguri, iar textul de față conține o trecere în revistă a ultimelor evoluții juridice în ceea ce privește pedepsele minime pentru traficul de droguri din Europa. Un alt aspect central al dezbaterii pe marginea politicii din acest domeniu l-a constituit reducerea riscurilor, astfel că prezentul capitol include și o prezentare a statutului juridic deținut de două categorii importante în această direcție, schimbul de ace și seringi și tratamentul de substituție.

Alte teme abordate sunt recenta adoptare și evaluare a strategiilor și planurilor de acțiune naționale privind drogurile, noile date și tendințe ale cheltuielilor publice și noile evoluții ale cercetării în domenii conexe consumului de droguri din Europa.

Realizări internaționale și europene în domeniul politicilor

Nova declarație politică și noul plan de acțiune ale Organizației Națiunilor Unite

O nouă declarație politică și un nou plan de acțiune ale ONU ⁽¹⁾ au fost adoptate la o reuniune politică la nivel înalt din cadrul sesiunii din acest an a Comisiei pentru stupefianțe a Organizației Națiunilor Unite (CND). Acestea au fost rezultatul perioadei de reflecție de un an cuprinse în cadrul analizei după 10 ani a progreselor

realizate în atingerea obiectivelor și Țintelor stabilite în 1998 în cadrul celei de-a 20-a sesiuni speciale a Adunării Generale a Organizației Națiunilor Unite (UNGASS) privind problema drogurilor la nivel mondial.

Uniunea Europeană și statele membre ale acesteia au jucat un rol decisiv în analiza UNGASS. Poziția Europei față de politica ONU în domeniul drogurilor care a luat naștere în urma procesului de analiză a fost exprimată într-un document de poziție comună elaborat de Consiliul Uniunii Europene. În acest document se subliniază importanța sănătății publice ca prim principiu al sistemului internațional

Piața globală a drogurilor ilegale

Rezultatele unui studiu nou finanțat de Comisia Europeană privind piața globală a drogurilor ilegale au fost prezentate la sesiunea din 2009 a Comisiei pentru stupefianțe de la Viena ⁽¹⁾. Studiul nu a găsit nicio dovadă care să indice că problema globală a drogurilor s-a diminuat în perioada 1998-2007. Pentru unele națiuni, problema s-a atenuat, însă pentru altele s-a înrăutățit, în unele cazuri într-o măsură substanțială.

Conform studiului, piețele drogurilor ilegale nu sunt integrate vertical sau dominate de dealeri sau carteluri principale. Deși se estimează că drogurile ilegale generează peste 100 miliarde EUR, marea majoritate a celor implicați în comerțul cu droguri obțin venituri modeste. Câteva persoane câștigă averi importante, însă acestea reprezintă doar o mică parte din venitul total.

Studiul raportează o convergență a politicilor naționale privind drogurile, un accent sporit fiind pus pe reducerea cererii, în timp ce reducerea riscurilor se bucură de o acceptare pe scară mai largă. Politicile ce îi vizează pe vânzători și traficanți au fost intensificate.

Intensificarea interzicerii drogurilor este apreciată de către studiu ca fiind cauza unor riscuri neintenționate substanțiale; iar multe dintre acestea ar fi putut să fie prevăzute (de exemplu, dislocarea geografică a producției și traficului).

⁽¹⁾ Comisia Europeană, „Report on global illicit drug markets, 2009” (disponibil la: http://ec.europa.eu/justice_home/doc_centre/drugs/studies/doc_drugs_studies_en.htm).

⁽¹⁾ Declarație politică și plan de acțiune privind cooperarea internațională pentru o strategie integrată și echilibrată pentru combaterea problemei drogurilor la nivel mondial.

de control al drogurilor, precum și nevoia unei consecvențe la scară sistemică în domeniul drogurilor între organismele ONU (inclusiv INCB, ONUDC, ONU-SIDA, OMS). De asemenea, în textul acestuia se recomandă insistent includerea în noua declarație politică a ONU a unui ansamblu de elemente-cheie și priorități. Printre acestea se numără nevoia unei politici cuprinzătoare, integrate și echilibrate în domeniul drogurilor, care să acorde o mai mare pondere reducerii cererii și în cadrul căreia să fie inclusă reducerea riscurilor. UE a insistat asupra faptului că respectarea convențiilor internaționale privind drepturile omului, inclusiv dreptul la sănătate, trebuie să constituie un element-cheie al noii politici în domeniul drogurilor și că elaborarea politicilor în domeniul drogurilor trebuie să se bazeze pe dovezi științifice. De asemenea, UE a afirmat că, pentru combaterea producției de droguri, sprijinul pentru evoluțiile alternative nu trebuie să fie condiționat de reducerea culturilor ilegale.

Noul document ONU este similar în privința conținutului cu declarațiile și planurile de acțiune inițiale ale UNGASS, convenite în 1998. Acesta include multe dintre elementele propuse de Uniunea Europeană, după cum se poate observa din planul de acțiune, care analizează o serie de probleme legate de actualele politici din domeniul drogurilor și enumeră acțiunile pe care statele membre ale ONU s-au angajat să le întreprindă în deceniul următor. Printre acțiunile și obiectivele-cheie din categoria reducerii cererii de droguri se numără: o mai bună respectare a drepturilor omului, sporirea accesului la servicii și îmbunătățirea focalizării asupra grupurilor vulnerabile. De asemenea, se face apel și la stabilirea unui echilibru mai bun în cadrul politicilor din domeniul drogurilor în favoarea reducerii cererii de droguri, precum și la realizarea unor intervenții pe baza dovezilor obținute și la punerea în aplicare a unor mecanisme de monitorizare și asigurare a calității. Cu toate acestea, documentul ONU nu recunoaște în mod explicit contribuția reducerii riscurilor, abordare ce a fost urmărită în Europa sub control științific.

Planul de acțiune al UE în domeniul drogurilor

În septembrie 2008, Comisia Europeană a publicat evaluarea finală a planului de acțiune al UE în domeniul drogurilor pentru perioada 2005-2008 ⁽²⁾. Această evaluare a cuprins o analiză a punerii în aplicare a acțiunilor, precum și a atingerii obiectivelor stabilite în planul de acțiune. De asemenea, aceasta a examinat impactul planului de acțiune asupra politicilor naționale ale statelor membre în domeniul drogurilor și a analizat cele mai recente evoluții ale situației drogurilor din Europa.

În cadrul acestei evaluări s-a constatat că, deși nu au fost puse integral în aplicare toate acțiunile și nu au fost atinse toate obiectivele, s-au înregistrat progrese în aproape toate domeniile planului de acțiune. În plus, faptul că majoritatea documentelor naționale de politică în domeniul drogurilor conțin obiective care le reflectă pe cele din planul de acțiune al UE în domeniul drogurilor a fost considerat drept dovadă a convergenței tot mai puternice înregistrate în rândul țărilor europene în ceea ce privește politica în domeniul drogurilor. De asemenea, s-a remarcat și o relativă stabilizare în ultimii ani a situației drogurilor din Europa, însă contribuția pe care a avut-o la această tendință planul de acțiune al UE nu a putut fi stabilită.

În ansamblu, în ciuda anumitor neajunsuri de natură operațională, s-a considerat că planul de acțiune în domeniul drogurilor al UE a adus un surplus de valoare în trei direcții distincte: a determinat statele membre și instituțiile UE să își asume angajamentul de a atinge obiective comune; a oferit un cadru pentru coordonare și pentru elaborarea unei abordări unitare în domeniul drogurilor; a constituit un model de politică la nivel internațional.

Evaluarea finală a planului de acțiune în domeniul drogurilor a anunțat elaborarea succesorului acestuia, Planul de acțiune al UE în domeniul drogurilor (2009-2012), care a fost aprobat de Consiliul European în decembrie 2008 ⁽³⁾. Acest plan de acțiune, al cincilea din 1990, este al doilea elaborat în cadrul actualei strategii a UE în domeniul drogurilor (2005-2012). Obiectivul său este de a reduce semnificativ prevalența consumului de droguri în rândul populației și de a reduce daunele sociale și de sănătate cauzate de consumul și de comerțul cu droguri ilegale.

Noul plan de acțiune al UE identifică cinci priorități-cheie care reflectă direcțiile de acțiune ale acestuia: îmbunătățirea coordonării, a cooperării și a sensibilizării populației; reducerea cererii de droguri; reducerea ofertei de droguri; îmbunătățirea cooperării internaționale; îmbunătățirea înțelegerii acestor probleme. Noul plan este mult mai concentrat față de predecesorul său, cuprinzând numai jumătate din numărul de obiective (24) și mai puține acțiuni (72). De asemenea, planul conține obiective și acțiuni care nu au fost prezente în planul de acțiune anterior ⁽⁴⁾. Un evaluator extern și independent va realiza în 2012 o evaluare finală a actualului plan de acțiune și a actualei strategii în domeniul drogurilor, care va fi urmată de o perioadă de reflecție în vederea pregătirii următoarelor documente de politică a UE în domeniul drogurilor.

⁽²⁾ 13407/08 ADD3 Cordroque 69 (<http://register.consilium.europa.eu/pdf/en/08/st13/st13407-ad03.en08.pdf>).

⁽³⁾ JO C 326, 20.12.2008, p. 7.

⁽⁴⁾ A se vedea „Planul de acțiune al UE în domeniul drogurilor (2009-2012): elemente noi”, p. 21.

Planul de acțiune al UE în domeniul drogurilor (2009-2012): caracteristici noi

Participarea societății civile la politica privind drogurile a primit o atenție suplimentară în noul plan de acțiune al UE privind drogurile. Prin instituirea unei „Acțiuni Europene în domeniul Drogurilor”, planul de acțiune își propune să stimuleze angajamentul societății civile europene în legătură cu problemele privind drogurile. Planul de acțiune solicită, de asemenea, statelor membre să implice societatea civilă la toate nivelurile corespunzătoare ale politicii privind drogurile.

Accentul pus asupra calității intervențiilor în domeniile de prevenire, tratament, reducere a riscurilor și reabilitare a fost sporit prin acțiuni ce încurajează întocmirea și schimbul de orientări, bune practici și standarde de calitate și elaborarea standardelor de calitate minime ale UE sau a reperelor în aceste domenii. Situația din penitenciare beneficiază, de asemenea, de atenție suplimentară, în contextul reducerii cererii de droguri, cu acțiuni care solicită statelor membre să furnizeze servicii pentru consumatorii de droguri din închisori, echivalente cu cele existente în afara închisorilor, pentru a aplica îngrijirea postspitalicească după eliberarea din închisoare și, în general, pentru a îmbunătăți monitorizarea problemei drogurilor și a serviciilor antidrog în această situație.

Majoritatea acțiunilor legate de reducerea cererii au drept scop îmbunătățirea aplicării legii și a cooperării judiciare între statele membre, deseori prin implicarea sporită a organismelor, proiectelor și instrumentelor UE. Reducerea deturării și traficului de precursori de droguri în interiorul și pe teritoriul Europei face obiectul a șapte acțiuni diferite, cu o concentrare operațională largă.

În domeniul cooperării internaționale, se pune un accent mai puternic asupra dezvoltării alternative, existând trei acțiuni care fac apel la un sprijin financiar și politic intensificat pentru aceste programe. O reflectare mai bună a abordării bazate pe echilibrul dintre reducerea cererii și a ofertei este urmărită, de asemenea, în acordurile și programele externe.

În contextul informării, cercetării și evaluării, o acțiune nouă cere dezvoltarea unor indicatori-cheie și strategii de colectare a datelor privind infracțiunile legate de droguri, cultivarea ilegală, piețele drogurilor și intervențiile pentru reducerea ofertei. Se acordă o atenție sporită consolidării cercetării în domeniul drogurilor și elaborării unei evaluări a politicii drogurilor, atât la nivel național, cât și la nivelul UE.

Societatea civilă și elaborarea politicilor în domeniul drogurilor

Antrenarea organizațiilor neguvernamentale (ONG) în dezbaterile pregătitoare pentru noile documente de politică în domeniul drogurilor ale UE și ONU reprezintă

un pas important în participarea societății civile în cadrul acestui domeniu de politică. În mai 2008, Forumul societății civile în domeniul drogurilor din cadrul Comisiei Europene a dezbătut primele rezultate ale evaluării planului de acțiune al UE în domeniul drogurilor pentru perioada 2005-2008 și a discutat nevoile și posibilul conținut al următorului plan de acțiune (Comisia Europeană, 2008a). Cele 26 de ONG-uri participante în cadrul acestui forum au propus ca în centrul politicii UE în domeniul drogurilor să se afle principiile sănătății publice și drepturilor omului și să se sublinieze nestigmatizarea și nediscriminarea. De asemenea, acestea au atras atenția asupra faptului că ar trebui să se acorde mai multă atenție grupurilor vulnerabile, policonsumului de droguri, aspectelor legate de sănătatea mintală, situației din penitenciare și prevenirii deceselor legate de consumul de droguri. Printre prioritățile pentru acțiune identificate de acest forum se numără îmbunătățirea coordonării dintre administrația publică și societatea civilă, dezvoltarea unor standarde de calitate în reducerea cererii de droguri, îmbunătățirea mecanismelor de culegere a datelor și sprijinirea dezvoltării alternative în țările terțe.

Contribuția ONG-urilor la progresele înregistrate în atingerea obiectivelor stabilite la UNGASS 1998 a fost evaluată de Comitetul ONG pentru stupefianți din Viena, cu sprijin financiar din partea Comisiei Europene și a mai multor state membre ale UE. Procesul „După 2008” a avut la bază nouă consultări regionale care au culminat cu organizarea unui forum la Viena, în iulie 2008. Declarația finală și cele trei rezoluții adoptate de forum au subliniat multiplele activități ale ONG-urilor și rolul tot mai important al acestora în politica din domeniul drogurilor ⁽⁵⁾. ONG-urile au făcut apel la guverne și la organizațiile internaționale să le consulte cu regularitate și să le ofere mai mult sprijin. Dintre multiplele și variatele apeluri făcute pe lângă statele membre și organizațiile internaționale, pot fi identificate câteva teme, inclusiv: o politică echilibrată și cuprinzătoare în domeniul drogurilor, întemeiată pe drepturile omului, sănătatea publică și dovezi științifice; creșterea capacităților de monitorizare și evaluare; elaborarea și diseminarea de bune practici și, în special, de principii directe pentru tratamente eficiente; accesibilitatea și furnizarea corespunzătoare a stupefiantelor utilizate ca analgezice; sancțiuni și dispoziții alternative pentru infracțiunile legate de consumul de droguri; respectarea drepturilor omului ale deținuților dependenți de droguri sau ale persoanelor aflate în arest pentru infracțiuni legate de droguri.

⁽⁵⁾ http://www.vngoc.org/details.php?id_cat=8&id_cnt=56

Strategii și planuri de acțiune naționale în domeniul drogurilor

Noi evoluții

Strategiile și planurile de acțiune constituie în prezent instrumente esențiale ale politicilor naționale în domeniul drogurilor din Europa. Cu excepția uneia singure, toate cele 30 de țări monitorizate de OEDT au adoptat astfel de documente, pe care le reînnoiesc periodic.

În 2008 au fost adoptate noi documente naționale de politică în domeniul drogurilor ⁽⁶⁾ de către Grecia, Franța și Regatul Unit. Grecia a adoptat un plan de acțiune (2008-2012) în completarea strategiei sale în domeniul drogurilor, deja existentă. Printre obiectivele noului plan se numără îmbunătățirea acordării de tratament în domeniul drogurilor. Noul plan de acțiune din Franța (2008-2011) vizează drogurile ilegale, alcoolul și tutunul. O prioritate-cheie a acestei țări constă în descurajarea tinerilor să înceapă consumul de droguri prin reafirmarea interdicției consumului de droguri și informarea tinerilor și părinților acestora cu privire la riscurile legate de consumul de droguri. Noua strategie în domeniul drogurilor (2008-2018) și planul de acțiune (2008-2011) adoptate de Regatul Unit urmăresc să limiteze oferta de droguri ilegale și să reducă cererea de astfel de droguri, acordând în același timp o atenție deosebită protecției familiilor și consolidării comunităților.

Documentele naționale de politică în domeniul drogurilor ale altor zece state membre ale UE au expirat în 2008. Spania a adoptat o nouă strategie privind drogurile în februarie 2009, iar alte opt state (Bulgaria, Irlanda, Italia, Lituania, Cipru, Portugalia, România, Slovacia) se aflau în curs de finalizare și adoptare a noilor strategii și planuri de acțiune în domeniul drogurilor în prima jumătate a anului 2009; Letonia și-a extins programul pentru 2005-2008 cu un plan de acțiune de un an. La rândul lor, Țările de Jos intenționează să-și înlocuiască în 2009 Cartea albă privind politica în domeniul drogurilor din 1995, în timp ce în alte câteva țări cel puțin unul din documentele de politică va expira în cursul acestui an (Republica Cehă, Luxemburg, Ungaria, Slovenia, Croația, Turcia).

Evaluare

Aproximativ două treimi din țările europene raportează revizuirea continuă sau anuală a punerii în aplicare a acțiunilor stabilite în documentele lor naționale de politică

în domeniul drogurilor. În majoritatea cazurilor se înaintează guvernului sau parlamentului un raport de activitate pe baza datelor strânse de la furnizorii de servicii și ministerele implicate în politica din domeniul drogurilor. Astfel, majoritatea țărilor au început deja să pună în aplicare acțiunea 70 din planul de acțiune al UE (2009-2012) privind drogurile, care invită statele membre ale UE să își evalueze și să își ajusteze cu regularitate sau în permanență politicile naționale în domeniul drogurilor.

O evaluare similară poate fi făcută în ceea ce privește analiza finală a strategiilor și planurilor de acțiune naționale în domeniul drogurilor, peste 20 de țări raportând că fie pregătesc în prezent o astfel de evaluare, fie au încheiat-o de curând. În unele cazuri, raportul final reprezintă o sinteză a rapoartelor de punere în aplicare; în alte cazuri, se încearcă să se ajungă la o mai bună înțelegere a procesului de aplicare, a eficacității sau a impactului politicii. Două (Luxemburg și Cipru) din țările care au adoptat o abordare mai profundă față de această evaluare au decis să colaboreze cu evaluatori externi din afara țării.

Evaluatorii politicilor în domeniul drogurilor se confruntă cu o serie de dificultăți considerabile în încercarea de a corela rezultatele strategiilor sau ale planurilor de acțiune din domeniul drogurilor cu schimbările intervenite în situația drogurilor. Printre aceste dificultăți se numără probleme legate de evaluarea efectelor unui ansamblu larg de acțiuni și de înțelegerea limitată a influenței principalelor elemente contextuale cum ar fi piața drogurilor sau tendințele înregistrate în consumul de droguri și stilul de viață în rândul tinerilor. Cu toate acestea, unele țări europene au depus eforturi pentru a stabili legături între strategiile sau planurile de acțiune în domeniul drogurilor și indicatorii situației drogurilor. Astfel de eforturi ar trebui să fie mai frecvente în viitor, noul plan de acțiune al UE în domeniul drogurilor (2009-2012) recomandând elaborarea de instrumente pentru măsurarea eficienței și a impactului politicilor în domeniul drogurilor. OEDT elaborează, de asemenea, orientări care să ajute statele membre să evalueze și să interpreteze rezultatele documentelor naționale de politică în domeniul drogurilor.

Cheltuieli publice

Factorii decizionali au nevoie de informații fiabile și detaliate pentru evaluarea alocării efective a resurselor în acest domeniu și, în ultimă instanță, a relațiilor costuri-beneficii ale politicii în domeniul drogurilor. Estimarea, în termeni economici, a resurselor utilizate de stat ca răspuns

⁽⁶⁾ Termenul „document național de politică în domeniul drogurilor” desemnează orice document aprobat de un guvern și care definește principii generale și intervenții sau obiective specifice în domeniul drogurilor, când acesta este numit în mod oficial strategie în domeniul drogurilor, plan de acțiune, program sau alt tip de document de politică.

la consumul de droguri ilegale constituie, prin urmare, un pas important către înțelegerea impactului la scară mai largă al consumului de droguri.

Estimările cheltuielilor publice se bazează pe bugetele publice și documentele de contabilitate. Cu toate acestea, estimarea cheltuielilor totale survenite în cadrul punerii în aplicare a politicilor naționale în domeniul drogurilor este dificilă, întrucât presupune reunirea cifrelor referitoare la activități desfășurate la diferite niveluri ale administrației publice (de exemplu, local, regional, național), care pot fi finanțate în cadrul unor rubrici bugetare diferite și care deseori nu sunt în mod expres identificate ca fiind legate de droguri.

Cheltuielile publice totale legate de droguri efectuate în Europa în 2005 au fost estimate la 34 de miliarde de euro (OEDT, 2008a). Dat fiind nivelul ridicat al subraportării, nu este posibilă actualizarea acestei estimări. Dificultățile întâmpinate în culegerea de date în acest domeniu sunt ilustrate de faptul că din cele 23 de țări care au raportat date pentru anul 2007, numai Republica Cehă a fost în măsură să ofere o defalcare a cheltuielilor la toate nivelurile administrației. Majoritatea țărilor au putut oferi date cu privire la cheltuielile administrației centrale, iar șapte au furnizat și date privind cheltuielile efectuate de către administrația regională sau locală (Belgia, Danemarca, Estonia, Austria, Finlanda, Croația) sau din fondurile de securitate socială (Germania).

Cheltuieli dedicate și nededicate

Cheltuielile dedicate reprezintă cheltuielile publice planificate legate de droguri, realizate de administrația statului. Aceste cheltuieli reflectă angajamentul voluntar al statului în domeniul drogurilor și pot fi identificate

printr-o analiză detaliată a bugetelor publice.

Din cele 23 de țări care au furnizat date pentru anul 2007, 16 au raportat numai cheltuielile dedicate. În multe cazuri (de exemplu, Estonia, Franța, Polonia, România), o mare parte a cheltuielilor dedicate identificate au fost ocazionate de punerea în aplicare a documentelor naționale de politică în domeniul drogurilor.

Nu toate cheltuielile legate de droguri sunt identificate ca atare în bugetele naționale. În majoritatea țărilor, suma cheltuită în anumite activități legate de droguri este integrată în alte programe și intervenții (de exemplu, în bugetul general pentru operațiuni de poliție sau intervenții care vizează atât substanțe legale, cât și substanțe ilegale). În aceste cazuri, astfel de „cheltuieli nededicate” trebuie estimate printr-o metodă ce vizează modelarea costurilor. Rezultatele studiilor anterioare arată că, în majoritatea cazurilor, cheltuielile nededicate reprezintă partea mai importantă a cheltuielilor naționale efectuate pentru problema drogurilor.

Cheltuielile publice legate de droguri pot fi categorisite după sistemul de clasificare a funcțiilor administrației publice (COFOG) (OEDT, 2008e). Trei țări au furnizat date privind cheltuielile dedicate clasificate în primul nivel COFOG (Luxemburg, Finlanda, Regatul Unit, dar numai pentru Anglia), doar Regatul Unit incluzând cifre pentru „servicii publice generale”, „educație” și „protecție socială” (7). În aceste trei țări, „sănătatea” a beneficiat de cea mai ridicată proporție din sumele totale alocate, urmată de „ordinea și siguranța publică” (tabelul 1). Spre deosebire de acestea, pentru țările care au furnizat date COFOG pentru cheltuielile nededicate, cea mai mare parte a fost alocată pentru „ordinea și siguranța publică”, urmată de „sănătate”. Același lucru se desprinde și

Tabelul 1: Cheltuielile publice dedicate și nededicate legate de droguri în 2007 pentru statele membre ale UE care raportează pe COFOG (clasificarea funcțiilor guvernului)

Categoria COFOG	Luxemburg milioane EUR (%)		Finlanda ⁽¹⁾ milioane EUR (%)		Regatul Unit milioane EUR (%)
	Dedicate	Nededicate ⁽²⁾	Dedicate	Nededicate	Nededicate
Servicii pentru publicul larg	—	—	—	—	50,4 (3,6)
Ordinea publică și siguranța	4,7 (37,6)	15,1 (70,2)	—	62,3 (82,2)	358,9 (27,2)
Sănătatea	7,8 (62,4)	6,4 (29,8)	14,3 (100)	3,8 (5,0)	958,2 (68,8)
Educația	—	—	—	9,7 (12,8)	15,2 (1,1)
Protecția socială	—	—	—	—	10,5 (0,8)

⁽¹⁾ Datele din 2006.

⁽²⁾ Detaliile complete privind procedurile de modelare folosite pentru obținerea estimărilor cheltuielilor nededicate sunt furnizate de Luxemburg.

Surse: Rapoartele naționale Reitox (2008).

⁽⁷⁾ Clasificarea COFOG cuprinde trei niveluri ierarhice. La primul nivel, cheltuielile publice sunt defalcate în zece funcții.

din concluziile rapoartelor anterioare (a se vedea OEDT, 2008e), ceea ce sugerează că, deși cea mai mare parte din cheltuielile dedicate sunt alocate intervențiilor pentru „sănătate”, „grosul” cheltuielilor publice legate de droguri revine activităților de „ordine și siguranță publică”.

Tendențe

În majoritatea țărilor pentru care sunt disponibile informații consecvente, față de 2005, în 2007 cheltuielile dedicate, la prețuri constante, au crescut. Creșterile au variat între 14 % și 23 % (Republica Cehă, Irlanda, Lituania, Luxemburg, Croația) și până la 72 % (Cipru, Finlanda). În Regatul Unit, cheltuielile dedicate au rămas stabile în această perioadă.

Legislație națională

Abordarea echilibrată a politicii în domeniul drogurilor de către Uniunea Europeană conferă o pondere egală reducerii cererii și ofertei de droguri. O analiză a legislației naționale adoptate în decursul ultimilor zece ani arată că statele membre ale UE au legiferat în mod activ în conformitate cu acest angajament politic. Țările au instituit cadre de reglementare pentru anumite activități de reducere a riscurilor, mărind pedepsele pentru traficul de droguri. La jumătatea acestei perioade, două instrumente ale UE au impulsivat și mai mult aceste procese. În 2003, Consiliul European a emis o recomandare cu privire la prevenirea și reducerea riscurilor legate de consumul de droguri, în care solicita adoptarea unor măsuri, inclusiv furnizarea de tratamente de substituție corespunzătoare și acordarea accesului la distribuția și schimbul de materiale pentru injectare ⁽⁸⁾. Celălalt instrument, Decizia-cadru 2004/757/JAI a Consiliului din 25 octombrie 2004, solicita înăsprirea pedepselor pentru traficul de droguri ilegale. Prezenta secțiune va descrie tendințele înregistrate în ultimii zece ani în ceea ce privește reglementarea activităților de reducere a riscurilor și pedepsele împotriva traficantilor. Rândurile de mai jos vor arăta că activitatea în aceste domenii la nivel național s-a reflectat în acordurile încheiate la nivelul UE, deși unele țări și-au exercitat dreptul de a lua măsuri mai ample decât standardele minime stabilite prin aceste acorduri.

Tratamentul de substituție pentru opiacee

Din 1998, 18 țări au raportat adoptarea a aproximativ 45 de texte juridice privind înființarea sau modificarea cadrului legal al programelor de tratament de substituție. O parte din aceste texte sunt dedicate

stabilirii sau reglementării în detaliu a acestor programe: în Irlanda (1998), Polonia (1999), Germania (2000), Republica Cehă și Portugalia (2001), Grecia și Luxemburg (2002), Belgia și Franța (2004), Letonia (2005) și Austria și Lituania (2007).

Deși țările europene au abordat multe aspecte diferite ale tratamentului de substituție pentru opiacee în legile și reglementările adoptate, până în 2004 s-a observat o tendință însemnată de a defini substanțele permise. În această perioadă, aproximativ un sfert din texte au autorizat sau au reglementat utilizarea unor substanțe precum metadona sau buprenorfina. Pe de altă parte, o treime din cele raportate din 2002 au definit sau au facilitat accesul la programe. Prescrierea substanțelor de substituție pentru opiacee se limitează uneori la medicii din centre de tratament, deși frecvent este permisă și prescrierea de către alți medici ⁽⁹⁾. De obicei, legislația specifică și dispensarele autorizate, de cele mai multe ori farmacii sau centre de tratament, deși unele țări permit și distribuirea de către medici.

Programele de schimb de ace și seringi

Programele de schimb de ace și seringi pot funcționa la nivel local, regional sau național, uneori dispunând de un cadru juridic național care să le autorizeze, însă de cele mai multe ori fără un astfel de cadru. Dispozițiile legislative raportate în Europa în prima parte a ultimilor zece ani au urmărit, în cea mai mare parte, crearea unui temei juridic pentru astfel de intervenții (Slovenia în 1999, Polonia în 2001, Finlanda în 2003) sau definirea ori facilitarea drepturilor de acces la programele de schimb de ace și seringi (Belgia și Franța în 1998, Finlanda în 2003). În scurt timp, accentul legislativ s-a deplasat asupra reglementării acestor programe, Belgia, Portugalia și Luxemburg adoptând legi sau decrete specifice în 2000, 2001 și respectiv 2003, care au reglementat categoriile de entități care pot desfășura astfel de programe și au definit dacă sunt permise sau nu distribuitorii automate. În Portugalia, cadrul de reglementare a fost extins în 2007 în așa fel încât să includă programele de schimb de ace și seringi în penitenciare.

Unele țări au adoptat dispoziții legislative pentru a răspunde îngrijorărilor potrivit cărora programele de schimb de ace și seringi ar putea veni în conflict cu dispozițiile juridice menite să criminalizeze „facilitarea” consumului de droguri sau „incitarea” la acesta. În Belgia și în Germania, acest aspect a fost abordat printr-o clauză inclusă în legislație care exonerează în mod specific anumite programe de la orice astfel de acuzații,

⁽⁸⁾ Recomandarea Consiliului din 18 iunie 2003 (JO L 165, 3.7.2003, p. 31).

⁽⁹⁾ A se vedea figura 11, p. 82.

deși pot fi impuse limite cu privire la numărul de seringi distribuite. În câteva țări, poliției i-au fost furnizate orientări cu privire la practica adecvată de asigurare a respectării legii în vecinătatea punctelor de distribuire a acelor și seringilor. În general, potrivit datelor raportate, confiscarea de seringi sau ace sterile se întâmplă rareori în Uniunea Europeană.

Pedepsele pentru trafic

În ultimii zece ani, statele membre ale UE au indicat atât individual, cât și colectiv că infracțiunile de trafic de droguri ar trebui pedepsite mai aspru, chiar dacă infracțiunile în sine sunt definite în mod diferit în legislațiile a aproape 30 de țări. Infracțiunile legate de „trafic” pot include producția sau cultivarea, importul și exportul, transportarea, oferirea, vânzarea și/sau posesia de droguri, cu intenția de a le distribui sau furniza sau de a le utiliza „în scop lucrativ” sau „în scopuri comerciale”.

În perioada 1999-2004, șase țări au adoptat legi prin care au fost înăsprite pedepsele pentru anumite infracțiuni legate de traficul de droguri. În 1999, Irlanda a creat o nouă infracțiune, aceea privind posesia unei cantități mari de droguri (în valoare de peste 12 700 EUR) cu intenția de a le furniza, pentru care se impune obligatoriu o pedeapsă privativă de libertate de cel puțin zece ani. În 2000, Regatul Unit a introdus o pedeapsă privativă de libertate de cel puțin șapte ani pentru a treia condamnare pentru trafic cu droguri de clasa A, iar în 2001 Grecia și-a înăsprit legislația cu privire la pedepsele pentru traficanți, reducând drepturile acestora la eliberarea condiționată. În 2002 și 2004, codul penal estonian a fost modificat, crescând pedepsele maxime de la trei la cinci ani pentru traficanții de cantități mici și de la cinci la zece ani pentru cantitățile mari. În Danemarca, pedepsele pentru trafic au crescut de la șase la zece ani sau, în cazul traficului de cantități mari sau de substanțe deosebit de periculoase, de la 10 la 16 ani. Tot în 2004, Lituania a crescut pedepsele pentru infracțiunile simple de trafic de la maxim doi ani la doi până la opt ani, iar pentru cantități mari de la 2-8 ani la 8-10 ani.

În octombrie 2004, Decizia-cadru 2004/757/JAI a Consiliului a stabilit dispoziții minime ale actelor penale și pedepse minime pentru trafic. De la acea dată, alte patru țări au adoptat legi în vederea alinierii pedepselor pentru infracțiunile simple de trafic la dispozițiile acestei decizii. În 2006, Țările de Jos au crescut pedeapsa maximă pentru traficul de cantități mari de droguri de la patru la șase ani,

Baza de date legislativă europeană privind drogurile

Baza de date legislativă europeană privind drogurile (ELDD) reprezintă baza de date online a OEDT ce conține informații privind legislația europeană în domeniul drogurilor pentru statele membre și Norvegia. ELDD pune la dispoziție texte juridice în formatele lor originale, profiluri ale legilor privind drogurile din fiecare țară și rapoarte detaliate privind subiecte specifice. În prezentările generale ale subiectelor, baza de date pune, de asemenea, la dispoziție rezumate privind poziția juridică asupra subiectelor selectate, inclusiv traficul ilegal de droguri, tratamentul de substituție și programele pentru ace și seringi ⁽¹⁾.

⁽¹⁾ Prezentări generale ale subiectelor ELDD: <http://eldd.emcdda.europa.eu/html.cfm/index5036EN.html>

în timp ce Polonia

a crescut pedepsele pentru posesia de cantități mari și furnizarea de droguri către minori de la maxim cinci ani la maxim opt ani, prevăzând și o perioadă minimă de șase luni. În Slovacia, pedeapsa pentru infracțiunile simple de trafic a crescut de la 2-8 ani la 4-10 ani, iar pedeapsa maximă pentru cantitățile mai mari a crescut de la 10 la 15 sau chiar la 20 de ani. În sfârșit, în Austria, pedeapsa minimă pentru oferirea de substanțe narcotice către alte persoane sau pentru cultivarea anumitor plante narcotice a crescut în 2007 de la șase luni la 12 luni de închisoare. Pedepsele pentru infracțiunile mai grave nu au fost schimbate, deși definiția conceptului de cantitate mare a fost redusă de la 25 la 15 ori cantitatea-prag.

Cercetarea în domeniul drogurilor

Rapoartele privind cercetările în domeniul drogurilor desfășurate în fiecare din țările europene au fost incluse într-un Extras publicat de OEDT ⁽¹⁰⁾. În acest an sunt analizate referințele la cercetările naționale din ultimele rapoarte Reitox pentru a se obține o perspectivă asupra cercetărilor realizate recent în țările europene. Această secțiune conține și un raport privind un studiu referitor la cercetările în domeniul drogurilor, publicat în acest an de Comisia Europeană.

Proiecte de cercetare în statele membre

În ultimele rapoarte naționale Reitox, țările europene au menționat peste 350 de proiecte de cercetare întreprinse sau publicate în 2007 și în 2008. Regatul Unit a menționat cel mai mare număr de proiecte de cercetare, peste 80, urmat de Germania și Țările de Jos, fiecare

⁽¹⁰⁾ Mai multe informații despre cercetările desfășurate în domeniul drogurilor la nivelul UE și la nivel național sunt disponibile la adresa <http://www.emcdda.europa.eu/themes/research>

raportând peste 30, și de Republica Cehă, Irlanda și Finlanda, cu peste 20.

Cercetările privind răspunsurile la situația drogurilor reprezintă mai mult de o treime din studiile recente, în timp ce o altă treime s-a concentrat asupra prevalenței, incidenței și tiparelor consumului de droguri, iar o cincime asupra consecințelor consumului de droguri. Printre domeniile care se pare că au atras considerabil mai puțină atenție în cercetare s-au numărat: elementele determinante, factorii de risc și protecție, mecanismele și efectele drogurilor, oferta și piețele și diferite aspecte metodologice.

Rezultatele acestei analize, deși sunt limitate ca sferă de cuprindere, vin în sprijinul apelurilor lansate în noul plan de acțiune al UE pentru intensificarea eforturilor de cercetare în acele domenii prioritare care sunt insuficient reprezentate, în special oferta de droguri.

Analiza cercetărilor în domeniul drogurilor realizate în Uniunea Europeană

Și oferta de droguri se numără printre domeniile identificate ca fiind prea puțin reprezentate în cercetările

actuale de către studiul realizat pentru Comisia Europeană și intitulat „Analiză comparativă aprofundată a cercetărilor în domeniul drogurilor ilegale din Uniunea Europeană”. Acest raport indica faptul că prevenirea, cadrele juridice și interdicțiile constituie alte domenii disproporționat de puțin analizate în cercetări, în timp ce cercetările pe teme epidemiologice par să fie mai frecvente ⁽¹¹⁾. În cadrul studiului s-a constatat că, deși în statele membre este disponibilă o expertiză cuprinzătoare, ar trebui acordată atenție îmbunătățirii comparabilității datelor între țări și creșterii vizibilității cercetărilor.

S-a constatat că participarea la activitățile de cercetare europene variază într-o măsură considerabilă între țări, o mare parte a cooperării internaționale având loc la un nivel neoficial. Totuși, studiul a subliniat faptul că cercetările în domeniul drogurilor pot fi facilitate de către rețelele europene și internaționale de cercetători. Capacitatea de cercetare, calitatea generală și disponibilitatea fondurilor variază într-o măsură însemnată în UE și există o nevoie considerabilă de consolidare a capacităților și de finanțare care să acopere o gamă mai largă de domenii strategice legate de planul de acțiune al UE.

⁽¹¹⁾ A se vedea http://ec.europa.eu/justice_home/fsj/drugs/fsj_drugs_intro_en.htm



Capitolul 2

Răspuns la problema drogurilor în Europa – o privire de ansamblu

Introducere

Capitolul de față oferă o privire de ansamblu asupra răspunsurilor la problema drogurilor în Europa, evidențiind, ori de câte ori este posibil, tendințe, evoluții și aspecte calitative. Pentru început vor fi trecute în revistă măsurile de prevenire, urmând apoi o prezentare a intervențiilor din domeniul tratamentelor, al reducerii riscurilor și reintegrării sociale. Împreună, toate aceste măsuri constituie un sistem cuprinzător de reducere a cererii de droguri. Ele pot fi considerate complementare și uneori sunt furnizate în combinație și de către aceleași unități. Acest lucru se întâmplă din ce în ce mai frecvent, de exemplu, în cazul măsurilor de tratament și de reducere a riscurilor.

Răspunsurile elaborate în cadrul asigurării aplicării legislației privind drogurile sunt de asemenea abordate într-o secțiune nouă, care include cele mai recente date privind infracțiunile legate de droguri. Capitolul se încheie cu o analiză a datelor disponibile privind nevoile consumatorilor de droguri din penitenciare și a răspunsurilor existente în acest mediu special.

Prevenire

Prevenirea consumului de droguri poate fi împărțită în diferite niveluri sau strategii, de la prevenirea de proximitate (care vizează întreaga societate) la prevenirea indicată (care se concentrează asupra persoanelor expuse riscurilor). În mod ideal, diferitele strategii nu se concurează, ci se completează. Rândurile de mai jos cuprind o sinteză a evoluțiilor recente și a rezultatelor nou raportate ale studiilor controlate efectuate în domeniul prevenirii.

Prevenirea universală

Prevenirea universală se adresează întregii populații. Scopul acesteia este de a împiedica sau de a întârzia apariția consumului de droguri și a problemelor legate de droguri oferind tinerilor informațiile și deprinderile necesare pentru a evita să înceapă să consume droguri. Măsurile de prevenire întreprinse în Europa sunt în prezent,

pentru prima dată, monitorizate sistematic de către majoritatea statelor membre. Majoritatea rapoartelor recente confirmă faptul că intervențiile al căror obiectiv constă în furnizarea de informații despre droguri, precum seminarele de o singură ședință, constituie principala metodă pentru prevenirea în școli și prevenirea universală comunitară în toate aceste țări. Totuși, nu există dovezi care să susțină eficacitatea acestui tip de intervenții. Cu toate acestea, în prezent și alte țări (Republica Cehă, Cipru, Austria, Polonia, Slovenia, Slovacia) raportează realizarea de intervenții cu un fundament științific mai solid, precum programele de prevenire care urmează protocoale standardizate.

În prezent, numărul limitat al programelor de prevenire cu eficacitate dovedită este analizat în Europa în studiul EU-Dap (www.eudap.net). Realizat pe un eșantion de 7 000 de elevi cu vârsta cuprinsă între 12 și 14 ani din șapte țări europene, studiul evaluează un program bazat pe metoda influenței sociale la scară largă, care combină dezvoltarea aptitudinilor de integrare socială cu educația normativă și dobândirea de cunoștințe cu privire la substanțe. După doi ani, concluzia a fost că programul este eficient în ceea ce privește reducerea frecvenței stărilor de ebrietate și a consumului de cannabis.

Rezultatele studiului EU-Dap diferă substanțial în funcție de sex, eficacitatea globală a programului fiind observată în general numai la băieți. Nu este clar dacă acest lucru se explică prin faptul că fetele sunt expuse riscului într-o măsură mai mică sau că acestea nu au răspuns la program. Efecte diferite în funcție de sex s-au observat și în cadrul unui studiu controlat danez asupra unui program de formare a aptitudinilor de integrare socială. Cel mai puternic efect în ceea ce privește intimidarea altor copii și consumul de alcool în ultima săptămână și ultima lună s-a observat la fete, în timp ce la băieți efectele cele mai importante s-au observat în ceea ce privește consumarea a mai mult de cinci băuturi într-o singură ocazie și încercarea cannabisului.

Un studiu controlat realizat la Praga a comparat un program bazat pe comunitate, care a inclus o componentă educațională, o abordare colegială, dezvoltarea

aptitudinilor de integrare socială și programe parentale, cu „programul preventiv minim” standard din școli (Miovský *et al.*, 2007). Programul bazat pe comunitate a fost mai eficient în ceea ce privește reducerea consumului de alcool și dezvoltarea de atitudini față de substanțe în rândul elevilor cu vârsta cuprinsă între 13 și 15 ani, în special la anumite grupuri vulnerabile de copii, inclusiv din familii monoparentale. Prin urmare, s-a sugerat că programul are potențial pentru a fi utilizat în prevenirea selectivă.

Prevenirea selectivă și prevenirea indicată

Atât prevenirea selectivă, cât și prevenirea indicată recunosc faptul că consumul de droguri este concentrat în jurul unor grupuri sau persoane vulnerabile, cu oportunități sociale și personale limitate (OEDT, 2008c). Prevenirea selectivă intervine asupra unor grupuri, familii sau comunități specifice, în care persoanele, ca urmare a legăturilor sociale și resurselor reduse, pot fi mai expuse riscului consumului de droguri sau al instaurării dependenței. Baza de dovezi pentru această abordare este prezentată într-o nouă secțiune a Portalului cu cele mai bune practici al OCDE ⁽¹²⁾. Prevenirea indicată urmărește să identifice persoanele cu probleme comportamentale sau psihologice care pot avea un rol predictiv pentru apariția consumului problematic de substanțe mai târziu în viață și să le vizeze în mod individual cu intervenții speciale.

Informații noi cu privire la prevenirea selectivă destinată unor grupuri etnice au fost raportate de Belgia și Luxemburg. Pentru infractorii tineri, existența unor protocoale de intervenție sistematică în urma contactului cu sistemul de justiție penală este raportată numai de Austria, Germania, Catalonia (Spania) și Luxemburg, în timp ce celelalte țări raportează intervenții generice sau punctuale. Din 2008, FRED ⁽¹³⁾, un protocol de intervenții sistematice pentru tinerii infractori, este aplicat cu sprijinul UE în zece state membre. O nouă evaluare a protocolului FRED în 140 de centre germane a indicat niveluri reduse ale repetării infracțiunilor și ale consumului de droguri la participanți.

Proiecte noi de prevenire indicată sunt raportate numai de Germania, Țările de Jos, Slovacia și Suedia, și acestea continuă să fie extrem de rare în Europa în ciuda informațiilor privind eficacitatea lor (OEDT, 2009b). Exemple actuale de proiecte de prevenire indicată în Europa includ modelul Oregon, programul de management pentru părinți, care este pus în aplicare în Țările de Jos și Norvegia pentru părinții copiilor cu vârste cuprinse între 4 și 12 ani cu tulburări de

Campanii mass-media specifice pentru substanțe

În Europa au fost dezvoltate campanii mass-media specifice pentru substanțe axate asupra consumului de canabis (Danemarca, Irlanda, Franța, Țările de Jos, Regatul Unit) și, mai recent, asupra consumului de cocaină (Irlanda, Spania, Regatul Unit).

Aproape toate aceste campanii previn asupra pericolelor consumului drogului, iar unele dintre ele folosesc tactici de șoc. Doar două campanii îmbrățișează o abordare diferită. Campania Regatul Unit – Columbia „Responsabilitate comună” se referă la responsabilitatea consumatorilor pentru prejudiciile ecologice și sociale asociate producției de cocaină. Campania din Țările de Jos privind canabisul din 2006 s-a axat pe anumite credințe normative, cu povestiri din viața reală în care apar tineri ca modele pozitive, și nu pe avertismente și prezentarea consumului. Concluziile evaluării acestei campanii au indicat că au fost întărite anumite norme sociale negative împotriva fumatului canabisului și nu a existat niciun efect negativ asupra intenției de consum și a credințelor normative (Wammes *et al.*, 2007).

Campaniile din mass-media care subliniază pericolul consumului de droguri sunt doar rareori evaluate din punct de vedere al schimbărilor de comportament, atitudine sau intenție de a consuma droguri. În plus, au fost exprimate preocupări în legătură cu eficiența nesatisfăcătoare și riscurile posibile. De exemplu, o evaluare aprofundată a rezultatelor campaniei naționale din SUA privind canabisul nu a constatat niciun efect general. Au existat, însă, dovezi care au indicat că respectiva campanie a avut efecte nedorite în favoarea canabisului, iar persoanele care nu au fost interesate de drog în trecut au raportat intenția de a-l consuma (Hornik *et al.*, 2008). Probleme similare au fost raportate în evaluarea campaniei privind cocaina desfășurată în Scoția „Know the score” (OEDT, 2007a).

Luarea deciziilor de către tineri reprezintă un proces complex, puternic influențat de interacțiunile la nivel de grup și percepția asupra normelor sociale. Până în prezent, comunicarea mass-media nu pare să fi răspuns eficient la această complexitate.

comportament perturbator. În mod similar, metoda „Komet för föräldrar”, utilizată în aproape 30 % din municipiile din Suedia, se adresează părinților cu copii cu tulburări de exteriorizare combinate cu dificultăți de stabilire a unor relații pozitive cu alți copii. Un studiu controlat randomizat la care au participat 159 de familii a arătat o îmbunătățire semnificativă a competențelor părinților participanți și o reducere a problemelor comportamentale ale copiilor acestora.

⁽¹²⁾ <http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice/evidence/selective-prevention>

⁽¹³⁾ http://www.lwl.org/LWL/Jugend/lwl_ks/Projekte_KS1/Fgn-english

Tratament

Potrivit datelor raportate, în anul 2007 au început un tratament pentru consumul de droguri aproximativ 400 000 de consumatori ⁽¹⁴⁾. Mai puțin de jumătate din cei care au început tratamentul au făcut acest lucru pentru prima dată. În general, marea majoritate a cererilor de tratament (86 %) au fost exprimate în centrele de tratament ambulatorii. Această proporție a crescut în ultimii ani din diferite motive, inclusiv creșterea disponibilității și diversificarea tratamentului în ambulatoriu specializat.

În Europa, principalele modalități utilizate pentru tratarea problemelor legate de droguri sunt intervențiile psihosociale, substituția de opiacee și detoxificarea. Intervențiile psihosociale oferă sprijin consumatorilor în eforturile acestora de a face față și de a depăși problemele legate de consumul de droguri. Aceste intervenții includ consilierea, stimularea emoțională, terapia cognitiv-comportamentală, gestionarea de caz, terapia de grup și de familie și prevenirea recăderilor. Intervențiile psihosociale alcătuiesc fundamentul tratamentului bazat pe comunitate și al tratamentului cu spitalizare și de obicei completează tratamentul de substituție pentru opiacee. Detoxificarea de droguri este o intervenție supravegheată pe termen scurt menită să rezolve simptomele de sevraj asociate cu consumul cronic de droguri. În general, acest tratament presupune spitalizare. Amploarea relativă a diferitor modalități de tratament în fiecare țară este influențată de mai mulți factori, inclusiv de organizarea sistemului național de sănătate.

Tratamentul în centrele ambulatorii

În trecut, tratamentul pentru consumul de droguri era acordat la domiciliu și majoritatea pacienților erau consumatori de heroină. Această situație s-a schimbat în anii '80 și '90 odată cu expansiunea rapidă a tratamentului în ambulatoriu și, mai recent, cu creșterea numărului de consumatori de canabis și cocaină care solicită tratament. În plus, problemele legate de drogurile legale sau prescrise au devenit mai frecvente.

În 2007, opiaceele, în special heroina, au continuat să fie principalul drog raportat de consumatorii care au început un tratament în ambulatoriu, acestea fiind declarate ca drog primar de 54 % dintre pacienți, urmate de canabis (21 %) și cocaină (18 %). Mai multe țări raportează o creștere a proporției pacienților care

încep un tratament pentru probleme legate de alte droguri decât opiaceele, în special în rândul pacienților noi (a se vedea capitolele 3 și 5).

Consumatorii de droguri care încep tratamentul într-un centru ambulatoriu sunt mai ales bărbați tineri, cu o vârstă medie de 31 de ani, bărbații fiind de aproape patru ori mai numeroși decât femeile (3,7:1). Profilul de vârstă și sex al pacienților variază în funcție de drogul primar. Pacienții consumatori de canabis sunt, în medie, mult mai tineri (25) decât pacienții consumatori de opiacee (32) și cocaină (33). Indiferent de drogul primar, vârsta medie a pacienților care încep tratamentul pentru prima dată este cu aproximativ doi ani mai mică decât cea a tuturor pacienților. Cifre mai mari decât media pentru raportul bărbați-femei sunt raportate pentru pacienții consumatori de cocaină (5,1:1) și de canabis (5,5:1) ⁽¹⁵⁾.

Cel mai des, pacienții care încep tratamentul în ambulatoriu vin singuri la tratament, această categorie reprezentând o treime din totalul pacienților; aproximativ un sfert sunt trimiși la tratament de către sistemul de justiție penală; restul sunt trimiși prin serviciile sociale și de sănătate sau prin rețele neoficiale, inclusiv de către familii și prieteni. Trimiterile la tratament efectuate de spitale și alte surse medicale sunt rare, cu excepția Finlandei, unde 25 % din pacienți au beneficiat de astfel de trimiteri. Și Ungaria este o excepție în acest sens, peste 70 % din pacienți fiind trimiși la tratament de sistemul de justiție penală ⁽¹⁶⁾. Trebuie remarcat faptul că în Ungaria codul civil prevede că „nu se aplică nicio pedeapsă pentru posesia în cantități mici în cazul unei persoane dependente de droguri care a demonstrat că a urmat un tratament pentru consumul de droguri”.

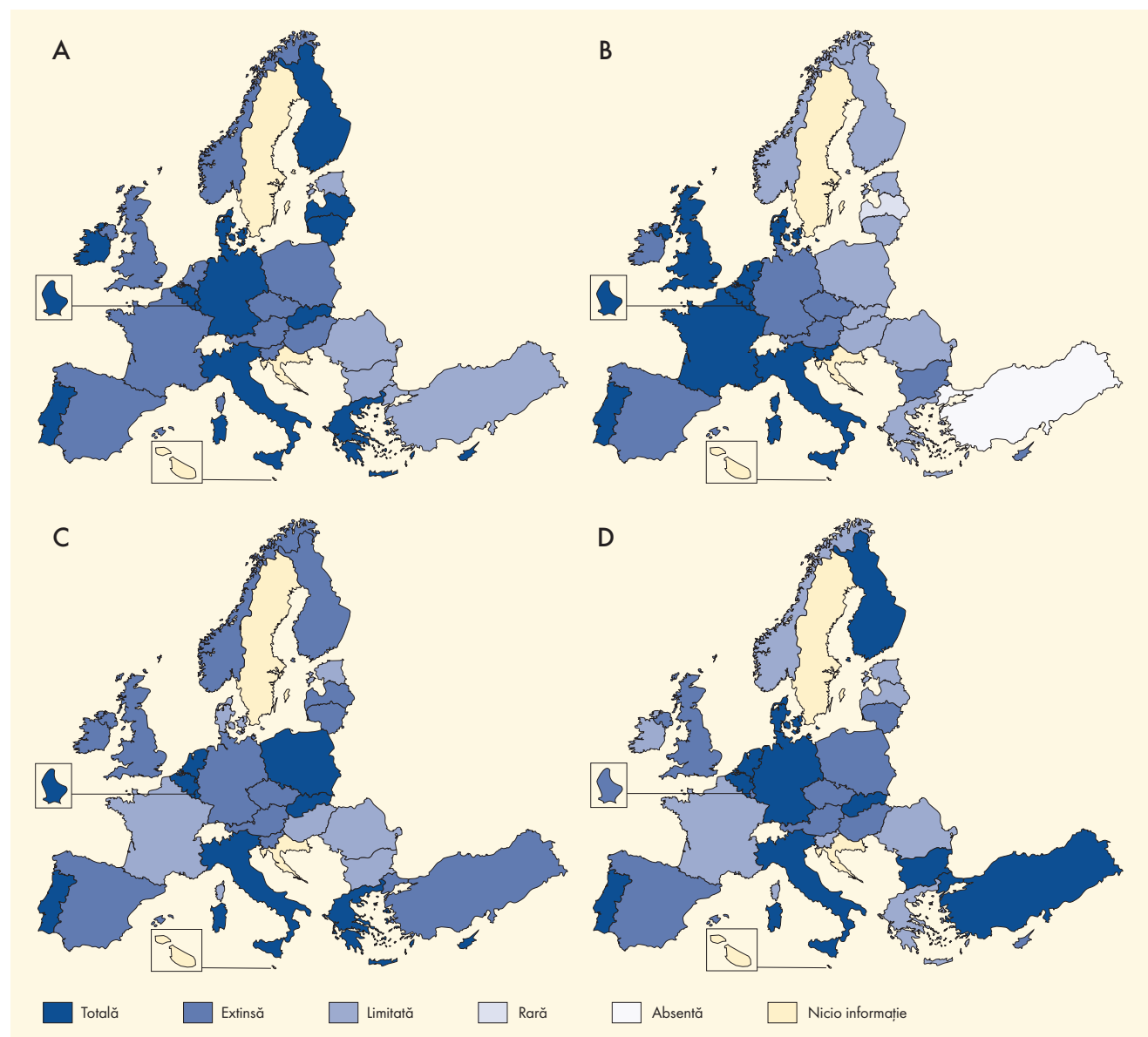
Tratamentul psihosocial în ambulatoriu este în cele mai multe cazuri furnizat de instituțiile publice (16 țări) sau de către diferite organizații neguvernamentale (zece țări). Potrivit experților naționali, în zece țări acest tip de tratament este disponibil pentru majoritatea celor care îl solicită, în timp ce în alte 13 țări este disponibil pentru aproape toți cei care îl solicită. Totuși, în patru țări (Bulgaria, Estonia, România, Turcia), se estimează că tratamentul psihosocial ambulatoriu este disponibil pentru un procent mai mic de jumătate din cei care îl solicită în mod activ (a se vedea figura 1A). Aceste clasificări pot ascunde o variație considerabilă în interiorul țărilor, precum și diferențe în ceea ce privește disponibilitatea programelor specializate de tratament pentru consumatorii de canabis sau cocaină.

⁽¹⁴⁾ Indicatorul cererii de tratament a primit date de la 23 de țări pentru centrele ambulatorii, fiind incluse peste 70 % din unități în majoritatea țărilor, și de la 20 de țări pentru centrele cu posibilități de spitalizare, fiind incluse peste 50 % din unități în majoritatea țărilor.

⁽¹⁵⁾ A se vedea tabelele TDI-10 și TDI-21 din buletinul statistic pentru 2009.

⁽¹⁶⁾ A se vedea tabelul TDI-16 (partea ii) din buletinul statistic pentru 2009.

Figura 1: Disponibilitatea modalităților de tratament în funcție de nevoi, evaluată de experți naționali: (A) tratament psihosocial în ambulatoriu, (B) substituție, (C) tratament psihosocial cu internare, (D) detoxificare



NB: Disponibilitatea este definită la proporția estimată de consumatori de droguri care necesită tratament și îl pot primi: aproape toți consumatorii (totală), majoritatea consumatorilor, însă nu toți (extinsă), mai mult decât câțiva consumatori, însă nu majoritatea (limitată), doar câțiva consumatori (rară), absentă.

Surse: Informațiile au fost colectate prin intermediul unui chestionar structurat.
Punctele focale naționale Reitox.

Tratamentul de substituție pentru opiacee

Tratamentul de substituție combinat cu asistența psihosocială este principala opțiune de tratament pentru consumatorii de opiacee din Europa. În general acesta este furnizat ca tratament în ambulatoriu, deși în unele țări este disponibil și cu internare. De exemplu, în Austria, pentru 65 % dintre pacienții care beneficiază de un tratament cu internare pe termen lung se prescrie morfină cu eliberare

încetinită. De asemenea, s-a constatat și o creștere progresivă a tratamentelor de substituție în penitenciare ⁽¹⁷⁾.

Odată cu introducerea tratamentului cu buprenorfină în doze mari în Cipru în 2007, tratamentul de substituție pentru opiacee este în prezent disponibil în toate statele membre ale UE, precum și în Croația și Norvegia ⁽¹⁸⁾. În Turcia, tratamentul de substituție încă nu a fost introdus, deși este permis în temeiul unei reglementări

⁽¹⁷⁾ A se vedea „Asistența pentru consumatorii de droguri din penitenciare”, p. 38.

⁽¹⁸⁾ A se vedea tabelele HSR-1 și HSR-2 din buletinul statistic pentru 2009.

din 2004 privind centrele de tratament. În 16 țări, serviciile ambulatorii publice specializate sunt principalele servicii care oferă tratamente de substituție. Cu toate acestea, medicii generaliști cu cabinet, deseori prin diferite acorduri de servicii de îngrijire comune cu centre specializate, joacă un rol din ce în ce mai important în furnizarea acestui tip de tratament și reprezintă principalii furnizori în anumite țări (regiunea valonă a Belgiei, Republica Cehă, Germania, Franța, Luxemburg, Austria, Norvegia) (a se vedea capitolul 6).

Se estimează că în 2007, în Europa, au beneficiat de tratament de substituție aproximativ 650 000 de consumatori de opiacee ⁽¹⁹⁾. Potrivit experților naționali, acest tip de tratament este disponibil pentru aproape toți consumatorii de opiacee din nouă țări și pentru majoritatea consumatorilor din alte șapte. În zece alte țări (Estonia, Grecia, Letonia, Lituania, Ungaria, Polonia, România, Slovacia, Finlanda, Norvegia) se estimează că tratamentul de substituție este disponibil pentru o minoritate de consumatori de opiacee. Datele privind disponibilitatea tratamentului de substituție sugerează existența unor diferențe regionale, nivelurile mai reduse ale disponibilității fiind raportate pentru țările din estul și din nordul Europei (figura 1B).

Tratamentul cu spitalizare

Tratamentul cu spitalizare sau rezidențial solicită pacienților să rămână internați o perioadă cuprinsă între câteva săptămâni și câteva luni. În general, aceste programe adoptă o abordare fără medicamente (fără tratament de substituție), cu scopul de a permite pacienților să se abțină de la consumul de droguri. Pacienții beneficiază de cazare, de tratamente psihosociale structurate individual, și participă la activități al căror obiectiv constă în reabilitarea acestora în societate. Deseori, în acest context se utilizează o metodă comunitară terapeutică. Tratamentul cu internare pentru consumul de droguri este furnizat și de spitalele de psihiatrie, în special pentru pacienții cu tulburări psihice comorbide.

În 2007, potrivit rapoartelor, aproximativ 40 000 de persoane, adică unul din zece din toți consumatorii de droguri care au început un tratament, l-au început într-un centru cu internare. Peste jumătate dintre aceștia au menționat ca principal drog opiaceele (56 %), majoritatea celorlalți declarând ca principal drog canabisul (14 %), altele decât cocaina (14 %) și cocaina (7 %).

Vârsta medie a consumatorilor de droguri care încep un tratament cu internare este de 30 de ani, însă în medie

pacienții consumatori de opiacee și cocaină sunt mai în vârstă (31) decât cei care beneficiază de tratament pentru alte substanțe stimulante decât cocaina (28) și pentru canabis (26). Majoritatea pacienților sunt bărbați, cu un raport general bărbați-femei de 3,6:1. Raportul este mai scăzut în cazul consumatorilor primari de substanțe stimulatoare altele decât cocaina (2,2:1) și mai ridicat în cazul consumatorilor de cocaină (5,1:1) și canabis (8:1). În cele mai multe țări în care această comparație este posibilă, proporția pacienților tratați pentru consum de droguri fără loc de muncă și fără domiciliu stabil este mai mare în rândul pacienților internați decât în rândul pacienților tratați în ambulatoriu ⁽²⁰⁾.

Principalii furnizori de pacienți internați sunt diferite organizații neguvernamentale (12 țări) și instituții publice (11 țări). Instituțiile private dețin acest rol în Danemarca și în Luxemburg, fiind al doilea principal furnizor în zece alte țări. Potrivit experților naționali, în 12 țări tratamentul psihosocial cu internare este disponibil pentru majoritatea celor care îl solicită, în timp ce în alte nouă țări este disponibil pentru aproape toate persoanele care îl solicită. Totuși, în șase țări (Bulgaria, Danemarca, Estonia, Franța, Ungaria, România), s-a raportat că această modalitate de tratament este disponibilă pentru un procent mai mic de jumătate din cei care îl solicită în mod activ (a se vedea figura 1C).

Detoxificarea

Detoxificarea reprezintă în general o cerință preliminară pentru începerea tratamentului rezidențial pe termen lung bazat pe abținere. În general, dar nu invariabil, aceasta reprezintă o intervenție cu spitalizare oferită în spitale, în centrele de tratament specializate sau în facilitățile rezidențiale cu secții medicale sau psihiatrice.

Instituțiile publice sunt principalii furnizori de programe de detoxificare în 21 de țări. Organizațiile neguvernamentale constituie cel mai important furnizor în Belgia (regiunea flamandă) și în Țările de Jos, în timp ce sectorul privat este predominant în Luxemburg și Bulgaria. Potrivit experților naționali, în nouă țări detoxificarea este disponibilă pentru majoritatea celor care o solicită, în timp ce în alte zece este disponibilă pentru aproape toți. În opt țări (Estonia, Irlanda, Grecia, Franța, Letonia, România, Slovenia, Norvegia), se estimează că detoxificarea este disponibilă pentru un procent mai mic de jumătate din cei care o solicită în mod activ (a se vedea figura 1D).

⁽¹⁹⁾ A se vedea tabelul HSR-3 din buletinul statistic pentru 2009.

⁽²⁰⁾ A se vedea tabelele TDI-10, TDI-13, TDI-15 și TDI-21 din buletinul statistic pentru 2009.

Asigurarea calității

Organizatorii și factorii decizionali din domeniul sănătății din Europa depun din ce în ce mai multe eforturi pentru găsirea unor mecanisme care să asigure o calitate ridicată a tratamentelor pentru consumul de droguri. De asemenea, aceștia tind să acorde prioritate intervențiilor „bazate pe dovezi” atunci când analizează furnizarea de tratament și alocarea fondurilor.

Orientările devin un instrument important în asigurarea calității tratamentelor pentru consumul de droguri. Orientările privind tratamentele includ recomandări bazate pe dovezi științifice, avize ale specialiștilor, preferințele utilizatorilor serviciilor, precum și recomandări ale sistemelor de îngrijiri medicale naționale. Ele sunt destinate să ajute la alegerea și aplicarea intervențiilor corespunzătoare pentru tratamentul pentru consumul de droguri. În 20 din cele 27 de țări care au transmis rapoarte, orientările naționale privind tratamentele pentru consumul de droguri sunt redactate de o instituție autorizată.

Orientările existente includ, în special, tratamentele farmacologice pentru consumul de droguri. Orientările naționale pentru tratamentele de substituție sunt raportate de 18 țări, iar 11 țări raportează orientări pentru detoxificare. Cu toate acestea, aproximativ o treime din aceste țări nu raportează respectarea acestor orientări ca o condiție pentru funcționarea unui centru de tratament sau pentru finanțarea acestuia.

Orientările naționale pentru tratamentele psihosociale și pentru reintegrarea socială sunt mai puțin frecvente. Numai șapte state membre (Bulgaria, Republica Cehă, Germania, Danemarca, Țările de Jos, Slovenia, Regatul Unit) raportează disponibilitatea unor orientări pentru intervențiile psihosociale, iar cinci (Republica Cehă, Germania, Portugalia, Slovenia, Regatul Unit) pentru reintegrarea socială. Insuficiența orientărilor naționale se datorează probabil numărului limitat de dovezi disponibile, ceea ce subliniază nevoia realizării mai multor studii controlate randomizate în aceste domenii.

Formarea continuă a angajaților este importantă în asigurarea furnizării unor servicii de înaltă calitate. În Uniunea Europeană se organizează frecvent cursuri de formare concepute în mod special pentru personalul implicat în tratarea dependențelor, precum și o anumită formă de formare continuă pe tema tratamentelor pentru consumul de droguri pentru medici. Majoritatea țărilor pun o serie de posibilități de formare similare la dispoziția altor profesioniști, inclusiv a asistentelor medicale, a lucrătorilor sociali și a psihologilor.

Portalul privind cele mai bune practici: un modul nou legat de tratament

Ca urmare a introducerii modulelor privind prevenirea universală și selectivă în 2008, OEDT a lansat un modul nou dedicat tratamentului pentru droguri pe „Best practice portal”. Acesta cuprinde o sinteză a concluziilor privind eficiența tratamentului farmacologic și psihosocial pentru tulburările legate de consumul de opiacee, substanțe stimulative și canabis, în baza celor mai recente analize. Activitatea pentru portal a fost facilitată de un studiu finanțat de Comisia Europeană privind calitatea tratamentului și schimbul de cele mai bune practici (Direcția Generală Sănătate și Consumatori, 2008b).

Modulul de tratament prezintă concluziile studiilor care compară eficiența diferitelor intervenții. Eficiența este stabilită în mod ideal prin efectuarea unor studii controlate sau controlate și randomizate în care intervențiile sunt comparate cu măsurile rezultate specifice. Cea mai mare parte a bazei de dovezi în acest domeniu provine din studiile întreprinse în Statele Unite. Studiile din Europa devin mai comune în prezent și includ unele activități inovatoare privind agenții noi pentru tratamentul de substituție pentru consumul de opiacee.

Noul modul include, de asemenea: linkuri către alte surse de informații, intervenții evaluate, un glosar și o prezentare succintă a lacunelor din baza de dovezi actuală. Portalul va fi extins pentru a include subiecte suplimentare.

Portalul OEDT privind cele mai bune practici:
<http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/treatment>

Evaluarea cu regularitate a rezultatelor pentru toate tipurile de tratament pentru consumul de droguri este raportată de puține țări. Cinci state membre evaluează tratamentele de substituție și detoxificare și numai Danemarca, Germania și Regatul Unit evaluează intervențiile de tratament psihosocial cu regularitate. Unele țări raportează realizarea de evaluări unice sau neregulate ale rezultatelor diferitelor tratamente.

Reducerea riscurilor

Prevenirea și reducerea riscurilor legate de droguri este un obiectiv de sănătate publică în toate statele membre și în strategia UE în domeniul drogurilor (Comisia Europeană, 2007). Printre principalele intervenții din acest domeniu se numără tratamentul de substituție pentru opiacee și programele de schimb de ace și seringi care vizează decesele prin supradoză și răspândirea bolilor infecțioase. Aceste măsuri sunt raportate ca fiind disponibile în toate țările, cu excepția Turciei. Deși există diferențe considerabile în gama de servicii și nivelul de furnizare a acestora (a se vedea capitolele 6 și 7),

tendința generală europeană este de creștere și consolidare a măsurilor de reducere a riscurilor.

Majoritatea țărilor furnizează o gamă largă de servicii de sănătate și servicii sociale, inclusiv evaluare și consiliere individuale cu privire la riscuri, formare în domeniul unui consum în condiții de mai multă siguranță, testare pentru bolile infecțioase și consiliere în această privință, vaccinare și tratament pentru hepatita virală. Deseori, aceste servicii sunt furnizate de către agenții cu acces necondiționat. Obiectivul răspunsurilor de reducere a riscurilor s-a extins dincolo de epidemia HIV/SIDA, cuprinzând o perspectivă mai largă, de îndeplinire a nevoilor medicale și sociale ale consumatorilor problematici de droguri, în special a celor care sunt excluși social.

În ultimii ani se poate observa și un proces de profesionalizare, acordându-se mai multă atenție asigurării unor standarde de înaltă calitate. De exemplu, în 2006-2007, serviciile de reducere a riscurilor din Anglia au fost inspectate în vederea identificării aspectelor care necesită îmbunătățiri. Calitatea mai poate fi asigurată și prin stipularea, în contractele de finanțare, a respectării anumitor standarde, după cum raportează Republica Cehă și Estonia.

Responsabilitatea pentru asigurarea calității revine instituțiilor naționale în 14 țări, în timp ce în țările cu un sistem federal aceasta poate reveni unor agenții la nivel subnațional. Uneori îndrumarea se poate baza pe rezultatele cercetărilor cu privire la eficiența costurilor, ca în cazul Regatului Unit, care a emis astfel de îndrumări cu privire la programele de schimb de ace și seringi (NICE, 2009). De asemenea, pentru dezvoltarea și îmbunătățirea calității serviciilor, se urmărește implicarea pacienților și feedbackul angajaților. Mecanismele de diseminare a bunelor practici și a concluziilor noilor cercetări în rândul profesioniștilor din domeniu includ platforme naționale de cunoștințe, precum „resultaten scoren” (să obținem rezultate) în Țările de Jos și evenimente de sensibilizare internaționale, de exemplu cu privire la hepatita C ⁽²¹⁾. În cadrul unor proiecte finanțate de UE pentru elaborarea și aplicarea indicatorilor de sănătate europeni, Rețeaua Europeană pentru Incluziune Socială și Sănătate a elaborat, împreună cu OEDT, un protocol de culegere de date pentru agențiile specializate cu un prag scăzut de reducere a riscurilor (Hedrich *et al.*, 2008a).

Reintegrarea socială

Reintegrarea socială este recunoscută drept o componentă esențială a strategiilor cuprinzătoare în domeniul

drogurilor. Aceasta poate fi pusă în aplicare în orice etapă a consumului de droguri și în diferite situații și include consolidarea capacităților, îmbunătățirea aptitudinilor sociale, măsuri de facilitare și promovare a ocupării forței de muncă și de obținere sau îmbunătățire a locuințelor. În practică, programele de reintegrare pot oferi consiliere profesională, asistență în găsirea unui loc de muncă și sprijin pentru locuințe. Intervențiile în penitenciare, care au impact asupra numărului de recăderi și recidive, pot lega deținuții de locuințe comunitare și servicii de asistență socială în pregătirea eliberării acestora (Direcția Generală Sănătate și Consumatori, 2008a). În general, rezultatele măsurilor de reintegrare socială depind de eficiența colaborării dintre instituțiile de îngrijiri medicale și sociale.

Pierderea locuinței, împreună cu locuințele instabile, reprezintă una din cele mai grave forme de excludere socială cu care se confruntă consumatorii de droguri, afectând circa 10 % dintre cei care au început tratamentul în 2007 ⁽²²⁾. Pentru anumite grupuri de consumatori de droguri, această cifră este, probabil, mai ridicată.

Toate statele membre raportează disponibilitatea programelor de locuințe care pot oferi cazare consumatorilor de droguri. Totuși, informațiile cu privire la măsura în care sunt satisfăcute nevoile consumatorilor în ceea ce privește locuințele sunt puține. De exemplu, în Slovacia, ca urmare a resurselor financiare limitate, capacitatea de cazare a serviciilor de reabilitare este de multe ori insuficientă pentru a face față cererii.

Mai multe țări (de exemplu, Republica Cehă, Germania, Irlanda, Țările de Jos, Finlanda, Suedia, Regatul Unit) raportează sprijin pentru locuință. Aceste programe de cazare temporară constau de obicei în asigurarea unui loc de dormit și a unei mese pe zi sau din apartamente mici mobilate care pot fi ocupate pe o perioadă scurtă și deseori sunt puse la dispoziția persoanelor la încheierea tratamentului cu internare pentru a le permite să trăiască independent. În Irlanda, de exemplu, utilizatorii au responsabilitatea de a plăti chiria și anumite servicii de întreținere, în timp ce lucrătorii sociali îi sprijină cu închirierea și îi ajută să beneficieze de acces la educație sau formare sau își găsească un loc de muncă.

Întrucât 45 % dintre consumatorii care încep tratamentul au absolvit, în cel mai bun caz, școala primară, iar aproximativ 40 % din consumatorii care încep tratamentul sunt fără loc de muncă ⁽²³⁾, ajutarea consumatorilor de droguri să își găsească un loc de muncă și să beneficieze de cursuri de formare profesională constituie elemente-cheie ale reintegrării sociale. Majoritatea statelor membre raportează existența unor programe în acest domeniu.

⁽²¹⁾ <http://www.hepatitisfachtag.org/>

⁽²²⁾ A se vedea tabelul TDI-15 (partea ii) din buletinul statistic pentru 2009.

⁽²³⁾ A se vedea tabelele TDI-12 și TDI-13 din buletinul statistic pentru 2009.

În Ungaria, Republica Cehă, Lituania, Slovenia și Slovacia, reintegrarea consumatorilor de droguri pe piața muncii a beneficiat de proiecte finanțate în cadrul inițiativei UE împotriva discriminării pe piața muncii (EQUAL). Majoritatea acestor proiecte îi ajută pe pacienții stabilizați ai tratamentelor pentru consumul de droguri să își găsească un loc de muncă în funcție de abilitățile pe care le posedă. Valoarea acestei abordări este dovedită de rezultatele unui studiu scoțian, în cadrul căruia s-a constatat că foștii consumatori de droguri care au beneficiat de sprijin legat de ocuparea unui loc de muncă au șanse de trei ori mai mari să își găsească un loc de muncă remunerat (McIntosh *et al.*, 2008).

Aplicarea legislației în domeniul drogurilor și infracțiunile la regimul drogurilor

Aplicarea legislației în domeniul drogurilor presupune participarea diferitor autorități situate în diferite departamente ale administrației publice (de exemplu, poliție, justiție, sănătate). În practică, termenul „aplicarea legii” este de obicei asociat cu ansamblul de activități realizate de poliție și de alte instituții polițienești (de exemplu, vama) pentru a asigura respectarea legilor referitoare la consumul de droguri și piața drogurilor. Între domeniile care se regăsesc în această sferă se numără consumul și deținerea de droguri, traficul și producția de droguri, precum și deturnarea substanțelor chimice și activitățile de spălare de bani.

Aplicarea legislației în domeniul drogurilor reprezintă o componentă centrală a reacției Europei față de problema drogurilor și beneficiază de o mare parte, dacă nu de cea mai mare parte, din resursele dedicate problemei drogurilor. O încercare recentă de a compara cheltuielile publice legate de droguri din Europa a sugerat că, în medie, cheltuielile publice pe aspectele de ordine și siguranță publică legate de droguri (poliție, tribunale și penitenciare) ar putea fi de aproape trei ori mai mari decât suma cheltuită pentru abordarea problemelor de sănătate asociate cu consumul de droguri. O parte semnificativă din banii alocați „ordinii și siguranței publice” este probabil destinată forțelor de poliție (OEDT, 2008e).

Natura și intensitatea eforturilor de aplicare a legii pot varia în funcție de legislația națională și de aplicarea acesteia, precum și de resursele și prioritățile instituțiilor implicate, care includ agenții de asigurare a respectării legii și unități specializate („brigăzi antidrog”).

Spre deosebire de alte domenii ale aplicării legii, unde în mod tipic ofițerii de poliție reacționează la încălcările legii,

deseori raportate de populație, marea majoritate a activităților de aplicare a legii legate de droguri ar putea fi descrise ca fiind proactive, desfășurându-se de cele mai multe ori din inițiativa instituțiilor respective. Acest fapt se explică prin aceea că infracțiunile la regimul drogurilor pot fi considerate drept „infracțiuni consensuale”, care au loc cu consimțământul mai multor adulți care participă la o activitate ilegală de care poliția nu va avea cunoștință decât în cazul în care aceasta este descoperită din întâmplare (de exemplu, în timpul unei patrule pe jos) sau prin depistare activă.

Ca urmare, aplicarea legii include o gamă largă de activități care de multe ori depind de strângerea, prelucrarea și schimbul de informații prin mijloace umane și electronice, inclusiv baze de date computerizate și rețele de comunicații dedicate. Această situație este în general valabilă pentru activitățile menite să reducă oferta de droguri ⁽²⁴⁾, în care aplicarea legii joacă un rol esențial, și include comunicarea cu informatorii, realizarea de operațiuni sub acoperire și de supraveghere electronică, inclusiv interceptarea de comunicații.

Livrările controlate de droguri și operațiunile specifice menite să perturbe sau să elimine punctele de vânzare de droguri sunt câteva dintre tacticile operaționale utilizate de agențiile însărcinate cu asigurarea respectării legii în Europa. Realizarea de controale și percheziții asupra persoanelor și vehiculelor în interiorul și în proximitatea locațiilor strategice, precum porturile, aeroporturile și frontierele terestre, reprezintă o tactică mai generică, în care sunt incluse alte obiective, precum controlul imigrației.

Instituțiile însărcinate cu asigurarea respectării legii, în special vămile, sunt însărcinate, în multe țări, și cu asigurarea respectării legislației privind substanțele chimice controlate. Această activitate presupune prelucrarea cererilor de import și export, precum și identificarea și investigarea tranzacțiilor suspecte. Desființarea laboratoarelor clandestine de fabricare a drogurilor ilegale se poate de asemenea număra printre atribuțiile forțelor de asigurare a aplicării legislației în țările în care sunt fabricate droguri sintetice.

Infracțiunile la regimul drogurilor

Rapoartele inițiale privind infracțiunile la regimul drogurilor, în principal din partea poliției, sunt singurele date de rutină disponibile în Europa cu privire la criminalitatea legată de droguri ⁽²⁵⁾. De obicei rapoartele se referă la infracțiuni precum producerea, traficul și vânzarea de droguri, precum și la consumul de droguri și deținerea în vederea consumului.

⁽²⁴⁾ A se vedea definiția conceptului de reducere a ofertei de droguri în caseta de la pagina 28 din Raportul anual OEDT 2008.

⁽²⁵⁾ Pentru o discuție a relațiilor dintre droguri și criminalitate, a se vedea OEDT (2007b).

Datele cu privire la infracțiunile la regimul drogurilor pot fi considerate indicatori indirecți ai consumului de droguri și ai traficului de droguri, sau ca indicatori direcți ai activității de asigurare a aplicării legii. Totuși, acestea includ doar acele activități legate de droguri care au atras atenția instituțiilor însărcinate cu asigurarea respectării legii și pot reflecta și diferențe naționale în ceea ce privește legislația, prioritățile și resursele. De asemenea, și sistemele de informații naționale pot diferi, în special în ceea ce privește practicile de înregistrare și raportare. Din aceste motive, este dificil să se realizeze comparații valide între țări, o metodă mai bună constând în compararea tendințelor, nu a unor cifre absolute.

Pe baza datelor furnizate de 21 de state membre, reprezentând 85 % din populația cu vârste cuprinse între 15 și 64 de ani din Uniunea Europeană, între 2002 și 2007, numărul de infracțiuni la regimul drogurilor raportate a crescut cu aproximativ 29 %. Datele indică tendințe crescătoare în toate țările care au transmis rapoarte, excepție făcând Bulgaria, Republica Cehă, Grecia, Luxemburg, Ungaria și Slovenia, în toate acestea pe parcursul perioadei tendințele fiind stabile sau în general descrescătoare ⁽²⁶⁾.

Infracțiuni legate de consum și ofertă

În comparație cu anii anteriori, nu s-a înregistrat nicio schimbare majoră în ceea ce privește ponderea infracțiunilor la regimul drogurilor legate de consum și a celor legate de ofertă (vânzare, trafic, producție). În majoritatea țărilor europene, infracțiunile legate de consumul de droguri sau de deținerea în vederea consumului continuă să cuprindă majoritatea infracțiunilor la regimul drogurilor, reprezentând chiar 91 % (Spania) din totalitatea celor din anul 2007 ⁽²⁷⁾. Totuși, infracțiunile legate de ofertă sunt predominante în Republica Cehă (87 %) și în Țările de Jos (69 %) (figura 2). În Republica Cehă, posesia de cantități mici de droguri fără intenția de a le furniza altor persoane se pedepsește cu un avertisment sau o amendă, în timp ce în Țările de Jos infracțiunile legate de consumul de droguri nu sunt în general urmărite în justiție ⁽²⁸⁾.

Între 2002 și 2007, numărul infracțiunilor la regimul drogurilor legate de consum a crescut în majoritatea țărilor care au transmis rapoarte, singurele care au raportat o

Extrasul OEDT din 2009 privind statisticile aplicării pedepselor

OEDT a publicat în 2009 un nou extras privind statisticile aplicării pedepselor care examinează rezultatele infracțiunilor la regimul drogurilor în țările europene. Raportul analizează statisticile naționale disponibile puse la dispoziție de către poliție, procurori și instanțe și le examinează în funcție de tipul de infracțiune (deținere, trafic) și tipul de rezultat (amendă, arest, tratament). Întrebarea-cheie adresată este: Care este rezultatul cel mai probabil în fiecare țară pentru o infracțiune constând în deținerea sau furnizarea de droguri?

Acest extras este disponibil în format tipărit și pe internet doar în limba engleză (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/sentencing>).

scădere în decursul acestei perioade fiind Bulgaria, Grecia, Țările de Jos și Slovenia ⁽²⁹⁾. În ansamblu, numărul de infracțiuni la regimul drogurilor legate de consum în Uniunea Europeană a crescut între 2002 și 2007 cu aproximativ 32 %.

Infracțiunile legate de oferta de droguri au crescut la rândul lor în perioada 2002-2007, dar într-un ritm mult mai lent, cu o creștere de aproximativ 14 % în Uniunea Europeană. În această perioadă, opt țări raportează în general o scădere a infracțiunilor legate de ofertă, iar opt raportează o creștere ⁽³⁰⁾.

Tendențe în funcție de drog

Canabisul continuă să fie drogul ilegal cel mai des menționat în infracțiunile la regimul drogurilor raportate în Europa ⁽³¹⁾. În majoritatea țărilor europene, infracțiunile legate de cannabis reprezintă între 55 % și 85 % din infracțiunile la regimul drogurilor raportate pentru 2007. Infracțiunile legate de alte droguri le depășesc pe cele legate de cannabis în numai două țări: Lituania, heroină (26 %) și Republica Cehă, metamfetamină (59 %). În Letonia, infracțiunile la regimul drogurilor sunt distribuite în mod uniform între cannabis, heroină și ecstasy.

În perioada de cinci ani 2002-2007, numărul de infracțiuni la regimul drogurilor în care este implicat cannabisul a crescut sau a rămas stabil în cele mai multe țări raportoare, ducând la o creștere estimată de 23 % în Uniunea Europeană. Tendențe descrescătoare sunt raportate de Bulgaria, Republica Cehă și Slovenia ⁽³²⁾.

⁽²⁶⁾ A se vedea figura DLO-1 și tabelul DLO-1 din buletinul statistic pentru 2009.

⁽²⁷⁾ A se vedea tabelul DLO-2 din buletinul statistic pentru 2009.

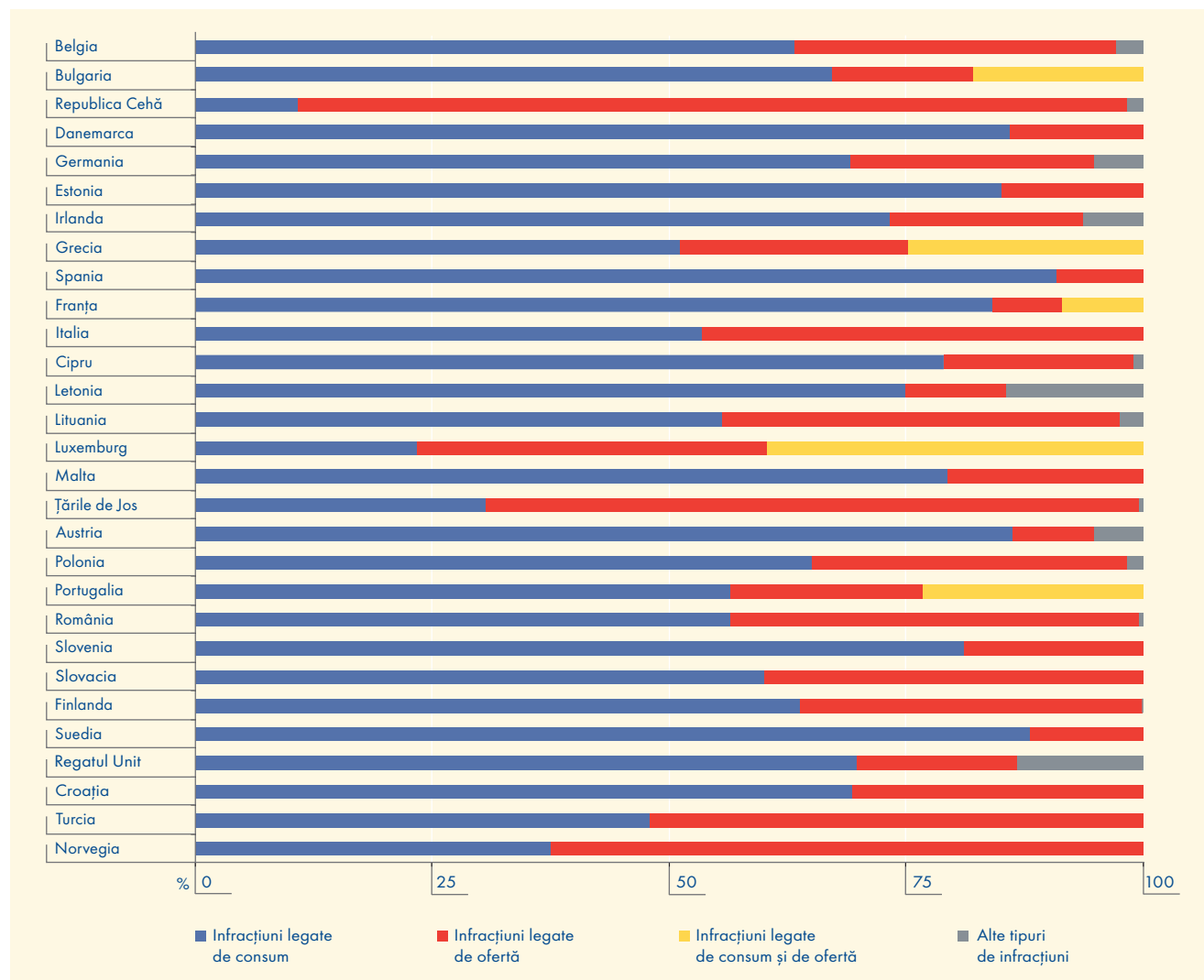
⁽²⁸⁾ A se vedea „Analizele generale de țară” pentru Republica Cehă și Țările de Jos pe site-ul OEDT (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews>).

⁽²⁹⁾ A se vedea figura DLO-1 și tabelul DLO-4 din buletinul statistic pentru 2009.

⁽³⁰⁾ A se vedea figura DLO-1 și tabelul DLO-5 din buletinul statistic pentru 2009.

⁽³¹⁾ A se vedea tabelul DLO-3 din buletinul statistic pentru 2009.

⁽³²⁾ A se vedea figura DLO-3 și tabelul DLO-6 din buletinul statistic pentru 2009.

Figura 2: Tipul de infracțiuni în rapoartele privind infracțiunile la regimul drogurilor în Europa

NB: Pentru mai multe informații, a se vedea figura DLO-2 din buletinul statistic pentru 2009.
 Surse: Punctele focale naționale Reitox.

Infracțiunile legate de cocaină au crescut în perioada 2002-2007 în toate țările care au transmis rapoarte, cu excepția Bulgariei și a Germaniei. În Uniunea Europeană, în ansamblu, în aceeași perioadă, infracțiunile legate de consumul de cocaină au crescut cu aproximativ 59 % ⁽³³⁾.

Tendința descrescătoare a infracțiunilor legate de heroină observată în Uniunea Europeană în rapoartele anterioare pare să fi încetat, pentru perioada 2002-2007 observându-se o creștere de aproximativ 7 %. Cu toate acestea, tendințele naționale au fost divergente, iar tendința crescătoare se datorează în principal creșterii din ultimii ani din Belgia, Grecia, Spania, Franța, Polonia și Portugalia și unei stabilizări în Germania și Austria ⁽³⁴⁾.

Numărul de infracțiuni legate de amfetamine în Uniunea Europeană continuă să indice o tendință crescătoare, estimându-se o creștere de 59 % între 2002 și 2007. Pe de altă parte, infracțiunile legate de ecstasi au scăzut în aceeași perioadă cu aproximativ 22 % ⁽³⁵⁾.

Răspunsuri medicale și sociale în penitenciare

În orice zi a anului, în penitenciarele din Uniunea Europeană se găsesc peste 600 000 de deținuți ⁽³⁶⁾, ceea ce reprezintă o proporție de aproximativ 120 de deținuți la 100 000 de locuitori. Proporțiile naționale ale deținuților față de totalul populației variază

⁽³³⁾ A se vedea figura DLO-3 și tabelul DLO-8 din buletinul statistic pentru 2009.

⁽³⁴⁾ A se vedea figura DLO-3 și tabelul DLO-7 din buletinul statistic pentru 2009.

⁽³⁵⁾ A se vedea figura DLO-3 din buletinul statistic pentru 2009.

⁽³⁶⁾ Datele privind penitenciarele din Europa sunt disponibile la Consiliul Europei, la adresa: http://www.coe.int/t/e/legal_affairs/legal_co-operation/prisons_and_alternatives/Statistics_SPACE_I/List_Space_I.asp

între 65 și 320 de deținuți la 100 000 de locuitori, majoritatea statelor membre din Europa centrală și de est raportând proporții mai ridicate decât media generală. Cu toate acestea, cifrele naționale și media pentru UE se mențin la un nivel considerabil mai mic decât cel raportat de Rusia (629) și de SUA (756) ⁽³⁷⁾.

În majoritatea țărilor din UE, deținuții condamnați pentru infracțiuni la regimul drogurilor constituie între 10 % și 30 % din populația din penitenciare. Alți deținuți, a căror proporție este necunoscută, sunt condamnați pentru diferite infracțiuni de furt comise pentru suportarea cheltuielilor pe care le presupune dependența de droguri sau pentru alte infracțiuni legate de droguri. Deși cifrele totale sunt scăzute, proporția infractorilor la regimul drogurilor față de numărul total al deținuților condamnați a crescut în ultimii ani în mai multe state membre din Europa centrală și de est.

Consumul de droguri la populațiile din penitenciare

Până în prezent, încă nu au fost standardizate definițiile, temele de cercetare și metodologiile utilizate în studiile privind consumul de droguri în închisori (Vandam, 2009; Direcția Generală Sănătate și Consumatori, 2008a), deși studiile existente arată că în continuare consumul de droguri rămâne mai răspândit în rândul deținuților decât în rândul populației în general. Datele obținute în urma mai multor studii realizate începând cu anul 2002, cu precădere în Europa Occidentală, arată că între o treime și jumătate din respondenți declară că au consumat droguri ilegale înainte de a fi fost condamnați. De asemenea, studiile indică faptul că în rândul deținuților pot fi concentrate cele mai dăunătoare forme de consum de droguri, între o cincime și o treime din respondenți raportând că și-au injectat droguri cel puțin o dată ⁽³⁸⁾.

La intrarea în închisoare, majoritatea consumatorilor reduc sau încetează consumul de droguri, în special ca urmare a dificultății dobândirii substanțelor. Cu toate acestea, faptul că drogurile ilegale reușesc să ajungă în cele mai multe penitenciare, în ciuda tuturor măsurilor luate pentru a reduce oferta de droguri, este recunoscut atât de experții în penitenciare, cât și de factorii decizionali din Europa. Studiile realizate din anul 2002 arată că între 1 % și 50 % dintre deținuți raportează că au consumat droguri în penitenciar, iar până la 27 % declară că pe perioada detenției au consumat droguri cu regularitate ⁽³⁹⁾. În cadrul unui studiu realizat pe un eșantion de 1 457 de deținuți din șase

penitenciare germane, s-a constatat că 22 % dintre aceștia și-au injectat droguri în închisoare, în timp ce studiile realizate în patru alte țări raportează un procent de cel puțin 10 % ⁽⁴⁰⁾. Potrivit datelor, consumatorii de droguri din închisoare utilizează în comun instrumentele pentru injectare mai des decât cei din afara penitenciarelor. Acest lucru ridică semne de întrebare cu privire la posibila răspândire a bolilor infecțioase în rândul populației din penitenciare.

Sănătatea în penitenciarele din Europa

Deținuții au dreptul la îngrijiri medicale la același nivel cu persoanele care trăiesc în comunitate, iar serviciile de sănătate din penitenciare ar trebui să fie în măsură să ofere tratamente pentru problemele legate de consumul de droguri în condiții comparabile cu cele oferite în afara penitenciarelor (CPT, 2006; OMS, 2007). Acest principiu general al echivalenței este recunoscut în Uniunea Europeană prin Recomandarea Consiliului din 18 iunie 2003 privind prevenirea și reducerea riscurilor pentru sănătate asociate cu dependența de droguri ⁽⁴¹⁾, iar noul plan de acțiune al UE în domeniul drogurilor (2009-2012) prevede punerea în aplicare a acesteia.

În prezent, factorii decizionali naționali acordă o mai mare atenție furnizării de servicii de sănătate pentru deținuți și există semne de îmbunătățire a serviciilor oferite deținuților de către statele membre ale UE. De exemplu, mai multe țări raportează existența unor politici și programe naționale referitoare la sănătatea în penitenciare. Cu toate acestea, mai sunt încă multe de făcut pentru a se asigura accesul deținuților la servicii de îngrijiri medicale la un nivel și de o calitate comparabile cu cele oferite în afara închisorilor. În plus, penitenciarele trebuie să se confrunte cu provocările pe care le reprezintă nevoile medicale specifice ale consumatorilor de droguri, cum ar fi bolile infecțioase transmisibile prin transferul de sânge și problemele psihice comorbide.

Asistența pentru consumatorii de droguri din penitenciare

Serviciile oferite deținuților din țările europene includ: informare în legătură cu drogurile și sănătatea; testare pentru boli infecțioase și vaccinare; tratament pentru dependența de droguri, inclusiv detoxificare, tratament de substituție și abordări fără medicamente; pregătire pentru eliberare. Printre exemplele care ilustrează continua

⁽³⁷⁾ Sursă: <http://www.kcl.ac.uk/depsta/law/research/icps/worldbrief> pentru cifrele referitoare la Rusia și Statele Unite ale Americii.

⁽³⁸⁾ A se vedea tabelele DUP-105 și DUP-2 din buletinul statistic pentru 2009.

⁽³⁹⁾ A se vedea tabelul DUP-3 din buletinul statistic pentru 2009.

⁽⁴⁰⁾ A se vedea tabelul DUP-4 din buletinul statistic pentru 2009.

⁽⁴¹⁾ JO L 165, 3.7.2003, p. 31.

expansiune a serviciilor oferite deținuților se numără introducerea tratamentului de substituție în penitenciare în Republica Cehă, Polonia și Suedia, un program de tratament fără medicamente în Cipru, iar în Danemarca extinderea „garantării tratamentului” (accesul la tratamentul pentru consumul de droguri în termen de două săptămâni de la primirea cererii) la penitenciare.

Continuarea tratamentului de substituție pe parcursul executării unei pedepse privative de libertate este aprobată în reglementările oficiale din 26 de țări, însă nu este utilizată în cinci din acestea, în timp ce inițierea acestui tip de tratament în penitenciare este aprobată în 21 de țări. Totuși, potrivit clasificărilor specialiștilor, există diferențe în modul în care este oferit acest tip de intervenție. Tratamentul de substituție este disponibil în aproape toate penitenciarele în nouă țări și în peste jumătate din penitenciare în alte patru. În Republica Cehă, Franța, Germania și Regatul Unit, se estimează că tratamentul de substituție este acordat în mai puțin de jumătate din închisori, iar în Ungaria, Polonia, Finlanda și Suedia doar în câteva penitenciare. În sfârșit, în nouă țări (Bulgaria, Estonia, Grecia, Cipru, Lituania, Letonia, Slovacia, România, Turcia) acest tip de tratament nu este disponibil în închisori, deși în Bulgaria și România pregătirile pentru introducerea sa sunt în curs de desfășurare, în timp ce în Letonia se află în discuție subiectul unor modificări juridice în acest sens.

Acordarea limitată a tratamentului de substituție în comunitate se reflectă în general în absența sau furnizarea limitată a acestui tip de tratament în penitenciare ⁽⁴²⁾. Alte obstacole care împiedică primirea de tratament de substituție în penitenciare pe care le raportează statele membre includ lipsa unui cadru de reglementare pentru inițierea sa (Finlanda) și cerința suportării costurilor pentru tratament (comunitatea francofonă din Belgia). De asemenea, acordarea tratamentului de substituție este determinată de multe ori de condițiile locale,

iar uneori depinde de inițiativa medicului fiecărui penitenciar în parte.

În ceea ce privește disponibilitatea și nivelul furnizării altor măsuri de prevenire și reducere a riscurilor în penitenciare, sunt disponibile clasificări realizate de specialiști pentru 26 de țări membre ale UE, Norvegia și Turcia. Consilierea individuală cu privire la bolile infecțioase și evaluarea comportamentului de risc legat de droguri există, potrivit datelor raportate, în 26 de țări. Testarea pentru hepatita C la intrarea în închisoare este disponibilă în 22 de țări, însă nu și în Ungaria, Polonia și Turcia; totuși, în Ungaria, peste 14 % din deținuți au fost testați în vederea depistării virusului hepatitei C în primele nouă luni ale unei campanii încă în curs de desfășurare, care a început în 2007. Alte intervenții includ programele de vaccinare specifică pentru hepatita B, formarea salariaților închisorilor în domeniul promovării sănătății în contextul consumului de droguri, precum și consiliere și formare în consumul în condiții de mai mare siguranță, fiecare dintre aceste programe fiind oferite, potrivit datelor raportate, în treisprezece țări, deși la niveluri diferite de acoperire.

Nivelul furnizării măsurilor de prevenire a supradozelor este similar. Deși consilierea premergătoare eliberării cu privire la riscul supradozelor este disponibilă în 18 țări, se estimează că în ultimele 12 luni aceasta a fost furnizată doar unui număr extrem de mic de deținuți din numai opt țări. Materialele informaționale cu privire la decesele și cazurile de urgență medicală legate de consumul de droguri elaborate special pentru penitenciare, sunt disponibile numai în șapte țări ⁽⁴³⁾.

Furnizarea de ace și schimbul de seringi în penitenciare sunt raportate de Germania, Spania, Luxemburg, Portugalia și România și este planificată în Regatul Unit (Scoția). Rezistența din partea personalului din penitenciare și lipsa de confidențialitate au fost raportate ca obstacole în calea realizării cu succes a unor programe de schimb de ace și seringi în penitenciare.

⁽⁴²⁾ A se vedea figura HSR-2 din buletinul statistic pentru 2009.

⁽⁴³⁾ A se vedea tabelul HSR-7 din buletinul statistic pentru 2009.

Capitolul 3

Canabisul

Introducere

Consumul de cannabis a evoluat în mod considerabil în ultimul deceniu, la fel ca dezbaterea privind răspunsul adecvat la consumul răspândit al acestui drog. La începutul și la mijlocul anilor '90, câteva țări se remarcă ca având o prevalență ridicată, în timp ce norma europeană consta în niveluri de consum care, față de standardele actuale, erau scăzute. În majoritatea țărilor, consumul de cannabis a crescut în cursul anilor '90 și la începutul anilor 2000, acest lucru conducând în prezent la un tablou european mult mai puțin variat, deși mai există diferențe importante între țări. De asemenea, ultimii ani au fost martorii unei înțelegeri crescânde a implicațiilor de sănătate publică ale consumului pe termen lung și răspândit al acestui drog, precum și ai unei creșteri a nivelurilor raportate de cerere de tratament pentru problemele legate de cannabis. Este posibil ca în prezent Europa să intre într-o nouă etapă, deoarece datele obținute în cadrul anchetelor efectuate în rândul populației în ansamblu și în școli indică spre o situație în curs de stabilizare sau chiar de scădere. Cu toate acestea, nivelurile consumului rămân ridicate în comparație cu standardele istorice; iar ceea ce constituie

un răspuns efectiv la consumul de cannabis rămâne o întrebare-cheie în dezbaterea europeană privind drogurile.

Ofertă și disponibilitate

Producția și traficul

Canabisul poate fi cultivat într-o gamă largă de medii și crește sălbatic în multe părți ale lumii. În prezent se estimează că planta este cultivată în 172 de țări și teritorii (ONU DC, 2009) ⁽⁴⁴⁾. Toate aceste fapte înseamnă că este foarte dificilă realizarea unor estimări ale producției mondiale de cannabis. ONU DC (2009) estimează producția globală de plantă de cannabis în 2008 la o cifră cuprinsă între 13 300 de tone și 66 100 de tone.

În Europa, cultivarea cannabisului este larg răspândită și posibil în creștere (Korf, 2008). În 2007, 19 țări europene au menționat cultivarea internă a cannabisului, deși s-ar părea că amploarea fenomenului variază într-o măsură considerabilă. Cu toate acestea, este probabil ca o proporție semnificativă a cannabisului consumat în Europa să fie rezultatul traficului intraregional.

Tabelul 2: Producția, capturile, prețul și concentrația plantelor și rășinii de cannabis

	Rășină de cannabis	Plante de cannabis
Estimarea producției globale (tone)	2 200-9 900	13 300-66 100
Cantitățile globale capturate (tone)	1 300	5 600
Cantitatea capturată (tone) UE și Norvegia (inclusiv Croația și Turcia)	853 (859)	70 (96)
Numărul de capturi UE și Norvegia (inclusiv Croația și Turcia)	324 000 (325 000)	227 000 (241 000)
Prețul mediu cu amănuntul (EUR pe gram) Interval (Interval intercuartil) ⁽¹⁾	3-11 (5-9)	1-12 (4-9)
Intervalul de puritate medie (conținutul THC)	2-13 %	1-10 %
⁽¹⁾ Intervalul jumătății mijlocii a prețurilor medii raportate. NB: Toate datele sunt valabile pentru 2007, cu excepția estimărilor producției globale care sunt valabile pentru 2008. Surse: UNODC World drug report (2009) pentru valori globale, Punctele focale naționale Reitox pentru datele europene.		

⁽⁴⁴⁾ Pentru informații asupra surselor datelor pentru oferta și disponibilitatea drogurilor, a se vedea p. 42.

Plantele de canabis din Europa sunt importate în special din Africa (de exemplu, Nigeria, Maroc, Ghana, Africa de Sud) și, într-o mai mică măsură, din sud-vestul Asiei (Pakistan) și din cele două Americi (Jamaica) (INCB, 2009a).

Producția globală de rășină de canabis în 2008 a fost estimată la o cifră cuprinsă între 2 200 de tone și 9 900 de tone, (ONU DC, 2009), Marocul rămânând principalul producător internațional. Între 2003 și 2005 zona de producție a rășinii de canabis a scăzut de la 134 000 de hectare la 76 400 de hectare (ONU DC și guvernul Marocului, 2007). Producția de rășină este raportată și în alte țări, inclusiv Afganistan și Pakistan (ONU DC, 2009). Rășina de canabis produsă în Maroc este în mod tipic introdusă clandestin în Europa prin Peninsula Iberică și Țările de Jos, fiind distribuită mai departe în alte țări europene.

Capturi

În 2007, au fost capturate la nivel global 5 600 de tone de plante de canabis și 1 300 de tone de rășină de canabis, reprezentând o creștere de aproximativ 10 % în comparație cu anul precedent. America de Nord a continuat să înregistreze cea mai mare cantitate de plante de canabis capturate (66 %), în timp ce cantitățile de rășină capturate au rămas concentrate în Europa de Vest și Centrală (66 %) (ONU DC, 2009).

În 2007, în Europa s-au efectuat aproximativ 241 000 de capturi de plante de canabis, însumând 96 de tone ⁽⁴⁵⁾. Între 2002 și 2007 numărul de capturi a crescut cu peste 200 %. Cantitatea de plante de canabis capturate s-a înjumătățit în primii doi ani ai acestei perioade, ulterior crescând, însă rămânând cu mult sub cele 130 de tone capturate în 2002. Cel mai mare număr de capturi de plante de canabis a fost raportat de Regatul Unit și reprezintă aproximativ jumătate din totalul capturilor din 2005 și 2006. În 2007, Turcia (25,5 tone) și Belgia (12,8 tone) au raportat capturi record.

Capturile de rășină de canabis din Europa depășesc capturile de plante atât în ceea ce privește numărul, cât și cantitatea ⁽⁴⁶⁾. În 2007 s-au realizat 325 000 de capturi de rășină de canabis, care au avut ca rezultat interceptarea a 859 de tone de drog, aproape de nouă ori mai mult în comparație cu cantitatea de plante de canabis capturate. Între 2002 și 2007 numărul capturilor de rășină de canabis a crescut, deși cantitatea capturată a fluctuat în decursul aceleiași perioade. Puțin peste jumătate din numărul de capturi de rășină de canabis și în jur de

Oferta și disponibilitatea drogurilor: date și surse

Informațiile sistematice și de rutină pentru descrierea piețelor de droguri ilegale și traficului de droguri sunt încă limitate. Estimările producției de heroină, cocaină și canabis sunt obținute din estimări ale cultivării bazate pe activități de teren (eșantionare la fața locului) și anchete aeriene sau prin satelit. Aceste estimări au unele limitări importante legate, de exemplu, de variații ale cifrelor de randament sau de dificultatea monitorizării culturilor precum canabisul care pot fi cultivate în interior sau nu sunt limitate la anumite zone geografice.

Capturile de droguri sunt considerate deseori un indicator indirect al ofertei, rutelor de trafic și disponibilității drogurilor. Ele sunt un indicator mai direct al activităților de aplicare a legii în domeniul drogurilor (de exemplu, priorități, resurse, strategii), reflectând, de asemenea, atât practicile de raportare, cât și vulnerabilitatea traficantilor. Datele privind puritatea sau concentrația și prețurile de vânzare cu amănuntul ale drogurilor ilegale pot fi la rândul lor analizate pentru a înțelege piețele de vânzare cu amănuntul a drogurilor. Cu toate acestea, disponibilitatea acestui tip de date poate fi limitată și pot exista semne de întrebare privind fiabilitatea și comparabilitatea. Informațiile din partea agențiilor de aplicare a legii pot ajuta la completarea tabloului.

OEDT colectează date naționale privind capturile de droguri, puritatea și prețurile de vânzare cu amănuntul în Europa. Alte date privind oferta de droguri provin din sistemele de informare ale ONU DC și analizele acestuia, completate de informații suplimentare ale Europol. Informațiile privind precursorii drogurilor sunt obținute de la Comisia Europeană, care colectează date privind capturile acestor substanțe în UE, și de la INCB, care este implicată în inițiative internaționale de prevenire a deturnării substanțelor chimice precursore utilizate la fabricarea drogurilor ilegale.

Datele și estimările prezentate în acest raport sunt cele mai bune aproximări valabile, însă trebuie interpretate cu prudență, întrucât în multe părți ale lumii nu există sisteme sofisticate de informare referitoare la oferta de droguri.

trei sferturi din cantitatea capturată în 2007 au fost raportate de Spania, în timp ce cantități record de rășină au fost capturate în Belgia (59 de tone), Portugalia (43 de tone) și Turcia (6 tone).

Capturile de plante de canabis au crescut constant din 2002, ajungând, în 2007, la un număr de aproximativ 15 000 de cazuri. Țările raportează cantitățile capturate fie sub forma numărului de plante, fie sub forma unei aproximări a greutateii. Numărul de plante capturate a fost de 2,4 milioane, cifră care în

⁽⁴⁵⁾ Datele privind capturile europene de droguri menționate în acest capitol se găsesc în tabelele SZR-1 până la SZR-6 din buletinul statistic pentru 2009.

⁽⁴⁶⁾ Date fiind diferențele în ceea ce privește mărimea transporturilor și distanțele parcurse, precum și nevoia de a trece frontiere internaționale, riscul capturării rășinei de canabis este mai ridicat decât în cazul plantelor de canabis de producție internă.

ultimii doi ani a fost relativ stabilă, crescând de la aproximativ 1,5 milioane, cât s-a înregistrat în 2002. Greutatea plantelor capturate a crescut simțitor în decursul acestei perioade, ajungând la 27 de tone în 2007, din care 25 de tone au fost capturate în Spania.

Concentrația și prețul

Concentrația produselor din cannabis este determinată de conținutul lor de delta-9-tetrahidrocannabinol (THC), principalul ingredient activ. Concentrația cannabisului variază mult între țări și în interiorul acestora, precum

Tabelul 3: Prevalența consumului de cannabis la populația generală – rezumatul datelor

Grupa de vârstă	Perioada consumului		
	Pe parcursul vieții	Anul trecut	Luna trecută
15-64 de ani			
Numărul estimat de consumatori în Europa	74 milioane	22,5 milioane	12 milioane
Media europeană	22,1 %	6,8 %	3,6 %
Interval	1,5–38,6 %	0,4–14,6 %	0,1–7,2 %
Țări cu prevalența cea mai scăzută	România (1,5 %) Malta (3,5 %) Bulgaria (5,6 %) Cipru (6,6 %)	România (0,4 %) Malta (0,8 %) Grecia (1,7 %) Bulgaria (1,9 %)	România (0,1 %) Malta (0,5 %) Suedia (0,6 %) Lituania (0,7 %)
Țări cu prevalența cea mai ridicată	Danemarca (38,6 %) Italia (31,2 %) Franța (30,6 %) Regatul Unit (30,0 %)	Italia (14,6 %) Spania (10,1 %) Republica Cehă (9,3 %) Franța (8,6 %)	Italia (7,2 %) Spania (7,1 %) Franța, Republica Cehă (4,8 %)
15-34 de ani			
Numărul estimat de consumatori în Europa	41,5 milioane	17 milioane	9 milioane
Media europeană	31,1 %	12,5 %	6,8 %
Interval	2,9–48,0 %	0,9–20,9 %	0,3–13,4 %
Țări cu prevalența cea mai scăzută	România (2,9 %) Malta (4,8 %) Cipru (9,9 %) Grecia (10,8 %)	România (0,9 %) Malta (1,9 %) Grecia (3,2 %) Cipru (3,4 %)	România (0,3 %) Suedia (1,3 %) Grecia, Lituania (1,5 %)
Țări cu prevalența cea mai ridicată	Danemarca (48,0 %) Franța (43,6 %) Regatul Unit (40,1 %) Republica Cehă (38,3 %)	Italia (20,9 %) Republica Cehă (19,3 %) Spania (18,8 %) Franța (16,7 %)	Spania (13,4 %) Italia (10,4 %) Republica Cehă, Franța (9,8 %)
15-24 de ani			
Număr estimat de consumatori în Europa	19 milioane	10 milioane	5 milioane
Media europeană	30,5 %	15,8 %	8,3 %
Interval	3,7–43,9 %	1,5–28,2 %	0,5–16,9 %
Țări cu prevalența cea mai scăzută	România (3,7 %) Malta (4,9 %) Cipru (6,9 %) Grecia (9,0 %)	România (1,5 %) Grecia, Cipru (3,6 %) Suedia (6,0 %) Portugalia (6,6 %)	România (0,5 %) Grecia (1,2 %) Suedia (1,6 %) Cipru, Lituania (2,0 %)
Țări cu prevalența cea mai ridicată	Republica Cehă (43,9 %) Franța (42,0 %) Danemarca (41,1 %) Germania (39,0 %)	Republica Cehă (28,2 %) Spania (24,1 %) Italia (22,6 %) Franța (21,7 %)	Spania (16,9 %) Republica Cehă (15,4 %) Franța (12,7 %) Italia (11,5 %)

Estimările prevalenței pentru Europa se bazează pe mediile ponderate din cele mai recente anchete naționale derulate între 2001 și 2008 (în principal, 2004-2008), prin urmare nu pot fi alocate unui singur an. Prevalența medie pentru Europa a fost calculată printr-o medie ponderată în funcție de populația din segmentul de vârstă relevant din fiecare țară. În țările pentru care nu există nicio informație disponibilă, s-a atribuit prevalența medie UE. Populațiile folosite ca bază: 15-64 (334 milioane), 15-34 (133 milioane) și 15-24 (63 milioane). Datele rezumate aici sunt disponibile la „Anchete în rândul populației generale” din buletinul statistic pentru 2009.

și între diferite produse din cannabis. Informațiile referitoare la concentrația cannabisului provin în general din analiza medico-legală a unor eșantioane selectate din cantitățile capturate. Nu este clar în ce măsură eșantioanele analizate reflectă întreaga piață și, din acest motiv, datele referitoare la concentrație trebuie interpretate cu precauție. În 2007, conținutul de THC raportat al mostrelor de rășină a variat între 2,9 % și 13,3 %. Concentrația medie a plantelor de cannabis, fără a se include sinsemilla crescută la domiciliu („nederwiet”) din Țările de Jos, a variat între 1,2 % și 10,2 %. În perioada 2002-2007, concentrația medie a rășinii și a plantelor de cannabis a rămas stabilă sau a scăzut în majoritatea celor 16 țări europene pentru care s-a putut realiza această analiză. Cu toate acestea, în Portugalia și în Luxemburg s-au înregistrat tendințe de creștere a conținutului de THC din rășina de cannabis. Creșterea concentrației plantelor de cannabis s-a observat în cinci alte țări. Informații privind concentrația plantelor de cannabis produse la nivel local de-a lungul mai multor ani sunt disponibile numai pentru Țările de Jos, unde s-a remarcat o scădere a mediei concentrației produselor de tip „nederwiet”, de la un maxim de 20,3 % în 2004 la 16,0 % în 2006 și rămânând la același nivel în 2007 ⁽⁴⁷⁾.

În medie, în cele 18 țări care au furnizat astfel de informații, prețul de vânzare cu amănuntul a rășinii de cannabis a variat între 3 și 11 EUR pe gram, jumătate din aceste țări raportând valori între 5 și 9 EUR. În ceea ce privește plantele de cannabis, media prețului de vânzare cu amănuntul a variat între 1 și 12 EUR pe gram în cele 17 țări care au raportat astfel de informații, jumătate din acestea menționând prețuri între 4 și 9 EUR. Pentru cele 11 țări cu date pentru perioada 2002-2007, prețul mediu al rășinii de cannabis, corectat pentru inflație, a scăzut. Pentru aceeași perioadă, datele disponibile pentru plantele de cannabis indică o situație mai stabilă.

Prevalența și tiparele de consum

Consumul de cannabis la nivelul populației generale

O estimare prudentă indică faptul că aproximativ 74 de milioane de europeni au consumat cannabis cel puțin o dată (prevalența pe parcursul vieții), ceea ce reprezintă una din cinci persoane din segmentul de populație cu vârsta între 15 și 64 de ani (a se vedea tabelul 3 pentru un rezumat al datelor). Între țări există diferențe considerabile, cifrele naționale ale prevalenței variind între 1,5 % și 38,6 %. Pentru majoritatea țărilor, estimările prevalenței se încadrează în intervalul 10-30 %.

Anchetele asupra populației: un instrument important pentru înțelegerea tiparelor și a tendințelor consumului de droguri în Europa

Consumul de droguri în general sau în rândul populației școlare poate fi măsurat prin anchete reprezentative care oferă estimări ale proporției de persoane care declară că a consumat droguri specifice în intervale delimitate de timp. De asemenea, anchetele oferă informații contextuale utile privind tiparele de consum, caracteristicile socio-demografice ale consumatorilor și percepțiile privind riscul și disponibilitatea.

OEDT, în strânsă colaborare cu experții naționali, a elaborat un set de elemente de bază utilizat în anchetele în rândul adulților („European Model Questionnaire”, EMQ) [Chestionarul model european]. Acest protocol a fost pus în aplicare în prezent în cele mai multe state membre ale UE. Cu toate acestea, încă există diferențe între țări în privința metodologiei utilizate și a anului de colectare a datelor, iar aceasta înseamnă că diferențele mici, în special între țări, ar trebui interpretate cu prudență.

Deoarece anchetele sunt costisitoare, puține țări europene colectează informații în fiecare an, deși multe le colectează la intervale cuprinse între doi și patru ani. În acest raport, datele prezentate se bazează pe cele mai recente anchete disponibile în fiecare țară, în majoritatea cazurilor corespunzând intervalului 2004-2007.

Dintre cele trei intervale de timp standard utilizate pentru raportarea datelor anchetelor, prevalența pe parcursul vieții (consumul unui drog în orice moment al vieții) este cea mai largă. Această măsură nu reflectă situația actuală a consumului de droguri în rândul adulților, însă poate fi utilă pentru înțelegerea tiparelor de consum și a incidenței. Pentru adulți, vârsta standard stabilită de OEDT variază între 15 și 64 ani (toți adulții) și 15 și 34 de ani (adulții tineri), iar accentul este pus asupra cadrelor temporare din ultimul an și ultima lună (consumul în ultimele 12 luni sau ultimele 30 de zile înainte de anchetă) ⁽¹⁾. Pentru elevi, prevalența pe durata vieții și prevalența în ultimul an sunt similare, întrucât consumul de droguri ilegale înaintea vârstei de 15 ani este rar.

Proiectul școlilor europene în materie de alcool și alte droguri (ESPAD) folosește metode și instrumente standardizate pentru a evalua consumul de droguri și alcool în cadrul unor eșantioane reprezentative de elevi de 15-16 ani. Anchetele au fost realizate în 1995, 1999, 2003 și 2007. În 2007, au fost colectate date în 35 de țări, inclusiv 25 de state membre ale UE, Norvegia și Croația ⁽²⁾.

⁽¹⁾ Pentru mai multe informații, a se vedea <http://www.emcdda.europa.eu/publications/methods/gps-overview>

⁽²⁾ Un rezumat al principalelor concluzii ale anchetei 2007 ESPAD este disponibil în 23 de limbi (<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index77163EN.html>). Raportul complet se găsește online pe site-ul ESPAD (<http://www.espad.org>).

⁽⁴⁷⁾ A se vedea tabelele PPP-1 și PPP-5 din buletinul statistic pentru 2009 pentru date privind concentrația și prețul.

Multe țări raportează niveluri de prevalență comparativ ridicate ale ultimului an și ultimei luni de consum de cannabis. Se estimează că circa 22,5 milioane de europeni au consumat cannabis în ultimul an sau, în medie, 6,8 % din totalul persoanelor cu vârsta între 15 și 64 de ani. Estimările prevalenței în cursul ultimei luni vor include persoanele care consumă drogul mai frecvent, deși nu neapărat în mod intensiv. Se estimează că circa 12 milioane de europeni au consumat drogul în ultima lună, în medie circa 3,6 % din totalul persoanelor cu vârsta între 15 și 64 de ani.

Consumul de cannabis în rândul tinerilor adulți

Consumul de cannabis este concentrat în cea mai mare parte printre tineri (15-34 de ani), cele mai ridicate niveluri de consum în ultimul an fiind raportate în general în rândul tinerilor cu vârsta între 15 și 24 de ani. Acesta este cazul în aproape toate țările europene, cu excepția Portugaliei ⁽⁴⁸⁾.

Datele de anchetă la nivelul populației sugerează faptul că, în medie, 31,1 % din tinerii adulți europeni (15-34 de ani) au consumat cel puțin o dată cannabis, în timp ce 12,5 % au consumat drogul în ultimul an, iar 6,8 % l-au consumat în ultima lună. Se estimează că proporții chiar mai ridicate de europeni din grupul de vârstă 15-24 de ani au consumat cannabis în ultimul an (15,9 %) sau în ultima lună (8,3 %). Estimările naționale pe marginea prevalenței consumului de cannabis variază mult între țări în privința tuturor indicatorilor de prevalență, țările de la capătul superior al intervalului raportând valori de până la zece ori mai ridicate decât cele ale țărilor cu prevalența cea mai scăzută.

Consumul de cannabis este în general mai mare la bărbați decât la femei (a se vedea OEDT, 2006a), deși se observă diferențe pronunțate între țări. De exemplu, raportul dintre bărbați și femei printre cei care raportează consumul de cannabis în ultimul an a variat de la 6,4 bărbați pentru fiecare femeie în Portugalia, până la respectiv 1,4 bărbați în Austria.

Consumul de cannabis în rândul elevilor

Studiul ESPAD ⁽⁴⁹⁾ oferă date comparabile cu privire la consumul de alcool și droguri în rândul elevilor europeni cu vârsta cuprinsă între 15 și 16 ani (Hibell *et al.*, 2009). În 2007, studiul a fost realizat în 25 de state membre ale UE, precum și în Norvegia și în Croația. Unele țări (cum ar fi Spania, Suedia, Regatul Unit) își realizează propriile anchete naționale în școli, acestea oferind date, inclusiv cu privire la consumul de cannabis, comparabile

cu studiile ESPAD și HBSC (Comportamentul elevilor legat de sănătate).

Datele ESPAD pentru 2007 indică cea mai ridicată prevalență pe parcursul vieții în rândul elevilor de 15 și 16 ani în Republica Cehă (45 %) ⁽⁵⁰⁾, în timp ce Estonia, Franța, Țările de Jos, Slovacia și Regatul Unit raportează niveluri ale prevalenței cuprinse între 26 % și 32 %. În 15 țări se raportează niveluri ale prevalenței consumului de cannabis pe parcursul vieții cuprinse între 13 % și 25 %. Cele mai scăzute niveluri (sub 10 %) sunt raportate în Grecia, Cipru, România, Finlanda, Suedia și Norvegia. În general, prevalența pe parcursul vieții în rândul elevilor înregistrează diferențe scăzute între sexe.

Cea mai ridicată prevalență a consumului de cannabis în ultima lună în rândul tinerilor de 15-16 ani din Europa este raportată de Spania (20 %) și de Republica Cehă (18 %) ⁽⁵¹⁾.

Comparații internaționale

Cifrele pentru Europa pot fi comparate cu cele din alte părți ale lumii. De exemplu, în Statele Unite, Ancheta națională privind consumul de droguri și sănătatea (Samhsa, 2007) a estimat o prevalență pe parcursul vieții a consumului de cannabis de 49 % în rândul adulților tineri (15-34 de ani, recalculată de OEDT) și o prevalență în ultimul an de 21 %. Pentru același grup de vârstă, prevalența consumului de cannabis pe parcursul vieții a fost de 58 %, iar prevalența în ultimul an a fost de 28 % în Canada (2004), în timp ce în Australia (2007), cifrele au fost de 47 % și 16 %. Toate aceste cifre sunt deasupra mediilor europene corespunzătoare, care sunt de 31,1 % și, respectiv, 12,5 %.

În rândul elevilor, numai Spania și Republica Cehă au raportat niveluri ale prevalenței consumului de cannabis de-a lungul vieții comparabile cu cele raportate de Statele Unite și de Australia.

Tendențe în consumul de cannabis

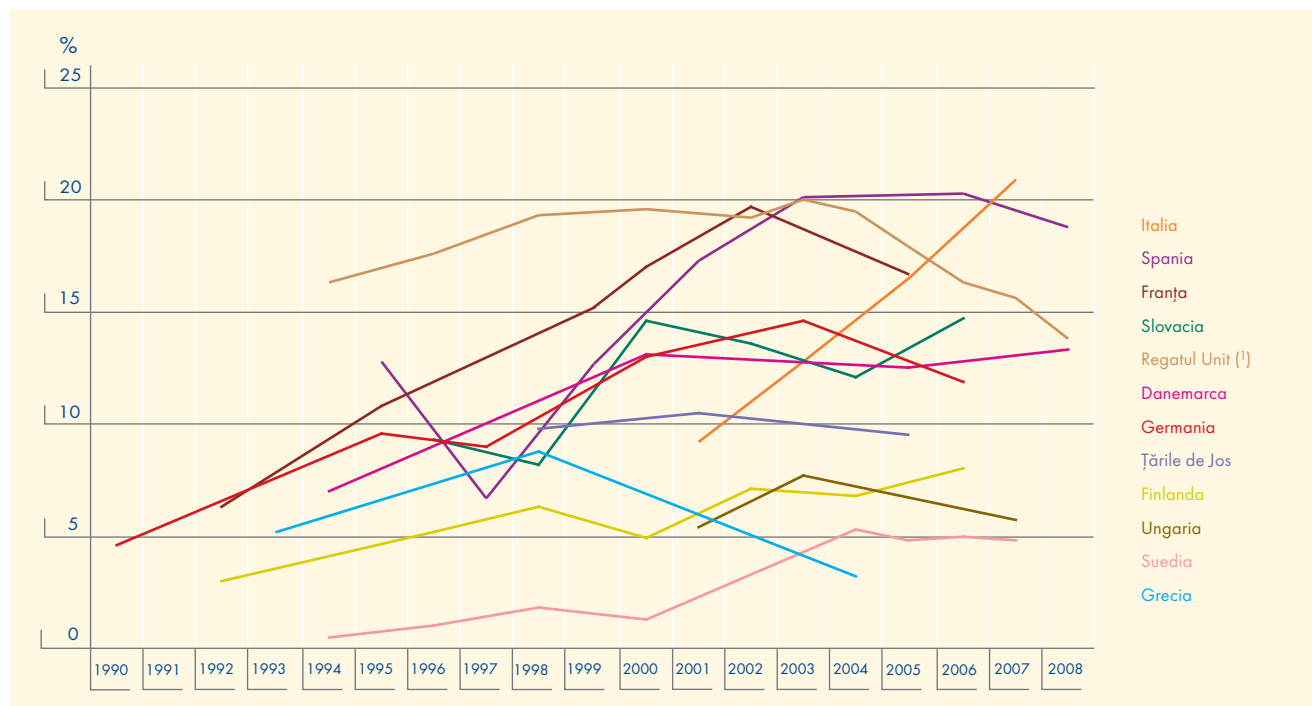
Datele anchetelor naționale raportate către OEDT arată că, în aproape toate țările UE, consumul de cannabis a crescut în mod pronunțat în anii '90, în special printre tineri (figura 3) și elevi. Până la sfârșitul deceniului, în majoritatea țărilor europene, o proporție considerabilă a populației tinere utilizase sau utiliza drogul, după cum reiese din faptul că între 1998 și 2003, prevalența

⁽⁴⁸⁾ A se vedea figura GPS-1 din buletinul statistic pentru 2009.

⁽⁴⁹⁾ A se vedea caseta privind anchetele în rândul populației, p. 44.

⁽⁵⁰⁾ A se vedea figura EYE-1 (partea ii) din buletinul statistic pentru 2009.

⁽⁵¹⁾ A se vedea figura EYE-1 (partea i) din buletinul statistic pentru 2009.

Figura 3: Tendințele prevalenței în ultimul an a consumului de canabis în rândul adulților tineri (cu vârsta între 15 și 34 de ani)

(1) Anglia și Țara Galilor.

NB: Pentru informații suplimentare, a se vedea figura GPS-4 din buletinul statistic pentru 2009.

Surse: Rapoartele naționale Reitox (2008), preluate din anchetele asupra populației, rapoarte sau articole științifice.

utilizării canabisului de-a lungul vieții în rândul tinerilor cu vârste cuprinse între 15 și 34 de ani s-a ridicat la niveluri de aproximativ 30 % în șapte țări și a depășit 40 % în alte două. În același grup de vârstă, nivelurile corespunzătoare ale prevalenței consumului în ultimul an s-au ridicat la 15-20 % în șapte țări, în timp ce pentru prevalența în ultima lună acestea s-au ridicat la 8-15 % în șase țări.

De interes special este tendința consumului de canabis în Regatul Unit. La începutul și la jumătatea anilor '90, această țară se remarcă în cadrul tabloului european ca fiind țara cu cele mai ridicate estimări ale prevalenței. Această situație s-a schimbat treptat, nivelurile consumului crescând în alte țări. De asemenea, din jurul anului 2003, în Regatul Unit consumul de canabis a început să înregistreze o scădere constantă, mai ales în grupul de vârstă 16-24 de ani ⁽⁵²⁾, sugerând o schimbare între generații. O tendință de descreștere sau de stabilizare se poate observa în prezent și în alte țări, atât din anchetele din școli, cât și din cele realizate în rândul populației generale. Din cele 11 țări pentru care este posibilă analizarea tendinței între 2001 și 2007, prevalența în ultimul an în rândul adulților tineri a crescut

cu cel puțin 15 % în patru țări față de nivelul inițial, în timp ce situația pare stabilă în alte patru țări ⁽⁵³⁾. În trei țări, nivelurile prevalenței au crescut cu cel puțin 15 %, deși alte date au pus sub semnul întrebării această tendință crescătoare.

Consumul de canabis în rândul elevilor

La fel ca în cazul adulților, între 1995 și 2003 s-a înregistrat o creștere a consumului de canabis în rândul elevilor, însă această tendință s-a oprit sau, mai recent, s-a inversat. Numai două din țările monitorizate de către OEDT care au participat la ancheta OEDT realizată în școli în 2007 (Lituania, Slovacia) raportează o creștere de peste 3 % a consumului de canabis pe parcursul vieții din 2003, în timp ce alte nouă țări raportează o scădere echivalentă în cadrul aceleiași perioade ⁽⁵⁴⁾. Datele obținute în urma anchetei din școli din Statele Unite și din Australia indică de asemenea o tendință descreșcătoare, observată prima dată în 1999 în Australia ⁽⁵⁵⁾.

În Europa se întâlnesc tipare diferite ale tendințelor temporale ale consumului de canabis în rândul elevilor

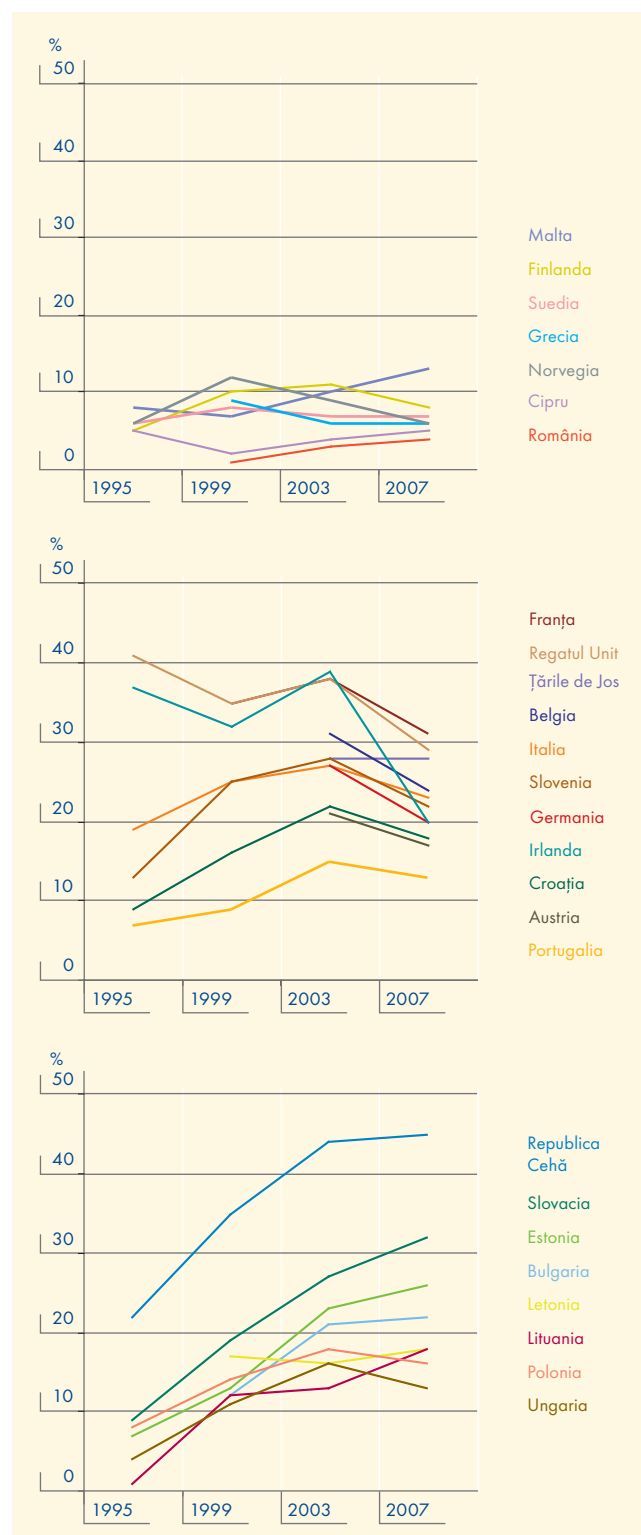
⁽⁵²⁾ A se vedea figura GPS-10 din buletinul statistic pentru 2009.

⁽⁵³⁾ Atunci când informațiile privind anii exacți nu au fost disponibile, au fost utilizate informațiile din anul anterior sau anul următor.

⁽⁵⁴⁾ ESPAD consideră că o creștere sau o descreștere cu mai mult de 3 % indică o schimbare.

⁽⁵⁵⁾ A se vedea figura EYE-1 (partea xii) din buletinul statistic pentru 2009.

Figura 4: Diferite tipare ale tendințelor prevalenței pe parcursul vieții a consumului de cannabis în rândul elevilor cu vârsta între 15 și 16 ani



Surse: ESPAD.

între 1995 și 2007 (figura 4). Șapte țări, situate în principal în nordul și în sudul Europei (Grecia, Cipru, Malta, România, Finlanda, Suedia, Norvegia) au raportat o prevalență a consumului de cannabis în decursul vieții în general stabilă și la niveluri scăzute. În 2007, majoritatea țărilor vest-europene, precum și Croația și Slovenia, care până în 2003 au înregistrat puternice tendințe crescătoare ale prevalenței consumului de cannabis în decursul vieții, au fost martorele unei scăderi sau stabilizări a nivelurilor acesteia. Dintre aceste 11 țări, nouă au raportat o scădere de peste 3 puncte procentuale, iar două au indicat niveluri stabile. Lucrurile stau oarecum altfel în cazul majorității țărilor central și est-europene, unde tendința de creștere observată între 1995 și 2003 pare să dispară. În această regiune, șase țări au raportat o situație stabilă, iar două au raportat o creștere de peste 3 % ⁽⁵⁶⁾.

În unele țări europene, între 1995 și 2003 creșterea consumului de cannabis în decursul vieții în rândul elevilor a fost însoțită de creșterea prevalenței fumatului de tutun în decursul vieții. Din 2003, ambele tendințe au fost inversate în ambele țări, ceea ce ar putea sugera o legătură între fumatul de tutun și fumatul de cannabis în rândul tinerilor ⁽⁵⁷⁾.

Tipare ale consumului de cannabis

Datele disponibile indică o varietate de tipare ale consumului de cannabis. Dintre cei cu vârsta între 15 și 64 de ani care au consumat cannabis cel puțin o dată, numai 30 % au făcut acest lucru în ultimul an ⁽⁵⁸⁾. Totuși, dintre persoanele care au consumat cannabis în ultimul an, 50 % în medie au consumat în ultima lună, iar cercetările recent realizate au indicat că utilizarea repetată a acestei substanțe poate fi stabilă de-a lungul unor perioade îndelungate de timp, chiar și în rândul tinerilor utilizatori (Perkonig, 2008).

Estimarea prevalenței tiparelor intensive și pe termen lung este o problemă importantă de sănătate publică, dată fiind corelarea acesteia cu consecințele negative precum problemele respiratorii, rezultate slabe în activitatea profesională sau dependență (Hall și Solowij, 1998). Consumul zilnic sau aproape zilnic (consumul în cel puțin 20 de zile din ultimele 30 de zile) este cel mai bun indicator comparabil al consumului intensiv disponibil. Datele cu privire la această formă de consum de cannabis în Europa au fost colectate în 2007-2008 în cadrul unui „studiu de teren” coordonat de OEDT în colaborare cu experții naționali

⁽⁵⁶⁾ A se vedea figura EYE-1 (partea xiii) din buletinul statistic pentru 2009.

⁽⁵⁷⁾ A se vedea „Selected issue on polydrug use”.

⁽⁵⁸⁾ A se vedea figura GPS-2 din buletinul statistic pentru 2009.

și punctele focale Reitox din 13 țări și reprezentativ pentru 77 % din populația adultă (15-64) a UE. Pe baza acestor date, se estimează că peste 1 % din toți europenii adulți, respectiv circa 4 milioane de persoane, consumă cannabis zilnic sau aproape zilnic. Cei mai mulți dintre acești consumatori de cannabis, circa 3 milioane de persoane, au vârsta între 15 și 34 de ani, reprezentând aproximativ 2-2,5 % din toți europenii din această grupă de vârstă ⁽⁵⁹⁾.

Tendențele consumului intensiv de cannabis sunt greu de evaluat din cauza insuficienței datelor. Din cele șapte țări care au furnizat date referitoare la tendințele recente, patru (Spania, Franța, Italia, Portugalia) au raportat o creștere a prevalenței utilizării zilnice a cannabisului, una a raportat o situație stabilă (Irlanda), în timp ce numai două au raportat o scădere (Grecia, Țările de Jos) ⁽⁶⁰⁾. Aceste rezultate indică o posibilă creștere generală a numărului de consumatori intensivi de cannabis la nivelul Europei în ultimul deceniu.

Dependența de cannabis a fost recunoscută din ce în ce mai mult ca o posibilă consecință a consumului frecvent al drogului, chiar dacă gravitatea și consecințele pot părea mai reduse decât cele asociate cu alte substanțe psihoactive (de exemplu, heroina sau cocaina). Cu toate acestea, dată fiind proporția relativ mare a populației care consumă cannabis în mod frecvent, impactul de ansamblu al formelor intensive de consum de cannabis asupra sănătății publice poate fi semnificativ. Utilizatorii și, cu precădere, utilizatorii frecvenți pot avea, de asemenea, probleme fără a îndeplini neapărat criteriile pentru dependență.

Studiile arată că evoluția dependenței de cannabis este mai puțin abruptă decât în cazul altor droguri (de exemplu, cocaina) și că, în rândul utilizatorilor care au consumat drogul cel puțin o dată în viață, proporția celor la care apare dependența nu depășește 10 % (Wagner și Anthony, 2002). În ancheta asupra populației generale din Statele Unite, dependența a fost depistată în rândul a aproximativ 20-30 % din consumatorii zilnici ⁽⁶¹⁾. Alte studii au sugerat că dependența de cannabis poate fi relativ stabilă de-a lungul timpului (Swift *et al.*, 2000). Cu toate acestea, este probabil ca jumătate din utilizatorii de cannabis care încetează să consume drogul să poată renunța la acesta fără tratament (Cunningham, 2000; Ellingstad *et al.*, 2006).

Scări scurte de evaluare a formelor problematice de consum de cannabis în anchetele în rândul populației generale

Există dovezi care indică faptul că dependența de cannabis, inclusiv simptomele de sevraj, pot fi evaluate la populația generală la fel de sigur ca și în eșantioanele de consumatori tratați (Mennes *et al.*, 2009). Prin urmare, OEDT elaborează, în colaborare cu mai multe țări, metode de monitorizare a formelor mai intensive și semnificative pe termen lung ale consumului de cannabis.

În ultimii ani, în cadrul anchetelor în rândul populației generale, au fost testate diferite metodologii de estimare a prevalenței formelor mai intensive și problematice ale consumului de droguri, în special ale consumului de cannabis. Experții germani au analizat literatura și activitatea întreprinsă în prezent în acest domeniu și au identificat patru scări scurte pentru cannabis care au fost testate în eșantioane ale populației generale în Europa. Acestea sunt Severity of Dependence Scale (SDS) [Severitatea Scării de Dependență], Problematic Use of Marijuana (PUM) [Consumul Problematic de Marijuana], Cannabis Abuse Screening Test (CAST) [Testarea pentru abuzul de cannabis] și Cannabis Use Disorders Identification Test (CUDIT) [Testul de identificare a tulburărilor legate de consumul de cannabis] (Piontek *et al.*, 2008). Aceste scări includ între patru și zece elemente și s-a constatat că proprietățile psihometrice ale acestora (de exemplu, capacitatea lor de a diferenția cazurile de non-cazuri în mod consecvent și în conformitate cu conceptul dorit de dependență de cannabis sau probleme legate de cannabis) sunt în general foarte bune.

Totuși, unele dificultăți există în continuare în acest domeniu din cauza lipsei de consens în legătură cu conceptul (de exemplu, dependența, abuzul, consumul riscant, problemele legate de consum) sau setul de concepte care ar trebui măsurate pentru a evalua formele problematice ale consumului de cannabis. Există, de asemenea, dificultăți de estimare, întrucât măsurarea unui fenomen cu prevalență redusă poate produce multe cazuri „pozitive false” și prin urmare o supraestimare a consumului problematic de cannabis la populația generală. Studiile suplimentare de validare care sunt în prezent în curs sau planificate ar putea contribui la depășirea acestor dificultăți.

Tipare în rândul elevilor

Ancheta ESPAD 2007 arată, de asemenea, că consumul de cannabis în decursul vieții este corelat cu percepția unui risc scăzut și a disponibilității crescute a drogului ⁽⁶²⁾. În comparație cu populația generală de studenți, utilizatorii de cannabis sunt mai susceptibili să consume alcool, tutun și alte droguri ilegale ⁽⁶³⁾.

⁽⁵⁹⁾ Mediile europene sunt o estimare bazată pe o medie ponderată (în funcție de populație) a țărilor pentru care există informații și sunt imputate țărilor fără informații. Cifrele obținute sunt 1,2 % pentru toți adulții (15-64 ani) și 2,3 % pentru adulții tineri (15-34 ani).

A se vedea tabelul GPS-7 din buletinul statistic pentru 2008.

⁽⁶⁰⁾ A se vedea tabelul GPS-7 din buletinul statistic pentru 2009.

⁽⁶¹⁾ Analiza datelor anchetei naționale asupra populației pentru Statele Unite între 2000 și 2006. Instrumentul de analiză online al NSDUH: <http://webapp.icpsr.umich.edu/cocoon/SAMHDA/SERIES/00064.xml>, accesat la 25 februarie 2008 și analizat utilizând variabilele MJDAY30A și DEPNDMRJ.

⁽⁶²⁾ A se vedea EYE-1 (partea v) și (partea vi) din buletinul statistic pentru 2009.

⁽⁶³⁾ A se vedea „Selected issue on polydrug use”.

Ultimele date din ancheta ESPAD pun, de asemenea, în lumină tiparele mai intensive ale consumului de cannabis. În zece țări europene, între 5 % și 12 % din elevii de sex masculin cu vârste cuprinse între 15 și 16 ani au declarat că au consumat cannabis de cel puțin 40 de ori. Această proporție a fost cel puțin dublă față de cea constatată în rândul elevilor, venind în sprijinul altor date care indică faptul că tiparele intensive ale consumului de cannabis sunt mai frecvente în rândul tinerilor de sex masculin. Debutul precoce al consumului a fost asociat cu ultimele evoluții ale formelor mai intensive și mai problematice ale consumului de droguri. În majoritatea celor zece țări cu niveluri relativ ridicate ale consumului frecvent, între 5 % și 9 % dintre elevi au raportat că au început să consume cannabis la vârsta de 13 ani sau mai devreme ⁽⁶⁴⁾.

Tratament

Cererea de tratament

În 2007, cannabisul a fost principalul drog în aproximativ 20 % din toate înregistrările de tratamente (73 000 de pacienți), înregistrându-se astfel pe locul al doilea în rândul celor mai raportate droguri după heroină. Cu toate acestea, diferențele dintre țări sunt considerabile, Bulgaria, Lituania și Slovenia raportând sub 5 % din pacienți drept utilizatori primari de cannabis, în timp ce Danemarca, Franța, Ungaria, Țările de Jos și Turcia au raportat peste 30 %. Aceste diferențe pot fi explicate prin prevalența consumului de cannabis, organizarea și acordarea tratamentului pentru consumul de droguri sau practicile de trimitere. În cele două țări cu cele mai ridicate proporții de pacienți utilizatori de cannabis, centrele de consiliere din Franța au ca principal obiect tineri utilizatori, în timp ce infractorii consumatori de cannabis din Ungaria beneficiază de tratament ca alternativă la pedeapsă. Sistemul de justiție penală joacă un rol substanțial în trimerile la tratament în ambele țări, însă, per ansamblu, statele membre raportează că majoritatea utilizatorilor de cannabis care încep un tratament în Europa fac acest lucru din proprie inițiativă.

Pacienții care vin în centrele ambulatorii din cauza utilizării de cannabis declară că mai consumă și alte droguri. Pe baza unor date culese din 14 țări, 85 % din

aceștia consumă și un alt drog, în special alcool (65 %) sau cocaină (13 %), iar unii raportează atât consumul de alcool, cât și de cocaină (12 %) ⁽⁶⁵⁾.

Tendențele în cererile noi de tratament pentru consumul de droguri

În cele 19 țări pentru care sunt disponibile date, între 2002 și 2007 numărul și proporția utilizatorilor primari de cannabis printre cei care încep un tratament pentru prima dată au crescut de la aproximativ 19 000 la 34 000 (de la 25 % la 31 %) ⁽⁶⁶⁾. Cu toate acestea, această tendință pare să se fi întrerupt între 2006 și 2007, majoritatea țărilor raportând o creștere sau un nivel stabil al proporției de pacienți noi utilizatori de cannabis. Această situație ar putea fi legată de tendințele recente înregistrate în consumul de cannabis, însă în același timp ar putea reflecta schimbări în practicile de raportare, o saturare a capacității serviciilor sau utilizarea altor servicii (de exemplu, servicii de îngrijiri medicale primare sau servicii de îngrijire a sănătății mintale).

Profilurile pacienților

În Europa, consumatorii de cannabis care încep tratamentul în ambulatoriu sunt mai ales bărbați tineri, cu un raport între cele două sexe de 5,5 bărbați pentru fiecare femeie și cu o vârstă medie de 25 de ani ⁽⁶⁷⁾. În rândul consumatorilor de droguri care încep tratamentul prima dată, consumul primar de cannabis este raportat de 67 % din cei cu vârste între 15 și 19 ani ⁽⁶⁸⁾ și de 78 % din cei sub 15 ani.

În general, 24 % din consumatorii primari care încep tratamentul în ambulatoriu sunt consumatori ocazionali, deseori trimiși probabil de sistemul de justiție penală; 12 % consumă cannabis săptămânal sau mai rar; aproximativ 18 % consumă drogul de 2-6 ori pe săptămână, iar 47 % sunt consumatori zilnici, aceștia reprezentând cel mai problematic grup. Se observă diferențe pronunțate între țări. În Ungaria, România și Croația, majoritatea consumatorilor de cannabis sunt consumatori ocazionali, în timp ce în Belgia, Danemarca, Spania, Franța, Malta și Țările de Jos, majoritatea sunt consumatori zilnici ⁽⁶⁹⁾. Un studiu realizat în Franța în rândul pacienților centrelor de consiliere specializată a constatat că 63 % din consumatorii zilnici de cannabis sunt dependenți (Obradovic, 2008).

⁽⁶⁴⁾ A se vedea EYE-1 (partea iii) și (partea vii) din buletinul statistic pentru 2009.

⁽⁶⁵⁾ A se vedea „Selected issue on polydrug use”.

⁽⁶⁶⁾ A se vedea figurile TDI-1 și TDI-2 și tabelele TDI-3 (partea iv) și TDI-5 (partea ii) din buletinul statistic pentru 2009.

⁽⁶⁷⁾ A se vedea tabelul TDI-21 (partea ii) din buletinul statistic pentru 2008.

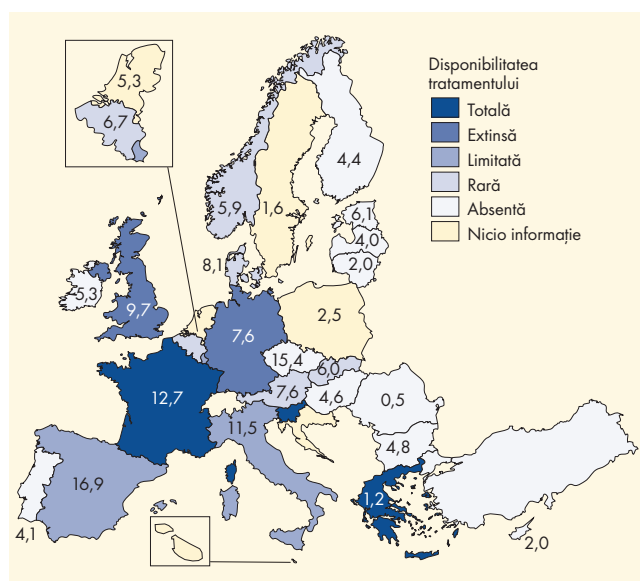
⁽⁶⁸⁾ A se vedea tabelul TDI-10 (partea iv) și (partea vi) din buletinul statistic pentru 2008.

⁽⁶⁹⁾ A se vedea tabelele TDI-18 (partea i) și TDI-111 (partea viii) din buletinul statistic pentru 2009.

Mulți pacienți consumatori de cannabis sunt încă elevi și au o locuință stabilă (OEDT, 2008a). Totuși, în Franța 34 % din pacienții consumatori de cannabis au urmat licee tehnice, în comparație cu 6,8 % din populația generală (Obradovic, 2008), reflectând un nivel educațional mai scăzut.

Relația dintre consumul de cannabis și tulburările psihice comorbide rămâne un subiect nerezolvat și complex (OEDT, 2008a). Cu toate acestea, studiile au arătat că persoanele cu tulburări de sănătate mintală, în special schizofrenie, sunt expuse unui risc mai ridicat de a recurge la consumul intens de cannabis (Henquet *et al.*, 2005). În același timp, există dovezi clare că utilizarea de cannabis poate avea efecte negative asupra persoanelor cu tulburări de sănătate mintală preexistente (ACMD, 2008).

Figura 5: Disponibilitatea programelor specifice de tratament pentru consumatorii de cannabis și prevalența în ultima lună a consumului de cannabis (%) în rândul persoanelor cu vârsta între 15 și 24 de ani



NB: Disponibilitatea este definită la proporția estimată de consumatori de droguri care necesită tratament și îl pot primi: aproape toți consumatorii (totală), majoritatea consumatorilor, însă nu toți (extinsă), mai mult decât câțiva consumatori, însă nu majoritatea (limitată), doar câțiva consumatori (rară), absentă. Datele privind disponibilitatea programelor specifice de tratament au fost puse la dispoziție de către experții naționali care au apreciat gradul în care capacitatea de tratament corespunde cererii consumatorilor de cannabis care solicită tratament în mod activ. Programele specifice pot asigura tratament structurat consumatorilor problematici de cannabis, sprijin pentru rude, consiliere pentru consumatorii neproblematici de cannabis sau infractorilor tineri. Se raportează că aceste programe există în Țările de Jos, însă nu pot fi furnizate informații privind disponibilitatea lor. Prevalența din ultima lună a consumului de cannabis la persoanele cu vârsta între 15 și 24 de ani oferă un indiciu al proporției de tineri care pot intra în contact cu aceste programe. Nu indică nevoile de tratament sau nivelul consumului problematic de cannabis dintr-o țară. Pentru informații suplimentare privind prevalența, a se vedea tabelul GPS-16 din buletinul statistic pentru 2009.

Surse: Punctele focale naționale Reitox.

De asemenea, se întâmplă relativ frecvent ca serviciile pentru consumatorii de droguri să consulte adolescenți trimiși la tratament pentru consumul de droguri și să constate că aceștia suferă în fond de probleme de sănătate mintală (Schroder *et al.*, 2008). Acest lucru se poate explica prin faptul că aceștia nu încearcă sau nu reușesc să beneficieze de un tratament corespunzător pentru afecțiunile de care suferă în cadrul serviciilor generice de îngrijiri de sănătate mintală (Zachrisson *et al.*, 2006).

Furnizarea tratamentului

O serie de programe de tratament specific pentru consumatorii de droguri pot oferi servicii adaptate la nevoile acestui grup și, de asemenea, pot reduce riscul ca tinerii utilizatori să fie amestecați cu consumatorii cu vârste mai ridicate, mai problematici. În 2008, OEDT a cules informații cu privire la disponibilitatea acestor programe în Europa. Experții naționali au raportat că acestea există în 13 din 25 de țări declarante (figura 5). Disponibilitatea serviciilor a variat între țări. S-a estimat că aproape toate persoanele care doresc să beneficieze de tratament specific îl obțin în Franța, Grecia și Slovenia, peste jumătate din acestea în Germania și în Regatul Unit și doar o minoritate în celelalte opt țări. Dintre cele 12 țări care au raportat că nu există programe specifice pentru consumatorii de cannabis, Bulgaria, Republica Cehă, Estonia, Cipru, România și Turcia intenționează să le înființeze în următorii trei ani.

Programe de tratament pentru utilizatorii de cannabis în Europa

În Grecia, unitățile OKANA pentru adolescenți oferă un program de intervenție timpurie pentru consumatorii experimentali sau ocazionali, în timp ce consumatorii intensivi și problematici beneficiază de un tratament mai structurat. De cele mai multe ori, tratamentul are la bază terapia sistemică și de familie.

În Franța, aproximativ 275 de centre de consultare dedicate, situate în întreaga țară, oferă informații cu privire la prevenire, intervenții scurte și sprijin pentru tinerii consumatori de droguri (în special cannabis), tinerii infractori și rudele acestora. În cazul în care este diagnosticat un consum problematic de droguri (de exemplu, dependență) sau comorbidități grave, pacienții sunt trimiși la alte servicii specializate.

În Austria, mai multe centre de consiliere (de exemplu, at ChEck it!, B.I.T., Clean Bregenz) pun în practică anumite concepte specifice pentru consumatorii tineri de cannabis prin care se urmărește separarea acestora de alți

participanți, în special consumatori de opiacee, și integrarea rudelor și a prietenilor în procesul de consiliere sau tratament.

În Germania, programul online de renunțare la cannabis denumit „Quit the shit” ⁽⁷⁰⁾ a fost transferat în 12 instituții de consiliere pe tema consumului de droguri din șapte landuri. FRED (a se vedea capitolul 2) oferă consiliere motivațională pe bază de interviuri pentru cei trimiși de sistemul de justiție penală. CANDIS, un program de tratament pentru pacienții cu tulburări legate de consumul de cannabis, care are la bază stimularea emoțională, terapia cognitiv-comportamentală și soluționarea problemelor psihosociale se desfășoară în prezent la Dresda. Evaluarea acestui program a arătat rezultate pozitive, iar concluziile desprinse în urma unui studiu de control posttratament continuu, desfășurat în zece centre, vor determina dacă acest program va fi utilizat și în alte localități.

Belgia, Germania, Franța, Țările de Jos și Elveția colaborează, de asemenea, la un studiu internațional denumit INCANT, care analizează eficacitatea unui tratament cuprinzător în cadrul familiei pentru consumul problematic de cannabis.

Literatura de specialitate sugerează faptul că o serie de psihoterapii, precum terapia motivațională și terapia cognitiv-comportamentală, s-au dovedit eficiente pentru tratamentul consumului de cannabis, însă nu s-a constatat că o formă de psihoterapie ar fi mai eficientă decât alta (Nordstrom și Levin, 2007). Unii utilizatori de cannabis problematici ar putea de asemenea beneficia de intervenții rapide, asigurate, de exemplu, de serviciile sociale pentru tineri, de medicii de familie sau de școli.

În cadrul unui studiu controlat randomizat derulat recent în rândul a 326 de tineri utilizatori intensivi de cannabis s-a constatat, la examenul de control posttratament de la trei sau șase luni, că nu există diferențe în ceea ce privește nivelul renunțării la cannabis între pacienții care au beneficiat de interviuri motivaționale și cei care au primit doar consultații sau informații cu privire la consumul de droguri (McCambridge et al., 2008). Cu toate acestea, s-au observat efectele terapiei individuale și ale intervenției terapeutice în ceea ce privește renunțarea la cannabis după trei luni. Aceste concluzii ilustrează importanța formării prestatorilor de îngrijiri care asigură intervenții consumatorilor tineri de cannabis, în special în afara serviciilor de specialitate.

Tratamentul online

Tratamentul online pentru consumul de droguri există în Uniunea Europeană din 2004, iar furnizarea acestuia este în continuare limitată. Un studiu recent oferă perspective asupra stării actuale a dezvoltării acestui tip de intervenție în Uniunea Europeană (OEDT, 2009a). Tratamentul online poate fi definit astfel: „intervenții pentru tratamentul consumului de droguri elaborate în mod specific sau adaptate, structurate și programate, oferite și comunicate în Rețeaua Mondială”. Intervenții pentru tratamentul tulburărilor legate de consumul de cannabis au fost identificate în Germania, Țările de Jos și Regatul Unit, în timp ce alte intervenții concepute pentru consumatorii de cocaină și de „droguri de club” (de exemplu, ecstasy) au fost constatate, de asemenea, în Țările de Jos.

Tratamentul online este dezvoltat de către organizații din domeniul tratării sau prevenirii și își propune să ajute consumatorii să își evalueze consumul de substanțe și să îi ajute în încercările de a-și schimba acest comportament. Intervențiile pun la dispoziție informații și teste sau jocuri de verificare a cunoștințelor despre droguri și dependența de droguri sau teste individuale privind consumul de droguri. O trăsătură comună a tuturor acestora este disponibilitatea unei intervenții de tratament structurate care este fie un program de autoasistență preadaptat fără contacte cu consilierii, fie un program structurat cu contacte programate. Acesta din urmă poate fi aplicat prin chat-uri de tip unu-la-unu sau afișiere electronice. De asemenea, uneori este asigurat contactul cu alți consumatori prin intermediul unui forum, creându-se astfel grupuri de autoasistență.

Există în continuare o lipsă de dovezi disponibile privind eficiența acestui tip de intervenții, însă concluziile primelor teste controlate randomizate indică un beneficiu potențial. Rezultatele evaluării preliminare a intervenției „Quit the shit” pentru consumatorii de cannabis din Germania au indicat că 32 % dintre participanți au raportat abținerea după finalizarea programului și că s-a ajuns în special la cei care solicitau tratament pentru prima dată. Pragul de acces scăzut la aceste intervenții poate permite contactarea persoanelor care nu doresc să utilizeze aceste servicii. În același timp, aceștia s-ar putea confrunta cu probleme severe, cum ar fi dependența de droguri sau alte probleme de sănătate mintală, care depășesc capacitățile de tratament online.

⁽⁷⁰⁾ A se vedea „Tratamentul online”.

Capitolul 4

Amfetaminele, ecstasy și substanțele halucinogene

Introducere

Amfetaminele (termen generic care include atât amfetamina, cât și metamfetamina) și ecstasy sunt printre cele mai frecvent consumate droguri ilegale din Europa. În cifre absolute, consumul de cocaină poate fi mai ridicat, dar concentrarea geografică a cocainei înseamnă că în multe țări, după cannabis, a doua substanță ilegală cel mai des consumată este fie ecstasy-ul, fie amfetaminele. De asemenea, în unele țări consumul de amfetamine reprezintă o parte importantă a problemei drogurilor, reprezentând o proporție substanțială a persoanelor care au nevoie de tratament.

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

Ecstasy se referă la substanțele sintetice asociate din punct de vedere chimic amfetaminelor, însă care diferă într-o oarecare măsură de acestea în ceea ce privește efectele. Cel mai cunoscut drog din grupul ecstasy

este 3,4-metilendioxi-metamfetamina (MDMA), dar tabletele de ecstasy conțin uneori și alte substanțe similare (MDA, MDEA). Consumul de ecstasy a fost practic necunoscut în Europa înainte de sfârșitul anilor '80, dar a crescut rapid în anii '90. Popularitatea sa a fost legată în mod tradițional de scena muzicii dance și, în general, consumul de droguri sintetice este asociat anumitor subgrupuri culturale sau medii sociale.

Drogul sintetic halucinogen cunoscut pe scara cea mai largă din Europa este dietilamida acidului lisergic (LSD), al cărei consum este, de o perioadă considerabilă de timp, mai scăzut și relativ stabil. În ultimii ani, pare să existe un interes sporit al tinerilor față de substanțele halucinogene de origine naturală, cum ar fi cele întâlnite în ciupercile halucinogene.

Ofertă și disponibilitate

Precursori sintetici de droguri

Eforturile de aplicare a legii vizează din ce în ce mai mult precursorii chimici necesari pentru producția drogurilor

Tabelul 4: Producția, capturile, prețul și puritatea amfetaminei, metamfetaminei și LSD

	Amfetamină	Metamfetamină	Ecstasy	LSD
Estimarea producției globale (tone)	230-640 ⁽¹⁾		72-137	n.a.
Cantitățile globale capturate (tone)	23,6	18,2	7,9	0,9
Cantitatea capturată UE și Norvegia (inclusiv Croația și Turcia)	7,9 tone (8,1 tone)	340 kilograme (340 kilograme)	Tablete 21 milioane (22 milioane)	Unități 68 000 (68 000)
Numărul de capturi UE și Norvegia (inclusiv Croația și Turcia)	39 500 (40 000)	4 500 (4 500)	23 000 (24 000)	950 (960)
Prețul mediu cu amănuntul (EUR) Interval (Interval intercuartil) ⁽²⁾	Gram 5-30 (12-23)	Gram 8-51	Tabletă 3-19 (4-8)	Doză 4-30 (7-12)
Intervalul de puritate medie	4-40 %	3-66 %	21-90 mg	—

⁽¹⁾ Sunt disponibile doar estimări agregate ale producției globale de amfetamină și metamfetamină.

⁽²⁾ Intervalul jumătății medii a prețurilor medii raportate.

NB: Toate datele sunt pentru 2007; n.a., date nedisponibile.

Surse: UNODC World drug report (2009) pentru valorile globale, Punctele focale naționale Reitox pentru datele europene.

ilegale, iar acesta este un domeniu în care cooperarea internațională este deosebit de valoroasă. Proiectul Prisma este o inițiativă internațională instituită pentru a preveni deturnarea precursorilor chimici utilizați în fabricarea ilegală de droguri sintetice⁽⁷¹⁾, printr-un sistem de notificări prealabile exportului pentru comerțul legal și de raportare a transporturilor oprite și a capturilor efectuate atunci când au loc tranzacții suspecte. Informațiile privind activitățile din acest domeniu sunt raportate Biroului Organizației Națiunilor Unite pentru controlul narcoticelor (INCB, 2009b).

Pentru anul 2007, INCB raportează creșteri mari, la nivel mondial, ale capturilor din cei doi principali precursori ai metamfetaminei, efedrina, cu 22 de tone

(față de 10,2 tone în 2006), și pseudoefedrina, cu 25 de tone (față de 0,7 de tone în 2006). Statele membre ale UE (în special Suedia și Bulgaria) au raportat capturarea a 0,6 tone de efedrină, ceea ce înseamnă mai mult decât dublul cantității capturate în 2006, și capturarea a peste 7 tone de pseudoefedrină, aproape în totalitate în Franța.

Pe de altă parte, în 2007 capturile globale de 1-fenil-2-propanonă (P2P, BMK), utilizată în producția ilegală de metamfetamină și de amfetamină, au scăzut abrupt la 837 de litri (față de 2 600 de litri în 2006). În UE capturile de P2P s-au ridicat la 582 de litri, în comparație cu 2 005 litri în 2006.

Capturile globale de 3,4-metilendioxifenil-2-propanonă (3,4-MDP2P), utilizată pentru producția de MDMA, au scăzut în 2007 la 3 300 de litri, de la 8 800 litri în 2006. Cu toate acestea, capturile de safrol, care poate înlocui 3,4-MDP2P în sinteza MDMA, au crescut uimitor în 2007, fiind confiscați 46 000 litri (în comparație cu 62 de litri în 2006), deși doar 8 litri au fost capturați în UE.

Ce este un precursor al drogurilor?

În domeniul drogurilor, termenul „precursor” este folosit pentru a se referi la substanțe care au aplicații legale, însă care pot fi folosite, de asemenea, pentru producerea ilegală a drogurilor. Alți termeni, precum „substanțe chimice esențiale”, pot fi, de asemenea, folosiți pentru a desemna aceste substanțe.

Baza legală a controlului internațional al „precursorilor” o reprezintă articolul 12 din Convenția Organizației Națiunilor Unite din 1988 privind combaterea traficului ilegal de droguri narcotice și substanțe psihotrope. Convenția cuprinde două tabele care conțin 23 de „substanțe consumate în mod frecvent în cadrul producției ilegale de droguri narcotice și substanțe psihotrope”, a căror deturnare în scopuri ilegale ar trebui prevenită.

Articolul 12 a fost transpus în legislația europeană inițială adoptată în 1990 pentru a descuraja deturnarea acestor substanțe în scopuri ilegale (CEE nr. 3677/90), și în regulamentele adoptate ulterior pentru a reglementa comerțul în interiorul UE (CE nr. 273/2004), între țările UE și non-UE (CE nr. 111/2005), și a stabili proceduri de autorizare și reguli de monitorizare (CE nr. 1277/2005).

Categoria 1 a regulamentelor UE include majoritatea substanțelor indispensabile pentru producerea de droguri sintetice, precum efedrina și pseudoefedrina (pentru metamfetamină); 3,4-metilendioxifenil-2-propanonă (PMK), izosafrol și safrol (pentru ecstasy); și 1-fenil-2-propanonă (P2P, BMK) (pentru amfetamină și metamfetamină).

Categoria 2 cuprinde reactivi importanți, precum permanganatul de potasiu și anhidrida acetică, folosiți pe scară largă pentru producerea de cocaină, respectiv heroină. Categoria 3 enumeră reactivi mai comuni, inclusiv acid clorhidric și acid sulfuric (pentru heroină și cocaină), și solvenți precum acetona (pentru cocaină și MDMA) și toluen (pentru metamfetamină și MDMA).

Amfetamina

Producția globală de amfetamină rămâne concentrată în Europa, care a reprezentat 81 % din laboratoarele de amfetamină raportate în 2007 (ONU DC, 2008), deși aceasta se răspândește în alte părți ale lumii, în special în America de Nord⁽⁷²⁾. La nivel global, în 2007 capturile de amfetamine s-au ridicat la aproape 24 de tone, aproximativ două treimi din această cantitate fiind interceptate în Orientul Apropiat și Mijlociu, legate de tabletele de „Captagon”⁽⁷³⁾ produse în Europa de Sud-Est (a se vedea tabelul 4). În Europa de Vest și Centrală s-au înregistrat 36 % din capturile realizate la nivel global, ceea ce reflectă rolul Europei ca producător și consumator major al acestui drog (CND, 2008; ONU DC, 2009).

Cea mai mare parte a amfetaminei capturate în Europa este produsă, în ordinea importanței, în Țările de Jos, Polonia și Belgia și, într-o mai mică măsură, în Estonia și Lituania. În 2007, în Uniunea Europeană au fost descoperite și raportate la Europol 29 de amplasamente implicate în producția, ambalarea în tablete sau depozitarea de amfetamine.

În 2007, în Europa s-au făcut aproximativ 40 000 de capturi, însumând 8,1 tone de praf de amfetamină⁽⁷⁴⁾. În perioada 2002-2007, numărul de capturi a crescut

⁽⁷¹⁾ A se vedea secțiunea „Ce este un precursor de droguri”?

⁽⁷²⁾ Pentru informații asupra surselor datelor referitoare la oferta și disponibilitatea drogurilor, a se vedea p. 42.

⁽⁷³⁾ Captagon este una din mărcile înregistrate pentru fenetilina, o substanță sintetică stimulantă a sistemului nervos central, deși tabletele vândute cu această siglă pe piața ilegală conțin de obicei amfetamină amestecată cu cafeină.

⁽⁷⁴⁾ Această analiză este preliminară, întrucât datele pentru Regatul Unit nu sunt încă disponibile pentru anul 2007.

constant, în timp ce cantitatea de amfetamină interceptată a fluctuat, menținându-se totuși o tendință în general crescătoare, atingând un nou vârf în 2007 ⁽⁷⁵⁾.

Puritatea eșantioanelor de amfetamină interceptate în Europa în 2007 a variat considerabil și într-o asemenea măsură încât orice comentariu asupra valorilor tipice trebuie făcut cu prudență. Cu toate acestea, puritatea medie a eșantioanelor a variat între mai puțin de 10 % în Danemarca, Germania, Franța și Regatul Unit la peste 30 % în Țările de Jos, Polonia și unele țări baltice și nordice. În ultimii cinci ani, puritatea amfetaminei a fost stabilă sau în scădere în cele mai multe dintre cele 20 țări în care există date suficiente pentru a permite o analiză a tendințelor.

În 2007, prețul tipic de vânzare cu amănuntul al amfetaminei a variat între 10 EUR și 20 EUR pe gram în peste jumătate din cele 17 țări raportate. Din cele 11 țări în care a fost posibilă o comparație a datelor pentru 2007 și 2006, Spania, Franța și Austria au raportat creșteri ale prețului de vânzare cu amănuntul, în timp ce restul au raportat prețuri stabile sau în scădere.

Metamfetamina

Producția de metamfetamină este concentrată în Asia de Est și Sud-Est și în America de Nord, înregistrându-se un număr din ce în ce mai mare de rapoarte referitoare la activități conexe în America Latină și Oceania.

În 2007 s-au confiscat 18,2 tone de metamfetamină, continuând o tendință stabilă observată din 2004. Majoritatea drogurilor au fost confiscate în Asia de Est și Sud-Est (56 %), aceasta fiind urmată de America de Nord, Europa contribuind cu numai 2 % din capturi (ONUDD, 2009).

Metamfetamina se produce ilegal și în Europa, deși producția este limitată în mare parte la Republica Cehă,

unde în 2007 au fost detectate peste 390 de mici „laboratoare de bucătărie”. De asemenea, se raportează producerea drogului și în Slovacia și Lituania.

În 2007, în Europa au fost raportate aproximativ 4 500 de capturi de metamfetamină, însumând aproximativ 340 de kg de droguri. Norvegia înregistrează cele mai multe capturi și cantități recuperate. Între 2005 și 2007, atât numărul, cât și cantitatea de metamfetamină capturată în Europa au fost în creștere, deși rămân scăzute în comparație cu alte droguri.

Ecstasy

Producția globală de ecstasy în 2007 este estimată de ONUDD (2009) la o cifră situată între 72 și 137 de tone. Producția pare să fi devenit mai difuză din punct de vedere geografic, fabricarea fiind mult mai aproape de piețele de consum din America de Nord, Asia de Est și Sud-Est și Oceania. În ciuda acestui lucru, Europa rămâne principala zonă de producție de ecstasy, producția fiind concentrată în Țările de Jos și Belgia și, într-o mai mică măsură, în Germania, Regatul Unit și Polonia.

Capturile de ecstasy realizate la nivel mondial în 2007 s-au ridicat la 7,9 tone, raportându-se creșteri în majoritatea regiunilor. Europa Centrală și de Vest a contribuit la capturile înregistrate la nivel mondial în proporție de 36 %, în timp ce în Europa de Sud-Est proporția a fost de 2 % (ONUDD, 2009). În ansamblu, în 2007 Europa a raportat peste 24 000 de capturi, acestea conducând la interceptarea a 22 milioane de tablete de ecstasy. Țările de Jos au înregistrat cea mai mare cantitate de ecstasy capturată, care, la cele 8,4 milioane de tablete, reprezintă dublul cantității raportate în 2006. Numai alte două țări europene raportează capturi apropiate de această amploare pentru anul 2007, anume Franța și Germania, ambele raportând confiscarea a aproximativ un milion de tablete. Și Regatul Unit a raportat confiscarea a peste șase milioane de tablete în 2006, însă datele pentru anul 2007 nu sunt încă disponibile.

În perioada 2002-2007, numărul capturilor de ecstasy raportate în Europa a scăzut brusc în 2003, însă de la acea dată a înregistrat o ușoară creștere de la un an la altul. În decursul aceleiași perioade, cantitatea confiscată a scăzut extrem de mult în 2005, însă ulterior a crescut din nou, apropiindu-se de nivelul înregistrat în 2002.

În Europa, majoritatea tabletelor de ecstasy analizate în 2007 conțineau MDMA sau altă substanță de tipul ecstasy (MDEA, MDA), ca singură substanță psihoactivă prezentă, 17 țări raportând că aceasta era situația în peste 70 % din toate tabletele analizate. Țările care au

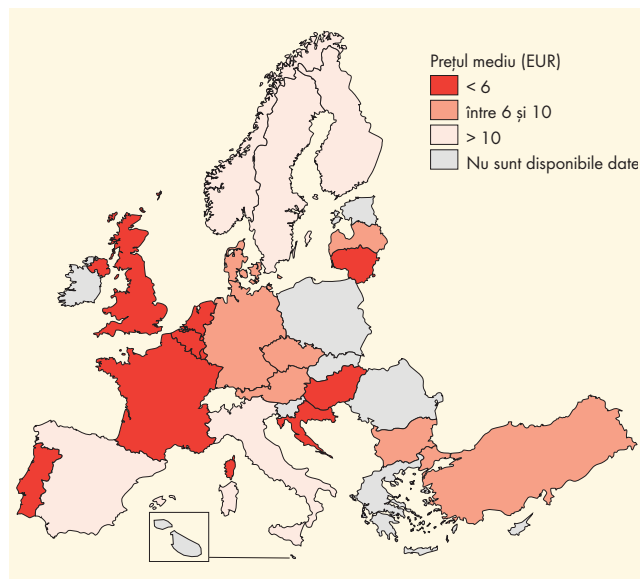
Producția de metamfetamină în Europa: publicația comună OEDT – Europol

În 2009, OEDT și Europol au lansat o serie de publicații comune privind oferta de droguri în Europa. Primul raport din cadrul seriei oferă o imagine de ansamblu amplă asupra producției de metamfetamină și aspectelor legate de trafic în Europa și analizează răspunsurile la niveluri europene și internaționale ⁽¹⁾.

Rapoartele privind oferta de alte droguri sintetice în Europa, inclusiv amfetamina și ecstasy vor fi adăugate la această serie într-o etapă ulterioară.

⁽¹⁾ Disponibil la: <http://emcdda.europa.eu/publications/>

⁽⁷⁵⁾ Datele privind capturile europene de droguri menționate în acest capitol se găsesc în tablelele SZR-11-SZR-18 din buletinul statistic pentru 2009.

Figura 6: Prețul cu amănuntul al tabletelor de ecstasy

NB: Țările care au furnizat doar o valoare minimă și maximă au fost incluse dacă aceste valori se înscriu într-unul dintre aceste intervale. A se vedea tabelul PPP-4 din buletinul statistic pentru 2009.

Surse: Punctele focale naționale Reitox.

raportat cifre reduse ale tabletelor de ecstasy cu MDMA sau substanțe analoage au inclus Bulgaria (47 %), Cipru (44 %) și Austria (61 %). În Luxemburg, majoritatea tabletelor analizate (83 %) nu conțineau substanțe controlate, la fel ca în Cipru (53 %). În Turcia, numai 23 % din tabletele analizate conțineau substanțe MDMA sau similare.

În general, în 11 din țările care au furnizat date conținutul de MDMA din tabletele de ecstasy testate în 2007 a fost între 19 și 75 mg. În plus, anumite țări (Bulgaria, Franța, Țările de Jos, Slovacia, Norvegia) au raportat tablete de ecstasy cu doze mari, conținând peste 130 mg de MDMA. Nu există tendințe clare ale purității tabletelor de ecstasy.

În prezent, ecstasy este considerat mai ieftin decât în anii '90, când a început să fie disponibil la scară largă. Deși s-a raportat și vânzarea de tablete la sub 2 EUR, majoritatea țărilor raportează prețuri medii de vânzare cu amănuntul situate în intervalul 4-10 EUR pe tabletă (figura 6). Datele disponibile pentru anii 2002-2007 sugerează faptul că prețul de vânzare cu amănuntul, ajustat pentru inflație, a continuat să scadă.

Substanțe halucinogene

Consumul și traficul de LSD în Europa încă este considerat marginal. Datele disponibile indică o scădere a cantităților capturate în perioada 2002-2007, însă numărul capturilor a înregistrat o ușoară creștere între 2003 și 2007. Prețurile

de vânzare cu amănuntul pentru LSD (ajustate pentru inflație) au înregistrat o ușoară scădere din 2003, iar în 2007 valoarea medie s-a situat între 5 și 12 EUR pe unitate pentru majoritatea țărilor raportoare.

Ciupercile halucinogene, care cresc în sălbăcie în multe țări europene și pot fi cumpărate pe internet, au fost menționate de 11 din cele 28 de țări care au raportat capturi de droguri pentru anul 2007. În cinci din cele șase țări care au raportat o evoluție a capturilor, a prevalenței consumului sau a disponibilității ciupercilor halucinogene, această evoluție a fost descendentă. O singură țară (Franța) a raportat o creștere a prevalenței utilizării și a capturilor, aceasta fiind atribuită disponibilității pe internet a ciupercilor și a echipamentelor necesare pentru cultura ciupercilor.

Prevalența și tiparele de consum

Unele state membre ale UE (Republica Cehă, Estonia, Regatul Unit) au raportat niveluri relativ ridicate ale consumului de amfetamine sau ecstasy în rândul populației în general. În câteva țări, consumul, adesea prin injectare, de amfetamină și metamfetamină reprezintă un procentaj ridicat al numărului total de consumatori problematici de droguri și de persoane care solicită ajutor pentru problemele legate de droguri. Spre deosebire de aceste populații de consumatori cronici, există o asocierie mai generală între consumul de droguri sintetice, în special ecstasy, și cluburile de noapte, muzica dance; acest lucru conduce la niveluri semnificativ mai ridicate de consum raportate în rândul tinerilor și la niveluri excesive de consum constatate în anumite medii sau subpopulații specifice. În sfârșit, în ansamblu, nivelurile consumului de droguri halucinogene, precum dietilamida acidului lisergic (LSD) și ciupercile halucinogene, sunt mai scăzute și în ultimii ani au fost în mare parte stabile.

Amfetaminele

Anchetele recente în rândul populației arată că prevalența pe parcursul vieții a consumului de amfetamine ⁽⁷⁶⁾ în Europa variază între țări, de la aproape zero la 11,7 % din toți adulții (15-64 de ani). În medie, se estimează că 3,5 % din toți adulții europeni au utilizat cel puțin o dată o amfetamină. Consumul drogului în ultimul an este mult mai scăzut, cu o medie europeană de 0,5 %. Estimările sugerează că circa 12 milioane de europeni au încercat amfetaminele, iar circa 2 milioane au consumat drogul în ultimul an (a se vedea o sinteză a datelor în tabelul 5).

⁽⁷⁶⁾ Deseori, datele de anchetă privind „consumul de amfetamină” nu fac nicio distincție între amfetamină și metamfetamină, deși, întrucât consumul de metamfetamină este rar în Europa, prevalența ar trebui în mod tipic să reflecte consumul de amfetamină (sulfat sau dexamfetamină).

În rândul tinerilor adulți (15-34 de ani), prevalența consumului de amfetamină pe parcursul vieții variază considerabil între țări, de la 0,1 % la 15,3 %, cu o medie europeană ponderată de circa 5 %. Consumul de amfetamine în ultimul an în acest grup de vârstă variază de la 0,1 % la 3,1 %, majoritatea țărilor raportând estimări ale prevalenței între 0,5 % și 2,0 %. Se estimează că, în medie, 1,1 % din tinerii europeni au consumat amfetamine în ultimul an.

În rândul elevilor cu vârsta cuprinsă între 15 și 16 ani, prevalența consumului de amfetamină de-a lungul vieții variază între 1 % și 8 % în cele 26 de state membre, Norvegia și Croația, studiate în 2007, deși niveluri ale prevalenței peste 5 % au fost raportate numai pentru Bulgaria, Letonia (ambele 6 %) și Austria (8 %) ⁽⁷⁷⁾.

Consumul problematic de amfetamină

Indicatorul OEDT privind consumul problematic de droguri poate fi utilizat pentru amfetamine, unde definește ca atare consumul prin injectare sau consumul pe termen lung și/sau frecvent al acestei substanțe. Numai Finlanda a furnizat o estimare națională recentă a consumatorilor problematici de amfetamină, aceasta indicând o cifră cuprinsă între 12 000 și 22 000 în 2005 ⁽⁷⁸⁾, ceea ce înseamnă de circa patru ori numărul estimat de consumatori problematici de opiacee din țară.

Numărul de cereri de tratament raportate referitoare la consumul de amfetamină ca drog primar este relativ mic în cele mai multe țări europene, însă reprezintă o proporție considerabilă din numărul de tratamente începute raportate în special în Suedia (34 %), Finlanda (23 %),

Tabelul 5: Prevalența consumului de amfetamine la populația generală – rezumatul datelor

Grupa de vârstă	Perioada consumului	
	Pe parcursul vieții	Anul trecut
15-64 de ani		
Număr estimat de consumatori în Europa	12 milioane	2 milioane
Media europeană	3,5 %	0,5 %
Interval	0,0-11,7 %	0,0-1,3 %
Țări cu prevalența cea mai scăzută	România (0,0 %) Grecia (0,1 %) Malta (0,4 %) Cipru (0,8 %)	Grecia, Malta, România (0,0 %) Franța (0,1 %)
Țări cu prevalența cea mai ridicată	Regatul Unit (11,7 %) Danemarca (6,3 %) Spania (3,8 %) Norvegia (3,6 %)	Estonia (1,3 %) Danemarca (1,2 %) Norvegia (1,1 %) Regatul Unit (1,0 %)
15-34 de ani		
Număr estimat de consumatori în Europa	7 milioane	1,5 milioane
Media europeană	5,0 %	1,1 %
Interval	0,1-15,3 %	0,1-3,1 %
Țări cu prevalența cea mai scăzută	România (0,1 %) Grecia (0,2 %) Malta (0,7 %) Cipru (0,8 %)	Grecia, România (0,1 %) Franța (0,2 %) Cipru (0,3 %)
Țări cu prevalența cea mai ridicată	Regatul Unit (15,3 %) Danemarca (10,5 %) Letonia (6,1 %) Norvegia (5,9 %)	Danemarca (3,1 %) Estonia (2,9 %) Norvegia (2,0 %) Letonia (1,9 %)
Estimările prevalenței pentru Europa se bazează pe mediile ponderate din cele mai recente anchete naționale derulate între 2001 și 2008 (în principal 2004-2008), prin urmare nu pot fi alocate unui singur an. Prevalența medie pentru Europa a fost calculată printr-o medie ponderată în funcție de populația din segmentul de vârstă relevant din fiecare țară. În țările pentru care nu există nicio informație disponibilă, s-a atribuit prevalența medie UE. Populațiile folosite ca bază: 15-64 (334 de milioane) și 15-34 (133 de milioane). Datele rezumate aici sunt disponibile la „Anchete în rândul populației generale” din buletinul statistic pentru 2009.		

⁽⁷⁷⁾ Date raportate de toate țările ESPAD și Spania. A se vedea figura EYE-2 (partea vi) din buletinul statistic pentru 2009.

⁽⁷⁸⁾ Echivalent cu 3,4-6,3 cazuri la 1 000 de persoane cu vârsta cuprinsă între 15 și 64 de ani; recalculat după eșantionul inițial de persoane cu vârsta cuprinsă între 15 și 64 de ani, pornind de la prezumția că nu există niciun caz în grupul de vârstă 55-64.

Letonia (16 %) și Ungaria (11 %). Alte patru țări (Belgia, Danemarca, Germania, Țările de Jos) raportează între 6 % și 10 % din tratamentele începute de către pacienți care declară amfetamina drept drog primar; în alte țări procentul este sub 3 % ⁽⁷⁹⁾.

Numărul și proporția totală a consumatorilor de amfetamină în rândul pacienților noi care încep un tratament de renunțare la droguri au rămas în mare parte stabile între 2002 și 2007. Numai Danemarca, Letonia și Țările de Jos raportează creșteri semnificative, în timp ce Suedia și Finlanda raportează o scădere a proporției de pacienți noi consumatori de amfetamină ⁽⁸⁰⁾. Cu toate acestea, la analizarea datelor referitoare la aceste tendințe trebuie luate în considerare limitările metodologice, având în vedere schimbările suferite recent de unele sisteme de monitorizare naționale (de exemplu, Letonia).

Vârsta medie a consumatorilor de amfetamină care încep tratamentul este de 29 de ani. Proporția femeilor este mai mare decât în cazul altor droguri, raportul dintre bărbați și femei fiind de aproximativ 2:1. Consumatorii de amfetamină care primesc tratament raportează deseori utilizarea altor droguri, în special canabis și alcool și uneori opiacee ⁽⁸¹⁾. În țările în care consumatorii primari de amfetamină constituie o proporție ridicată dintre persoanele care încep tratamentul, injectarea este metoda de consum cel mai frecvent raportată (63-83 %).

Consumul problematic de metamfetamină

În contrast cu alte părți ale lumii, unde consumul de metamfetamină a crescut în ultimii ani, nivelurile consumului din Europa par limitate. În trecut, consumul acestui drog în Europa a fost concentrat în Republica Cehă și în Slovacia. S-a estimat că în 2007 existau, în Republica Cehă, 20 400-21 400 de consumatori problematici de metamfetamină (2,8-2,9 cazuri la 1 000 de persoane cu vârsta între 15-64 de ani), aproape dublu față de numărul estimat al consumatorilor problematici de opiacee, iar în Slovacia erau aproximativ 5 800-15 700 de consumatori de metamfetamină (1,5-4,0 cazuri la 1 000 de persoane cu vârsta între 15-64 de ani), cu circa 20 % mai puțin decât numărul estimat al consumatorilor problematici de opiacee.

În ambele țări, o mare parte din pacienții care încep tratamentul declară metamfetamina drept drog primar: 61 % în Republica Cehă și 26 % în Slovacia.

Între 2002 și 2007, cererea de tratament pentru consumul de metamfetamină a crescut în ambele țări ⁽⁸²⁾.

Injectarea este mijlocul de administrare cel mai des raportat de consumatorii de metamfetamină aflați la tratament (82 % în Republica Cehă, 41 % în Slovacia). De asemenea, deseori este declarată și utilizarea altor droguri, în special canabis, alcool și opiacee. În Slovacia s-a observat o creștere bruscă a numărului de beneficiari de tratament de substituție pentru opiacee care raportează utilizarea metamfetaminei.

Consumatorii de metamfetamină care încep un tratament în Republica Cehă și Slovacia sunt relativ tineri, având în medie 24-25 de ani, și predominant de sex masculin. În general, femeile reprezintă o proporție mai ridicată în rândul persoanelor care primesc tratament pentru metamfetamină decât în cazul altor droguri.

Ecstasy

Se estimează că circa 10 milioane de adulți europeni (în medie 3,1 %) au încercat ecstasy și că aproape 2,5 milioane (0,8 %) au consumat această substanță în ultimul an (a se vedea tabelul 6 pentru un rezumat al datelor). Există variații considerabile între țări, anchete recente sugerând că între 0,3 % și 7,5 % din toți adulții (15-64 de ani) au încercat drogul cel puțin o dată, cele mai multe țări raportând estimări ale prevalenței pe parcursul vieții între 1 % și 5 %. Consumul drogului în ultimul an a variat în Europa de la 0,1 % la 3,5 %. La toți indicatorii, ca și în cazul celor mai multe droguri ilegale, consumul raportat este mult mai ridicat în rândul bărbaților decât în rândul femeilor.

Consumul de ecstasy este mult mai frecvent în rândul adulților tineri (15-34 de ani), unde estimările prevalenței pe parcursul vieții au variat la nivel național între 0,6 % și 14,6 %, între 0,2 % și 7,7 % din acest grup de vârstă raportând consumul drogului în ultimul an. Se estimează că 7,5 milioane de tineri europeni (5,6 %) au încercat ecstasy cel puțin o dată, circa 2 milioane (1,6 %) utilizându-l în ultimul an. Estimările prevalenței sunt și mai ridicate dacă analizăm un segment de vârstă mai tânăr: în rândul grupului de 15-24 de ani, prevalența pe parcursul vieții variază între 0,4 % și 18,7 %, deși cele mai multe țări au raportat estimări în intervalul 2,1 %-6,8 %. Consumul de ecstasy în ultimul an în cadrul acestui grup de vârstă este estimat între 1,0 % și 3,9 % în majoritatea țărilor, deși există o diferență considerabilă între cea mai scăzută estimare națională, 0,3 %, și cea mai ridicată, 12 % ⁽⁸³⁾.

⁽⁷⁹⁾ A se vedea tabelul TDI-5 (partea ii) din buletinul statistic pentru 2009.

⁽⁸⁰⁾ A se vedea figura TDI-1 și tabelul TDI-36 din buletinul statistic pentru 2009.

⁽⁸¹⁾ A se vedea tabelul TDI-37 din buletinul statistic pentru 2009.

⁽⁸²⁾ A se vedea tabelul TDI-5 (partea ii) din buletinul statistic pentru 2009.

⁽⁸³⁾ A se vedea figura GPS-9 (partea ii) și tabelele GPS-17 și GPS-18 din buletinul statistic pentru 2009.

Tabelul 6: Prevalența consumului de ecstasy la populația generală – rezumatul datelor

Grupa de vârstă	Perioada consumului	
	Pe parcursul vieții	Anul trecut
15-64 de ani		
Număr estimat de consumatori din Europa	10 milioane	2,5 milioane
Media europeană	3,1 %	0,8 %
Interval	0,3-7,5 %	0,1-3,5 %
Țări cu prevalența cea mai scăzută	România (0,3 %) Grecia (0,4 %) Malta (0,7 %) Lituania (1,0 %)	România (0,1 %) Grecia, Malta (0,2 %) Polonia (0,3 %)
Țări cu prevalența cea mai ridicată	Regatul Unit (7,5 %) Republica Cehă (7,1 %) Irlanda (5,4 %) Letonia (4,7 %)	Republica Cehă (3,5 %) Estonia (1,7 %) Slovacia (1,6 %) Regatul Unit, Letonia (1,5 %)
15-34 de ani		
Număr estimat de consumatori în Europa	7,5 milioane	2 milioane
Media europeană	5,6 %	1,6 %
Interval	0,6-14,6 %	0,2-7,7 %
Țări cu prevalența cea mai scăzută	Grecia, România (0,6 %) Malta (1,4 %) Lituania, Polonia (2,1 %)	România (0,2 %) Grecia (0,4 %) Polonia (0,7 %) Italia, Lituania, Portugalia (0,9 %)
Țări cu prevalența cea mai ridicată	Republica Cehă (14,6 %) Regatul Unit (12,7 %) Irlanda (9,0 %) Letonia (8,5 %)	Republica Cehă (7,7 %) Estonia (3,7 %) Regatul Unit (3,1 %) Letonia, Slovacia, Țările de Jos (2,7 %)
Estimările prevalenței pentru Europa se bazează pe mediile ponderate din cele mai recente anchete naționale derulate între 2001 și 2008 (în principal 2004-2008), prin urmare nu pot fi alocate unui singur an. Prevalența medie pentru Europa a fost calculată printr-o medie ponderată în funcție de populația din segmentul de vârstă relevant pentru fiecare țară. În țările pentru care nu există nicio informație disponibilă, s-a atribuit prevalența medie UE. Populațiile folosite ca bază: 15-64 (334 milioane) și 15-34 (133 milioane). Datele rezumate aici sunt disponibile la „Anchete în rândul populației generale” din buletinul statistic pentru 2009.		

În rândul elevilor cu vârsta cuprinsă între 15 și 16 ani, prevalența consumului de ecstasy de-a lungul vieții variază între 1 % și 5 % în majoritatea celor 28 de țări anchetate în 2007. Numai patru țări raportează niveluri mai ridicate ale prevalenței: Bulgaria, Estonia, Slovacia (toate 6 %) și Letonia (7 %).

Numărul de consumatori primari de amfetamină care au început tratamentul în 2007 a rămas nesemnificativ. În două treimi din țări, ecstasy este menționat de mai puțin de 1 % din pacienții care beneficiază de tratament pentru consumul de droguri; în alte țări, proporția variază între 1 % și 5 %. Cu o vârstă medie de 24 de ani, consumatorii de ecstasy sunt printre cele mai tinere grupuri care încep tratamentul pentru consumul de droguri și raportează frecvent consumul concomitent de alte substanțe, inclusiv cannabis, cocaină, alcool și amfetamine ⁽⁸⁴⁾.

LSD și ciupercile halucinogene

Prevalența consumului de LSD pe parcursul vieții în rândul populației adulte (15-64 de ani) variază de la aproape zero la 5,2 %. În rândul adulților tineri (15-34 de ani), estimările prevalenței pe parcursul vieții sunt ușor mai ridicate (0-6,6 %), deși sunt raportate niveluri mult mai scăzute de prevalență pentru consumul în ultimul an în grupul de vârstă 15-24 de ani ⁽⁸⁵⁾. Pe de altă parte, în puținele țări care furnizează date comparabile, consumul de LSD este deseori depășit de cel al ciupercilor halucinogene, unde estimările prevalenței pe parcursul vieții pentru adulții tineri variază între 0,3 % și 8,3 %, iar estimările prevalenței în ultimul an variază între 0,2 % și 2,8 %.

În rândul elevilor cu vârsta cuprinsă între 15 și 16 ani, estimările consumului de ciuperci halucinogene sunt mai ridicate decât cele pentru LSD și alte substanțe

⁽⁸⁴⁾ A se vedea tabelele TDI-5 și TDI-37 (partea i), (partea ii) și (partea iii) din buletinul statistic pentru 2009.

⁽⁸⁵⁾ A se vedea tabelele GPS-8 (partea i), GPS-9, GPS-11 și GPS-17 din buletinul statistic pentru 2009.

Extrasul OEDT privind policonsumul de droguri

Împreună cu raportul anual 2009, OEDT publică un Extras privind policonsumul de droguri. Documentul analizează definițiile disponibile ale acestui tipar foarte comun al consumului de droguri și prezintă date care permit o înțelegere mai bună a prevalenței și caracteristicilor policonsumului de droguri la populații diferite (elevi, adulți, consumatori problematici de droguri). Sunt descrise, de asemenea, intervențiile existente care vizează acest fenomen în domeniile prevenirii, tratamentului și reducerii riscurilor. Raportul include și o prezentare generală succintă a riscurilor asociate cu unele dintre cele mai frecvente amestecuri de droguri și o discuție privind monitorizarea policonsumului de droguri pe viitor.

Acest extras este disponibil în format tipărit și pe internet doar în limba engleză (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/polydrug-use>).

halucinogene în zece din cele 26 de țări care au raportat date privind aceste substanțe. Majoritatea țărilor raportează estimări ale prevalenței de-a lungul vieții pentru consumul de ciuperci halucinogene între 1 % și 4 %, niveluri mai ridicate fiind raportate de Slovacia (5 %) și de Republica Cehă (7 %) ⁽⁸⁶⁾.

Tendențele în consumul de amfetamine și ecstasy

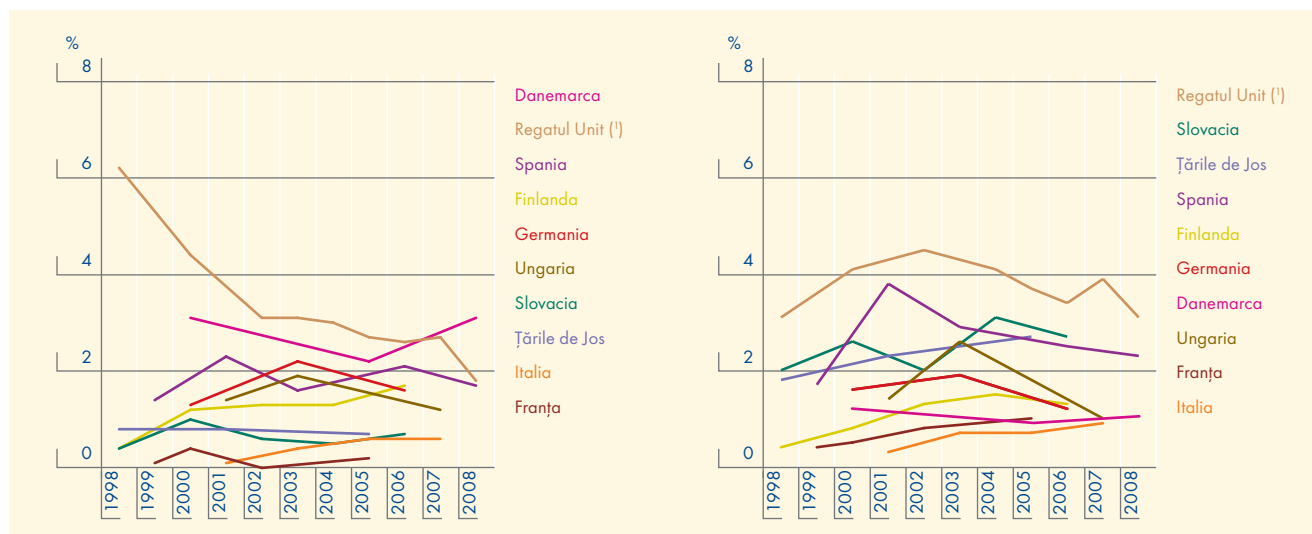
Tendențele de stabilizare sau chiar de scădere ale consumului de amfetamină și ecstasy în Europa,

observate în rapoartele precedente, sunt sprijinite de cele mai recente date. După creșteri generale în anii '90, anchetele asupra populației indică în prezent o stabilizare generală sau chiar o scădere moderată a popularității ambelor droguri, deși acest tipar nu este constatat în toate țările.

În Regatul Unit consumul de amfetamină în ultimul an în rândul tinerilor adulți (15-34 de ani) a scăzut substanțial, de la 6,2 % în 1998 la 1,8 % în 2008. În Danemarca, consumul de amfetamină a crescut de la 0,5 % în 1994 la 3,1 % în 2000, cu o cifră similară pentru 2008 ⁽⁸⁷⁾. În rândul altor țări care raportează anchete repetate într-o perioadă de timp similară (Germania, Grecia, Spania, Franța, Țările de Jos, Slovacia, Finlanda), tendințele sunt în general stabile (a se vedea figura 7). În perioada de cinci ani 2002-2007, din cele 11 țări cu date suficiente privind prevalența consumului de amfetamină în ultimul an în grupul de vârstă 15-34 de ani, patru raportează o scădere de 15 % față de valoarea inițială, trei raportează o stabilizare, iar patru raportează o creștere.

Pentru consumul de ecstasy în rândul adulților tineri (15-34 de ani), tabloul este mai complex. După creșteri generale ale consumului în anumite țări europene la sfârșitul anilor '80 și începutul anilor '90, care au condus la niveluri similare ale consumului de ecstasy în Germania, Spania și Regatul Unit la jumătatea anilor '90, prevalența consumului în ultimul an a scăzut la o valoare

Figura 7: Tendențe ale prevalenței în ultimul an a consumului de amfetamine (stânga) și ecstasy (dreapta) în rândul adulților tineri (cu vârsta între 15 și 34 de ani)



(¹) Anglia și Țara Galilor.

NB: Sunt prezentate doar datele pentru țările cu cel puțin trei anchete în perioada 1998-2008. Pentru informații suplimentare, a se vedea figurile GPS-8 și GPS-21 din buletinul statistic pentru 2009.

Surse: Rapoartele naționale Reitox, preluate din anchetele asupra populației, rapoarte sau articole științifice.

(86) Date raportate de toate țările ESPAD, cu excepția Spaniei. A se vedea figura EYE-2 (partea v) din buletinul statistic pentru 2009.

(87) În Danemarca, informațiile din 1994 se referă la „droguri tari”, considerate în principal a fi amfetamine.

medie estimată la nivel european de 1,6 %. Dintre țările cu anchete mai recente, prevalența rămâne mai ridicată în Regatul Unit decât în celelalte țări ⁽⁸⁸⁾. În perioada de cinci ani 2002-2007, prevalența consumului de ecstasy în ultimul an în rândul adulților tineri a scăzut cu cel puțin 15 % în trei din cele 11 țări care au furnizat informații suficiente, rămânând stabilă în patru și crescând în patru.

În anumite țări și în rândul anumitor segmente ale populației consumatoare de droguri, amfetaminele și ecstasy-ul ar putea fi înlocuite de către cocaină. Această ipoteză poate fi ilustrată în Regatul Unit și, într-o oarecare măsură, în alte țări (de exemplu, Danemarca, Spania), unde s-au observat simultan creșteri ale consumului de cocaină și scăderi ale consumului de amfetamine (OEDT, 2008b).

ESPAD și alte anchete realizate în școli în 2007 indică, în ansamblu, puține schimbări în ceea ce privește nivelul experimentării cu amfetamină și ecstasy în rândul elevilor cu vârsta cuprinsă între 15 și 16 ani. Având în vedere diferențele de cel puțin două puncte procentuale între 2003 și 2007, prevalența consumului de amfetamină de-a lungul vieții a crescut în nouă țări. Potrivit aceluiași tip de indicator, consumul de ecstasy a crescut în șapte țări. Scăderea prevalenței consumului de amfetamină de-a lungul vieții s-a observat numai în Estonia, în timp ce Republica Cehă, Portugalia și Croația au raportat o scădere a consumului de ecstasy.

Consumul de amfetamine și ecstasy în locurile de recreere: consum și intervenții

Consumul de droguri și alcool este uneori asociat cu anumite locuri de recreere în care se reunesc tinerii (de exemplu, evenimente dance, festivaluri muzicale). Studiile privind consumul de droguri în aceste locuri pot oferi o perspectivă utilă asupra comportamentului celor care consumă amfetamine și ecstasy sau alte droguri precum ketamina sau GHB. Estimările consumului de droguri în aceste medii sunt în general ridicate, dar nu pot fi generalizate la o populație mai extinsă, iar o mare parte din consumul de droguri tinde să aibă loc în weekend sau în perioadele de vacanță (OEDT, 2006b).

Sunt disponibile date privind prevalența obținute în cadrul studiilor în locurile de recreere în anul 2007 din cinci țări (Belgia, Republica Cehă, Letonia, Lituania, Austria). Estimările privind prevalența consumului de-a lungul vieții variază între 15 % și 71 % pentru ecstasy și între 17 % și 68 % pentru amfetamine. Patru din aceste studii au raportat, de asemenea, estimări ale prevalenței consumului

de-a lungul vieții pentru ciupercile halucinogene, variind între 4 % și 64 %. Și utilizarea frecventă a ecstasy-ului sau al amfetaminelor se găsește în aceste medii, însă în general este mult mai scăzută.

O indicație a măsurii în care utilizarea acestor droguri poate fi concentrată în rândul populației tinere care frecventează cluburile poate fi obținută din British Crime Survey pentru perioada 2007-2008. Din tinerii cu vârsta cuprinsă între 16 și 24 de ani, cei care au declarat că au frecventat un club de noapte de cel puțin patru ori în ultima lună au fost de peste trei ori mai susceptibili să fi utilizat ecstasy (8 %) în ultimul an decât cei care nu au frecventat astfel de locuri (2,3 %) (Hoare și Flatley, 2008).

Sănătatea și siguranța persoanelor care frecventează cluburile de noapte și consumă droguri reprezintă o preocupare din ce în ce mai puternică a sistemului public de îngrijiri medicale. În acest sens, un instrument important îl constituie orientările precum „Safer dancing” elaborate în Regatul Unit. Cu toate acestea, deși 12 țări raportează în prezent că au elaborat astfel de orientări pentru localurile de noapte, numai Țările de Jos, Slovenia, Suedia și Regatul Unit raportează că acestea sunt monitorizate și puse în aplicare.

Orientările privind siguranța în cluburi sunt menite să reducă posibilitatea apariției problemelor legate de consumul de droguri și includ accesibilitatea apei reci gratuite, disponibilitatea imediată a primului ajutor și activități de intervenție de proximitate. Experții naționali au furnizat rapoarte privind disponibilitatea unor astfel de măsuri în cluburi cu o populație-țintă suficient de ridicată pentru ca intervenția să poată fi pusă în practică. În ansamblu, aceste rapoarte arată disponibilitatea limitată a unor măsuri simple de prevenire sau reducere a riscurilor de sănătate și a consumului de droguri în localurile de noapte europene. Disponibilitatea activităților de intervenție de proximitate în majoritatea cluburilor de noapte relevante este raportată numai în Lituania și Slovenia și într-o minoritate de cluburi de noapte în 18 țări. În șase țări, astfel de activități nu există. Cinci țări raportează disponibilitatea imediată a primului ajutor în majoritatea cluburilor de noapte (Luxemburg, Portugalia, Slovenia, Regatul Unit, Norvegia); în 15 țări măsura este disponibilă numai într-un număr extrem de redus de cluburi de noapte relevante, iar în Grecia și Suedia este nedisponibilă. În sfârșit, apa rece gratuită este disponibilă în majoritatea cluburilor de noapte relevante și într-un număr limitat de cluburi în alte nouă țări. Această măsură nu este disponibilă în Grecia, Cipru și România.

⁽⁸⁸⁾ A se vedea figura GPS-21 din buletinul statistic pentru 2009.

Tratament

În general, consumatorii de amfetamine primesc tratament în serviciile ambulatorii de tratament pentru consum de droguri care, în țări care în trecut au înregistrat niveluri semnificative ale consumului de amfetamine, pot fi specializate în tratarea acestui tip de probleme legate de consumul de droguri. Tratamentul pentru cei mai problematici consumatori de amfetamine poate fi acordat în cadrul serviciilor de tratament pentru consumul de droguri cu posibilități de spitalizare sau în clinici sau spitale de psihiatrie.

Nouă țări (Germania, Estonia, Spania, Italia, Austria, Portugalia, Slovenia, Slovacia, Regatul Unit) raportează existența unor programe specifice de tratament pentru consumatorii problematici de amfetamine. Disponibilitatea acestor programe variază de la țară la țară. Numai trei din aceste țări (Portugalia, Slovenia, Regatul Unit) raportează că sunt disponibile programe specializate pentru majoritatea consumatorilor de amfetamine care solicită tratament în mod activ. În celelalte șase țări, experții naționali estimează că doar mai puțin de jumătate din consumatorii care solicită tratament pot beneficia de tratament specific pentru consumul de amfetamine. De multe ori, conținutul programelor specifice pentru consumatorii de acest drog nu este bine documentat.

În general lipsesc opțiunile terapeutice cu dovezi solide de eficacitate care să ofere linii directoare pentru tratamentul dependenței de psihostimulatoare precum amfetaminele. Au fost raportate rezultate promițătoare pentru o serie de investigații recente privind agenții farmacologici care să-i ajute pe consumatori să facă față abstinenței sau să reducă impulsurile asociate cu dependența de amfetamine, care până în prezent nu au existat. Un studiu finlandez privind utilizarea metilfenidatului și al aripiprazolului a raportat rezultate inițiale pozitive, probele de urină provenind de la persoanele care au primit metilfenidat indicând niveluri mai scăzute de amfetamină decât persoanele care au primit aripiprazol (Tiihonen et al., 2007). De asemenea, o analiză a literaturii de specialitate recente a arătat rezultate pozitive atât pentru metilfenidat, cât și pentru dexamfetamină în tratarea dependenței de metamfetamină (Elkashef et al., 2008).

Dexamfetamina este disponibilă de multă vreme pentru tratarea consumatorilor extrem de problematici de amfetamine în Anglia și în Țara Galilor, unde aceasta poate fi prescrisă de orice medic. Totuși, informațiile privind această practică în Regatul Unit sunt limitate. Un studiu realizat asupra serviciilor de farmacie în urmă cu peste zece ani estima că între 900 și 1 000 de pacienți primeau un astfel de tratament (Strang și Sheridan, 1997).

Majoritatea prescripțiilor erau emise de medici care erau angajați în spitale sau clinici și aproape toate proveneau de la medici care activau în cadrul Serviciului Național de Sănătate (NHS). Un studiu asupra a 265 de servicii de specialitate din NHS, realizat în anul 2000, a arătat disponibilitatea prescrierii dexamfetaminei în aproximativ o treime din serviciile eșantionate (Rosenberg et al., 2002). Cu toate acestea, orientările elaborate în Regatul Unit pentru gestionarea clinică a dependenței de droguri recomandă evitarea prescrierii dexamfetaminei, din cauza lipsei unei eficacități demonstrate (NTA, 2007).

Până în prezent, nicio intervenție psihosocială specifică nu a prezentat dovezi puternice de eficacitate în ajutarea consumatorilor de psihostimulatoare să mențină abstenența. În literatura de specialitate, intervențiile care au demonstrat cea mai mare eficacitate în tratarea consumatorilor de droguri stimulente sunt abordările cognitiv-comportamentale precum prevenirea recăderilor. Nu există dovezi puternice cu privire la eficacitatea altor tipuri de intervenții. Literatura de specialitate se confruntă în mod special cu o penurie de studii bine realizate în rândul consumatorilor primari de amfetamină, în special de studii privind rezultatele tratamentelor (Baker et al., 2004). În plus, o recentă analiză a intervențiilor psihosociale pentru dependența de psihostimulatoare realizată de grupul Cochrane a arătat că numai în intervențiile ale căror componente includ gestionarea urgențelor s-au putut observa rezultate comportamentale pozitive consecutive (continuarea tratamentului, reducerea consumului de droguri). Cu toate acestea, această metodă este rar utilizată în Europa, deși au existat o serie de proiecte-pilot (a se vedea capitolul 5).

Sunt necesare mai multe cercetări în ceea ce privește tratamentul psihosocial și farmacologic al persoanelor cu probleme legate de consumul de amfetamine, în special prin injectare. De asemenea, este nevoie de o mai bună documentare a situației actuale din Europa în ceea ce privește practicile de tratament și distribuția tratamentelor și încă rămân multe de făcut în ceea ce privește schimburile de bune practici. Lipsa unor programe dedicate ar putea fi un motiv pentru care consumatorii de amfetamină sau metamfetamină nu solicită tratament, mai ales în etapele de început ale consumului. În plus, disponibilitatea unor astfel de programe ar putea determina un număr mai mare de consumatori să înceapă tratamentul, cum s-a constatat în cazul consumatorilor de canabis din Germania și Franța, când aceste țări au extins disponibilitatea programelor de tratament dedicate. Astfel de măsuri ar putea fi deosebit de utile în acele țări care recent au fost martorele unei creșteri a numărului de consumatori problematici de amfetamină și metamfetamină, în special prin injectare (Talu et al., 2009).



Capitolul 5

Cocaina și cocaina crack

Introducere

În Uniunea Europeană, în ultimul deceniu, a fost observată o creștere generală a consumului de cocaină și a capturilor de cocaină, deși această tendință s-a limitat în cea mai mare parte la statele membre occidentale, existând diferențe majore de la o țară la alta. Datele disponibile indică, de asemenea, o diversitate considerabilă în rândul consumatorilor de cocaină, atât din punct de vedere al tiparelor de consum, cât și din punct de vedere socio-demografic. Cei care doar experimentează substanța o dată sau de câteva ori reprezintă cel mai mare grup. Un alt grup include consumatorii frecvenți integrați social care, în unele țări, reprezintă un număr relativ mare de persoane tinere. Unele dintre acestea vor consuma mai multă cocaină sau vor consuma substanța pe o perioadă lungă, ceea ce poate genera probleme de sănătate cronice și probleme sociale, precum și nevoia de tratament. O a treia categorie de consumatori include membri ai grupurilor excluse de societate, inclusiv consumatorii actuali și foștii consumatori de opiacee. Majoritatea dintre ei prezintă tipare intensive

de consum de cocaină, posibil prin consumul drogului crack sau prin injectarea drogului, ceea ce poate perpetua sau exacerba problemele de sănătate și sociale existente și poate complica tratamentul pentru consumul de opiacee. Din cauza diversității profilurilor în rândul consumatorilor de cocaină, evaluarea prevalenței consumului drogului, a consecințelor sale asupra sănătății și a consecințelor sociale și răspunsurile necesare prezintă o categorie unică de provocări.

Ofertă și disponibilitate

Producția și traficul

Cultivarea arbustului de coca, sursa cocainei, continuă să fie concentrată în câteva țări din regiunea Anzilor ⁽⁸⁹⁾. ONUDC (2009) a estimat pentru anul 2008 că suprafața totală cultivată cu arbustul de coca se traduce într-o producție potențială de 845 de tone de hidroclorură de cocaină pură, Columbia reprezentând 51 %, Peru 36 % și Bolivia 13 %. Se estimează o scădere a producției de

Tabelul 7: Producția, capturile, prețul și puritatea cocainei și a cocainei crack

	Cocaina	Crack ⁽¹⁾
Estimarea producției globale (tone)	845	n.a.
Cantitățile globale capturate (tone)	710 ⁽²⁾	0,8
Cantitatea capturată (tone) UE și Norvegia (inclusiv Croația și Turcia)	76,4 (76,7)	0,08 (0,08)
Numărul capturilor UE și Norvegia (inclusiv Croația și Turcia)	91 400 (92 000)	9 500 (9 500)
Prețul mediu cu amănuntul (EUR pe gram) Interval (Interval intercuartil) ⁽³⁾	44-88 (58-67)	20-112
Intervalul purității medii (%)	22-57	35-98
⁽¹⁾ Din cauza setului redus de țări care raportează informații, datele ar trebui interpretate cu precauție. ⁽²⁾ Estimările ONUDC estimează că această cifră este echivalentă cu 412 tone de cocaină pură. ⁽³⁾ Intervalul jumătății mijlocii a prețurilor medii raportate. NB: Toate datele sunt valabile pentru 2007, cu excepția estimărilor producției globale care sunt valabile pentru 2008; n.a., date nedisponibile. Surse: UNODC World drugs report (2009) pentru valorile globale, Punctele focale naționale Reitox pentru datele europene.		

⁽⁸⁹⁾ Pentru informații asupra surselor datelor pentru oferta și disponibilitatea drogurilor, a se vedea p. 42.

cocaină cu 15 % în 2008, în special din cauza scăderii producției de cocaină din Columbia – de la 600 de tone în 2007 la 430 de tone în 2008. În schimb, producția de cocaină din Peru și Bolivia a continuat să crească ușor.

Majoritatea proceselor de transformare a frunzelor de coca în hidroclorură de cocaină continuă să fie localizate în Columbia, Peru și Bolivia, deși pot apărea și în alte țări din America de Sud. Importanța Columbiei în producerea de cocaină este coroborată cu informații privind laboratoarele desființate și capturile de permanganat de potasiu, un reactiv chimic folosit în sinteza hidroclorurii de cocaină. În 2007 au fost desființate 2 471 de laboratoare producătoare de cocaină (78 % din totalul la nivel mondial), iar un total de 144 tone de permanganat de potasiu a fost capturat în Columbia (94 % din capturile la nivel mondial) (INCB, 2009a).

Informațiile disponibile arată că în continuare cocaina este traficată în Europa prin diferite rute (OEDT, 2008d). Transporturile de cocaină tranzitează țările din America de Sud și Centrală, cum ar fi Argentina, Brazilia, Ecuador, Mexic și Venezuela, înainte de a ajunge în Europa. Țările din Caraibe sunt, de asemenea, folosite în mod frecvent pentru transbordarea drogului în Europa. Pe aceste rute, cocaina este introdusă clandestin prin zboruri comerciale sau pe cale maritimă. În ultimii ani a fost identificată o rută alternativă prin Africa de Vest. De aici, cocaina este deseori transportată în Europa cu nave de pescuit și nave cu vele, deși a fost raportat și trafic pe calea aerului sau pe continent prin Africa de Nord (Europol, 2007).

În ultimii ani au fost menționate și alte țări de tranzit. Printre acestea se numără Africa de Sud, Rusia, dar și alte țări din Europa Centrală și de Est, unde numărul capturilor de cocaină a crescut de la un număr estimat de 412 cazuri în 2002 la 1 065 în 2007. Belgia, Spania, Franța, Italia, Țările de Jos, Portugalia și Regatul Unit au fost menționate ca importante țări de tranzit pentru transporturile de cocaină în interiorul Europei.

Capturi

Cocaina este cel mai traficată drog din lume, după plantele de canabis și rășina de canabis. În 2007, capturile globale de cocaină au rămas stabile la aproximativ 710 tone. America de Sud a continuat să raporteze cele mai mari cantități capturate, reprezentând 45 % din cifra globală, aceasta fiind urmată de America de Nord cu 28 % și Europa de Vest și Centrală cu 11 % (ONUUDC, 2009).

În Europa, numărul de capturi de cocaină a crescut în ultimii 20 de ani, în special din 2003. În 2007, numărul

capturilor de cocaină a crescut la 92 000 de cazuri, deși cantitatea totală recuperată a scăzut la 77 de tone, de la 121 de tone în 2006. La scăderea cantității totale de cocaină capturată contribuie în mare măsură Portugalia, și într-o măsură mai redusă Spania și Franța, care raportează cantități mai mici capturate în 2007 față de anul anterior ⁽⁹⁰⁾. În 2007, Spania a fost în continuare țara care a raportat cea mai mare cantitate de cocaină capturată și cel mai ridicat număr de capturi de drog – aproape jumătate din total – din Europa.

Legi pentru combaterea traficului de droguri în marea liberă

Succesul stopării traficului de droguri pe mare depinde de cooperarea între state, iar aceasta este facilitată de două convenții internaționale.

În conformitate cu articolul 108 din Convenția internațională privind dreptul mării (1982), un stat care suspectează că o navă care își arborează pavilionul ⁽¹⁾ este implicată în trafic de droguri poate solicita ajutorul altor state pentru a stopa acest trafic. O cooperare mai intensă este avută în vedere în cadrul articolului 17 din Convenția Organizației Națiunilor Unite din 1988 împotriva traficului. Această convenție stabilește un mecanism care permite oricărui stat ce are motive rezonabile pentru a suspecta că o navă înregistrată într-o altă țară este implicată în trafic de droguri să solicite statului căruia îi aparține pavilionul navei să îi acorde permisiunea de a efectua o arestare la bord, de a percheziționa și captura orice droguri și de a urmări ulterior infractorii. Aceste acte pot fi întreprinse în orice loc în afara apelor teritoriale. Autoritățile naționale competente sunt desemnate să acționeze ca puncte de contact, fiind permanent la datorie, pentru a răspunde acestor cereri de îndată ce este posibil. Cererile pot fi aprobate, aprobate sub rezerva îndeplinirii unor condiții sau refuzate. Interdicția poate fi impusă doar de nave de război sau aeronave militare sau alte nave sau aeronave ce pot fi identificate în mod clar ca aflându-se în serviciul guvernului și autorizate în acest scop.

Arestarea efectivă la bord și acțiunile ulterioare sunt întreprinse de către o echipă de agenți de aplicare a legii din statul solicitant, cunoscută sub denumirea de detașare pentru aplicarea legii (LEDET). Atunci când coordonarea este asigurată de agenții interguvernamentale precum MAOC-N (Centrul maritim de operațiuni și analiză – stupefiante), acțiunea LEDET este desfășurată uneori de către navele de război ale altei țări. În acest caz, pentru respectarea cerinței de identificare, elicopterele și ambarcațiunile mici folosite în timpul operațiunii de arestare la bord vor arbora temporar steagul statului căruia îi aparține LEDET și nu al statului căruia îi aparține nava de război.

⁽¹⁾ Jurisdicția asupra unei nave și echipajului său este asumată de către statul în care este înregistrată nava („statul de pavilion”).

⁽⁹⁰⁾ A se vedea tabelele SZR-9 și SZR-10 din buletinul statistic pentru 2009.

Puritatea și prețul

Puritatea tipică a cocainei în Europa a variat între 22 % și 57 % în 2007 ⁽⁹¹⁾. Cele mai multe țări care au furnizat date suficiente pentru analiza tendințelor în timp au raportat o scădere a purității cocainei în perioada 2002-2007, cu excepția Spaniei și Portugaliei.

În 2007, prețul tipic de vânzare cu amănuntul al cocainei a variat între 44 EUR și 88 EUR per gram în cele 19 țări care raportează date, aproape jumătate dintre acestea raportând prețuri tipice cuprinse între 58 EUR și 67 EUR per gram. Pentru țările care raportează date suficiente, cocaina vândută în stradă a devenit mai ieftină în perioada 2002-2007.

Înțelegerea scăderii prețurilor cocainei în Europa

Din 2000, prețurile cocainei ajustate la inflație au scăzut în Europa, în timp ce cererea pentru această substanță a crescut, după cum indică prevalența consumului de cocaină la populația generală și la consumatorii de droguri problematici. Această concluzie surprinzătoare ar putea fi explicată prin mai mulți factori. O creștere a cererii de cocaină pentru Europa, reflectată în volume din ce în ce mai mari de capturi reprezintă, în mod cert, un factor-cheie în acest caz. Căutarea unei alternative la piața Statelor Unite de către traficanții de cocaină din America de Sud poate fi un factor de stimulare care să favorizeze concentrarea sporită a pieței europene. Este posibil ca un factor de stimulare să fi fost reprezentat și de cererea din ce în ce mai mare de cocaină în Europa. Volumul sporit al consumului de cocaină din Europa, împreună cu puterea relativă a monezilor europene comparativ cu dolarul american a putut să compenseze prețurile în scădere și, posibil, marjele de profit mai reduse.

Cu toate acestea, este posibil ca și alți factori să fi influențat prețul cocainei. Evoluțiile tehnologice și utilizarea unor noi rute de trafic, precum Africa de Vest, unde controlul drogurilor este aplicat într-o măsură insuficientă și care furnizează traficanți prost plătiți ar fi putut conduce la o scădere a costurilor de transport și a riscului traficului. Este posibil ca și competiția mai intensă în interiorul pieței cocainei (Desroches, 2007) să fi influențat piața drogurilor din Europa.

Lipsa datelor din acest domeniu face ca această analiză să fie în mod obligatoriu speculativă și subliniază importanța obținerii unei înțelegeri mai bune a factorilor care influențează piața drogurilor din Europa. OEDT s-a angajat să continue dezvoltarea colaborărilor și cercetării în acest domeniu.

Prevalența și tiparele de consum

Consumul de cocaină la nivelul populației generale

În ansamblu, cocaina rămâne al doilea cel mai consumat drog ilegal din Europa, după canabis, deși consumul variază mult între țări. Se estimează că circa 13 milioane de europeni au consumat cocaină cel puțin o dată în viață, în medie 3,9 % din adulții cu vârsta între 15 și 64 de ani (a se vedea tabelul 8 pentru un rezumat al datelor). Cifrele naționale variază de la 0,1 % la 8,3 %, cu 12 din 23 de țări, inclusiv majoritatea țărilor din Europa Centrală și de Est, raportând niveluri foarte scăzute de prevalență pe parcursul vieții în rândul tuturor adulților (0,5-2 %).

Se estimează că circa 4 milioane de europeni au consumat drogul în ultimul an (în medie 1,2 %), deși iarăși există variații între țări. Anchetele naționale recente raportează estimări ale prevalenței pe parcursul ultimului an între zero și 3,1 %; deși în 18 din 24 de țări, nivelurile consumului nu depășesc 1 %. Estimarea prevalenței pentru consumul de cocaină din ultima lună din Europa reprezintă aproximativ 0,4 % din populația adultă sau aproximativ 1,5 milioane de persoane. Aceste estimări sunt probabil conservatoare.

În ansamblu, consumul de cocaină pare a fi concentrat în câteva țări, în special Danemarca, Spania, Italia, Irlanda și Regatul Unit, în timp ce consumul drogului rămâne relativ scăzut în alte părți ale Europei. În țările în care amfetaminele domină piața de droguri stimulatoare ilegale, estimările consumului de cocaină sunt reduse în aproape toate cazurile. Pe de altă parte, în cele mai multe țări în care cocaina este principalul drog stimulator ilegal, sunt raportate niveluri scăzute de consum de amfetamină.

Doar un procent redus dintre cei care au consumat cocaină cel puțin o dată în viață par să dezvolte tipare de consum intens. Datele din anchetele efectuate în rândul populației generale sugerează rate ridicate de renunțare în rândul consumatorilor de cocaină. În țările în care prevalența pe parcursul vieții este de peste 2 %, majoritatea adulților care au consumat cocaină o dată în viață (80-95 %) nu au consumat-o în ultima lună ⁽⁹²⁾.

Consumul de cocaină în rândul tinerilor adulți

În Europa, se estimează că 7,5 milioane de adulți tineri (15-34 de ani) sau în medie 5,6 %, au consumat cocaină cel puțin o dată în viață. Cifrele naționale variază de la 0,1 % la 12,0 %. Media europeană pentru consumul de cocaină în ultimul an în rândul acestui grup de vârstă este estimată la 2,2 % (3 milioane), iar pentru consumul din ultima lună la 0,8 % (1 milion).

⁽⁹¹⁾ Pentru datele privind puritatea și prețul, a se vedea tabelele PPP-3 și PPP-7 din buletinul statistic pentru 2009.

⁽⁹²⁾ A se vedea figura GPS-16 din buletinul statistic pentru 2009.

Tabelul 8: Prevalența consumului de cocaină la populația generală – rezumatul datelor

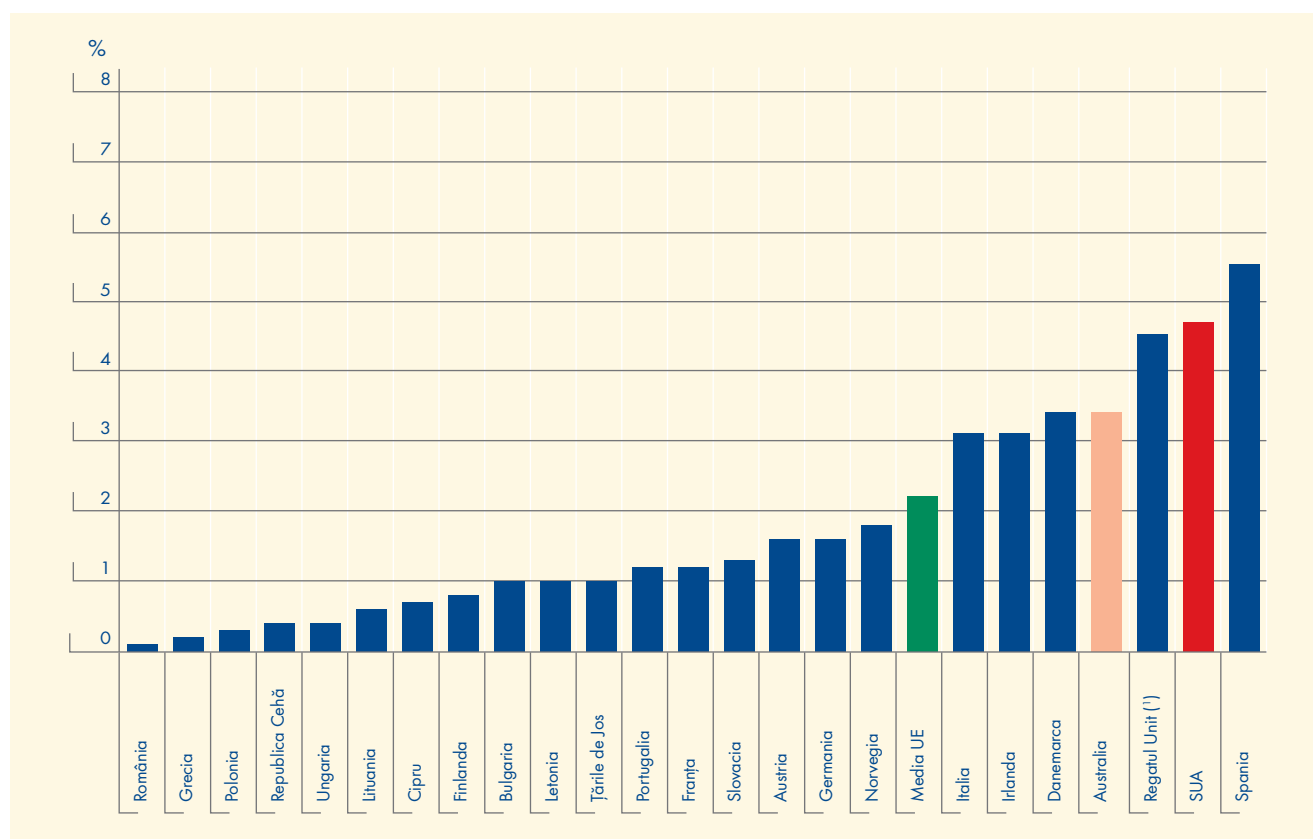
Grupa de vârstă	Perioada consumului		
	Pe parcursul vieții	Anul trecut	Luna trecută
15-64 de ani			
Număr estimat de consumatori din Europa	13 milioane	4 milioane	1,5 milioane
Media europeană	3,9 %	1,2 %	0,4 %
Interval	0,1 – 8,3 %	0,0 – 3,1 %	0,0 – 1,1 %
Țări cu prevalența cea mai scăzută	România (0,1 %) Lituania, Malta (0,4 %) Grecia (0,7 %)	România (0,0 %) Grecia (0,1 %) Republica Cehă, Ungaria, Polonia (0,2 %)	Republica Cehă, Grecia, Estonia, România (0,0 %) Malta, Lituania, Polonia, Finlanda (0,1 %)
Țări cu prevalența cea mai ridicată	Spania (8,3 %) Regatul Unit (7,6 %) Italia (6,8 %) Irlanda (5,3 %)	Spania (3,1 %) Regatul Unit (2,3 %) Italia (2,2 %) Irlanda (1,7 %)	Spania (1,1 %) Regatul Unit (1,0 %) Italia (0,8 %) Irlanda (0,5 %)
15-34 de ani			
Număr estimat de consumatori în Europa	7,5 milioane	3 milioane	1 milioane
Media europeană	5,6 %	2,2 %	0,8 %
Interval	0,1 – 12,0 %	0,1 – 5,5 %	0,0 – 2,1 %
Țări cu prevalența cea mai scăzută	România (0,1 %) Lituania (0,7 %) Malta (0,9 %) Grecia (1,0 %)	România (0,1 %) Grecia (0,2 %) Polonia (0,3 %) Ungaria, Republica Cehă (0,4 %)	Estonia, România (0,0 %) Republica Cehă, Grecia, Polonia (0,1 %)
Țări cu prevalența cea mai ridicată	Regatul Unit (12,0 %) Spania (11,8 %) Danemarca (9,5 %) Irlanda (8,2 %)	Spania (5,5 %) Regatul Unit (4,5 %) Danemarca (3,4 %) Irlanda, Italia (3,1 %)	Regatul Unit (2,1 %) Spania (1,9 %) Italia (1,2 %) Irlanda (1,0 %)
15-24 de ani			
Număr estimat de consumatori în Europa	3 milioane	1,5 milioane	0,6 milioane
Media europeană	4,4 %	2,2 %	0,9 %
Interval	0,1 – 9,9 %	0,1 – 5,6 %	0,0 – 2,5 %
Țări cu prevalența cea mai scăzută	România (0,1 %) Grecia (0,6 %) Lituania (0,7 %) Malta, Polonia (1,1 %)	România (0,1 %) Grecia (0,2 %) Polonia (0,3 %) Republica Cehă (0,4 %)	Estonia, România (0,0 %) Grecia (0,1 %) Republica Cehă, Polonia, Portugalia (0,2 %)
Țări cu prevalența cea mai ridicată	Regatul Unit (9,9 %) Spania (9,3 %) Danemarca (9,2 %) Irlanda (7,0 %)	Danemarca (5,6 %) Spania (5,4 %) Regatul Unit (5,0 %) Irlanda (3,8 %)	Regatul Unit (2,5 %) Spania (1,7 %) Italia (1,2 %) Irlanda (1,1 %)
Estimările prevalenței pentru Europa se bazează pe mediile ponderate din cele mai recente anchete naționale derulate între 2001 și 2008 (în principal 2004-2008), prin urmare nu pot fi alocate unui singur an. Prevalența medie pentru Europa a fost calculată printr-o medie ponderată în funcție de populația din segmentul de vârstă relevant din fiecare țară. În țările pentru care nu există nicio informație disponibilă, s-a atribuit prevalența medie UE. Populațiile folosite ca bază: 15-64 (334 milioane), 15-34 (133 milioane) și 15-24 (63 milioane). Datele rezumate aici sunt disponibile la „Anchete în rândul populației generale” din buletinul statistic pentru 2009.			

Consumul este foarte ridicat în rândul bărbaților tineri (15-34 de ani), prevalența consumului de cocaină raportat în ultimul an situându-se între 4,2 % și 7,7 % în Danemarca, Spania, Irlanda, Italia și Regatul Unit ⁽⁹³⁾. În majoritatea țărilor, raportul dintre bărbați și femei pentru

prevalența consumului de cocaină din ultimul an la tinerii adulți este de cel puțin 2:1.

În ultimul an, prevalența consumului de cocaină în rândul tinerilor între 15 și 24 de ani este estimată la 2,2 %, ceea ce înseamnă 1,5 milioane de consumatori

⁽⁹³⁾ A se vedea figura GPS-13 din buletinul statistic pentru 2009.

Figura 8: Prevalența consumului de cocaină în ultimul an în rândul adulților tineri (cu vârsta între 15 și 34 de ani) în Europa, Australia și SUA

(¹⁾ Anglia și Țara Galilor.

NB: Datele provin din ultima anchetă disponibilă pentru fiecare țară. Rata medie europeană a prevalenței a fost calculată ca medie a ratelor prevalenței naționale ponderate pe populația națională cu vârsta între 15 și 34 de ani (2006, preluate de la Eurostat). Datele din SUA și Australia au fost recalculate pe baza rezultatelor anchetelor inițiale pentru segmentul de vârstă 15-34 de ani. Pentru informații suplimentare, a se vedea figura GPS-20 din buletinul statistic pentru 2009.

Surse: Punctele focale naționale Reitox.

SAMHSA (SUA), Office of Applied Studies (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>). „National survey on drug use and health”, 2007. Australian Institute of Health and Welfare 2008. 2007 „National Drug Strategy Household Survey: detailed findings. Drug statistics series no. 22. Cat. no. PHE 107”. Canberra: AIHW (<http://www.aihw.gov.au/publications/phe/ndshs07-df/ndshs07-df.pdf>).

în Europa. Spre deosebire de estimările prevalenței pentru consumul de cannabis sau ecstasy, care au valorile cele mai ridicate în grupul cu vârsta între 15 și 24 de ani, evaluările consumului de cocaină mai recent (anul trecut și luna trecută) sunt similare în cadrul grupului cu vârsta între 15 și 34 de ani și al celui cu vârsta între 15 și 24 de ani (²⁴).

Consumul de cocaină este asociat cu consumul de alcool și cu anumite stiluri de viață. De exemplu, o analiză a datelor din British Crime Survey 2007-2008 a estimat că 13,5 % dintre cei cu vârsta între 16 și 24 de ani care au vizitat un pub de nouă ori sau mai mult în ultima lună raportează consum de cocaină în ultimul an, în comparație cu 1,7 % dintre cei care nu au vizitat niciodată un pub. Frecventarea cluburilor de noapte a fost asociată, de asemenea, cu un consum crescut de cocaină, întrucât aproape 10 % dintre cei cu vârsta

între 16 și 24 de ani care au vizitat un club de patru sau mai multe ori în ultima lună raportează consum de cocaină, comparativ cu 3,3 % în rândul celor care nu au vizitat niciun club. Ancheta a raportat, de asemenea, niveluri scăzute de consum de cocaină crack, chiar în rândul consumatorilor de cocaină, confirmând constatările altor studii care raportează profiluri diferite ale consumatorilor acestor două substanțe (Hoare și Flatley, 2008). Studiile desfășurate în locurile de recreere raportează, de asemenea, o prevalență mai ridicată a consumului de cocaină decât la populația generală (OEDT, 2007a). În plus, o anchetă internet recentă realizată în rândul fanilor muzicii electronice din Republica Cehă a raportat că 30,9 % dintre respondenți au consumat cocaină.

Sondajul Eurobarometru 2008, realizat în cele 27 de state membre ale UE, arată că 85 % dintre cei cu vârsta

(²⁴) A se vedea figura GPS-15 și tabelele GPS-14, GPS-15 și GSP-16 pentru toți anii; tabelele GPS-17, GPS-18 și GPS-19 pentru ultimele date din buletinul statistic pentru 2009.

între 15 și 25 de ani percep cocaina drept un risc ridicat pentru sănătatea unei persoane. Proporțiile de respondenți care percep un nivel similar de risc pentru sănătate în urma consumului altor substanțe sunt mult mai scăzute: 40 % pentru cannabis, 28 % pentru tutun și 24 % pentru alcool. Doar consumul de heroină este perceput ca reprezentând un risc ridicat de către cea mai mare parte a respondenților. Există o diferență foarte mică de la o țară la alta, iar 95 % dintre respondenți au considerat că este necesară interzicerea cocainei în continuare (Comisia Europeană, 2008b).

Consumul de cocaină în rândul elevilor

Estimările prevalenței consumului de cocaină în rândul elevilor sunt mult mai mici decât cele corespunzătoare consumului de cannabis. Prevalența consumului de cocaină pe parcursul vieții în rândul elevilor de 15-16 ani în ancheta ESPAD se situează între 1 % și 2 % în jumătate dintre cele 28 de țări care au raportat date. Majoritatea țărilor rămase raportează niveluri ale prevalenței cuprinse între 3 % și 4 %, în timp ce Franța, Italia și Regatul Unit raportează 5 %. Prevalența consumului de cocaină pe parcursul vieții este mai ridicată la bărbați decât la femei în majoritatea țărilor, iar nivelurile cele mai ridicate (6 %) sunt raportate de Franța și Italia ⁽⁹⁵⁾.

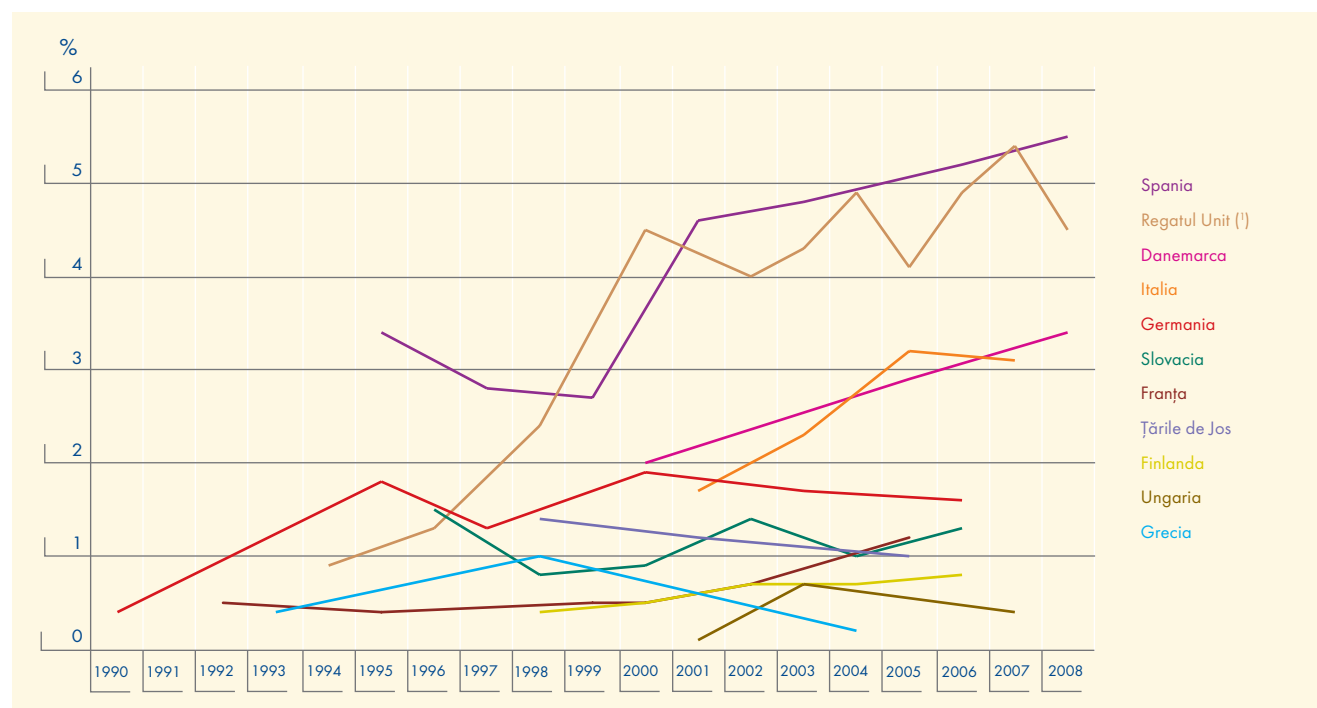
Comparații internaționale

În ansamblu, prevalența estimată a consumului de cocaină în ultimul an este mai mică în rândul tinerilor adulți din Uniunea Europeană decât în Australia și Statele Unite. Cu toate acestea, două țări, Spania și Regatul Unit (Anglia și Țara Galilor), raportează cifre mai ridicate decât Australia și numai Spania raportează o estimare mai ridicată decât cea din Statele Unite (figura 8).

Tendențe în consumul de cocaină

În termeni simpli, tendințele în ceea ce privește consumul de cocaină în Europa au urmat tipare diferite. În cele două țări cu cea mai mare prevalență a consumului de cocaină (Spania și Regatul Unit), consumul drogului a crescut semnificativ la sfârșitul anilor '90, înainte de a trece la o tendință mai stabilă, deși în general ascendentă. În cel de-al doilea grup de țări, care include Danemarca, Irlanda și Italia, prevalența în creștere a fost mai puțin pronunțată și a apărut mai târziu. Cu toate acestea, nivelurile de consum din aceste trei țări sunt ridicate comparativ cu alte țări europene. În alte părți ale Europei, imaginea este dificil de interpretat, nivelurile de prevalență fiind scăzute la nivel general, în unele țări observându-se mici creșteri și scăderi. Din cele 11 țări

Figura 9: Tendențe ale prevalenței în ultimul an a consumului de cocaină în rândul adulților tineri (cu vârsta între 15 și 34 de ani)



⁽¹⁾ Anglia și Țara Galilor.

NB: Pentru informații suplimentare, a se vedea figura GPS-14 (partea ii) din buletinul statistic pentru 2009.

Surse: Rapoartele naționale ReitoX (2008), preluate din anchetele asupra populației, rapoarte sau articole științifice.

⁽⁹⁵⁾ A se vedea tabelul EYE-12 din buletinul statistic pentru 2009.

pentru care este posibilă analiza tendinței din perioada 2002-2007, prevalența din ultimul an în rândul tinerilor adulți (15-34 de ani) a crescut cu cel puțin 15 % din valoarea inițială în cinci țări (Irlanda, Italia, Letonia, Portugalia, Regatul Unit) (%), a scăzut în două țări (Ungaria, Polonia), și a fost stabilă în patru țări (Germania, Spania, Slovacia, Finlanda) (figura 9).

În anchetele ESPAD din școli efectuate în 2007, prevalența consumului de cocaină pe parcursul vieții în rândul elevilor cu vârsta cuprinsă între 15 și 16 ani a crescut cu cel puțin două puncte procentuale din 2003 în Franța, Cipru, Malta, Slovenia și Slovacia. Ancheta din școlile din Spania a raportat o scădere cu două puncte procentuale în perioada 2004-2007.

Consecințele consumului de cocaină asupra sănătății

Importanța consecințelor consumului de cocaină asupra sănătății nu poate fi subestimată. Acest lucru se datorează parțial naturii deseori nespecifice sau cronice a patologiilor ce rezultă de obicei din consumul de cocaină pe termen lung și parțial dificultății de stabilire a unor asocieri cauzale între afecțiunea respectivă și consumul drogului. Consumul regulat de cocaină, inclusiv prin prizare, poate fi asociat cu probleme cardiovasculare, neurologice și psihiatrice și cu un risc mai ridicat de accidente și violență. Consumul concomitent de alte substanțe, inclusiv alcool, poate spori, de asemenea, unele probleme legate de cocaină (a se vedea OEDT, 2007a). O anchetă efectuată în Statele Unite a estimat că la consumatorii frecvenți de cocaină există un risc de șapte ori mai crescut de infarct miocardic non-fatal decât la neconsumatori (Qureshi *et al.*, 2001). În general, s-a estimat că un sfert din numărul de infarcturi miocardice non-fatale la persoanele cu vârsta cuprinsă între 18 și 45 de ani a fost atribuit „consumului frecvent de cocaină”.

Rapoartele recente indică faptul că în țările cu niveluri ridicate de prevalență a consumului de cocaină, acest drog pare a fi implicat în majoritatea urgențelor spitalicești legate de droguri. American Drug Abuse Warning Network (DAWN) a estimat că în 2006, cocaina, singură sau în combinație cu alte droguri, a fost implicată în șase din zece vizite la departamentele de urgență ca urmare a consumului de droguri. În Spania, sistemul național de raportare a urgențelor spitalicești legat de consumul nemedical național de substanțe psihoactive a constatat că în 2006 cocaina a fost substanța raportată cel mai frecvent (59 %), urmată de cannabis (31 %), sedative (28 %) și heroină (22 %), alcoolul fiind frecvent

asociat cu toate aceste substanțe. Într-un studiu efectuat în rândul pacienților care s-au prezentat la departamentul de urgență al unui spital din Barcelona pentru probleme legate în mod direct de consumul de cocaină, principalele simptome acuzate erau anxietatea sau agitația (48 %) și durerea toracică sau palpitațiile (25 %).

Consumul de cocaină prin injectare și consumul de cocaină crack sunt asociate cu cele mai ridicate riscuri pentru sănătate (inclusiv probleme cardiovasculare și de sănătate mentală, deteriorarea stării de sănătate). Acestea sunt în general agravate de marginalizare socială și probleme specifice suplimentare, cum ar fi riscurile asociate injectării. Consumul concomitent de opiacee și cocaină pare a fi corelat cu un risc mai ridicat de supradoză cu opiacee (OEDT, 2007a).

Dependența reprezintă una dintre consecințele negative ale consumului de cocaină la oameni. Un studiu realizat în Statele Unite a indicat că aproximativ 5 % din consumatorii de cocaină pot deveni dependenți în primul an de consum, deși nu mai mult de aproximativ 20 % dintre consumatori au dezvoltat dependența pe termen lung (Wagner și Anthony, 2002). Un alt studiu a indicat că dintre cei care devin dependenți, aproape 40 % își revin fără tratament cu droguri sau alcool (Cunningham, 2000). Există, de asemenea, dovezi care indică faptul că mulți consumatori de cocaină au controlat consumul de droguri prin stabilirea unor reguli, de exemplu, în legătură cu cantitatea, frecvența sau contextul consumului (Decorte, 2000).

Consumul problematic de cocaină și cererea de tratament

Estimările naționale ale consumului problematic de cocaină (consum prin injectare sau pe termen lung/frecvent) sunt disponibile numai pentru Spania și Italia, iar estimări regionale și privind cocaina crack ⁽⁹⁷⁾ sunt disponibile pentru Regatul Unit. În Italia, în 2007, au fost estimați între 3,8 și 4,7 consumatori problematici de cocaină la 1 000 de adulți. Conform celor mai recente date disponibile pentru Spania, în 2002 existau între 4,5 și 6 consumatori problematici de cocaină la 1 000 de persoane adulte (15-64 de ani). Estimările privind consumatorii problematici de cocaină probabil subestimează populația care are nevoie de tratament sau intervențiile scurte, întrucât consumatorii de cocaină problematici integrați social ar putea fi reprezentați insuficient în sursele de date folosite.

Cocaina, în special cocaina praf, a fost citată drept motiv principal pentru începerea tratamentului de circa 17 % din toți pacienții aflați în tratament pentru consum de droguri

⁽⁹⁶⁾ Danemarca a observat, de asemenea, o creștere, însă într-o perioadă diferită.

⁽⁹⁷⁾ A se vedea „Consumul de cocaină crack în Europa”.

Consumul de cocaină crack în Europa

Cocaina este disponibilă în două forme în Europa: cocaina praf (cocaina HCl, o sare clorhidrică) și cocaina crack folosită mai puțin frecvent (o bază liberă). De obicei, cocaina crack se fumează și este cunoscută pentru efectul său de inducere a unei stări intense de euforie care poate genera tipare problematice de consum. În general, este produsă din cocaina HCl în locații apropiate de cele în care este vândută cu amănuntul și consumată.

Consumul de cocaină a început să se răspândească în Statele Unite la mijlocul anilor '80, în special în zonele urbane defavorizate ale centrelor metropolitane, afectând minoritățile etnice în mod disproporționat. A existat temerea că un fenomen similar s-ar putea produce în Europa, însă până în prezent nu a fost observată o răspândire severă a consumului de cocaină crack.

Cu toate acestea, cocaina crack este consumată în unele orașe europene, deși este dificilă cunoașterea dimensiunii exacte a fenomenului. Rapoarte privind situația din Londra (GLADA, 2004) și Dublin (Connolly et al., 2008) sugerează, de asemenea, că pot avea loc creșteri. În Londra, consumul de cocaină crack este considerat o componentă majoră a problemei legate de droguri a unui oraș, iar creșterea acestuia de la mijlocul anilor '90 este atribuită în principal unei populații din ce în ce mai mari de consumatori de opiacee care consumă, de asemenea, cocaină crack.

Majoritatea cererilor de tratament legate de cocaina crack și majoritatea capturilor de drog sunt raportate de către Regatul Unit. Un studiu a estimat numărul consumatorilor problematici de cocaină crack din Anglia la 5,2-5,6 la o populație adultă de 1 000 în perioada 2006-2007. Probleme importante legate de consumul de cocaină crack sunt raportate, de asemenea, de orașe din alte țări europene.

Consumul de cocaină crack apare în special în grupurile marginalizate și dezavantajate precum lucrătoarele sexuale și consumatorii problematici de opiacee, iar unele țări raportează acest consum în rândul minorităților etnice specifice (de exemplu, Franța, Țările de Jos, Regatul Unit). În rândul persoanelor integrate social, inclusiv al consumatorilor frecvenți de cocaină praf, consumul de cocaină crack este foarte rar (Prinzleve et al., 2004). Cu toate acestea, persistența consumului de cocaină crack la anumite grupuri și în anumite orașe subliniază riscul răspândirii acestuia către populații mai mari.

în 2007, corespunzând la circa 61 000 de cazuri raportate în 25 de țări europene. Printre cei care încep tratament pentru prima dată, proporția celor care raportează cocaina ca drog principal este mai ridicată (22 %).

Există o variație largă de la o țară la alta în ceea ce privește proporția pacienților consumatori de cocaină

atât în rândul tuturor pacienților, cât și al celor noi. Spania raportează cele mai ridicate proporții în rândul tuturor pacienților (45 %) și al pacienților noi (60 %), urmată de Țările de Jos (32 % și 29 %) și Italia (23 % și 26 %). În Belgia, Irlanda, Cipru, Luxemburg și Regatul Unit, pacienții consumatori de cocaină reprezintă între 11 % și 13 % din totalul pacienților consumatori de droguri și între 11 % și 19 % dintre pacienții noi; în alte părți ale Europei, cocaina reprezintă mai puțin de 10 % dintre pacienții care urmează tratament pentru consumul de droguri, cu șapte țări care raportează sub 1 % ⁽⁹⁸⁾.

Numărul pacienților aflați în tratament pentru consumul primar de cocaină urmează o tendință ascendentă în Europa de mai mulți ani, deși această tendință este puternic influențată de câteva țări. În perioada 2002-2007, cele mai mari creșteri proporționale în rândul pacienților noi sunt raportate de Spania, Irlanda și Italia. În țările în care există date suficiente pentru analiza tendințelor în timp, numărul tuturor pacienților care încep tratamentul și citează cocaina ca drog primar a crescut de la 13 % la 19 % (în baza datelor din 18 țări) ⁽⁹⁹⁾. Pentru pacienții noi care încep tratament, proporția a crescut de la 17 % la 25 % (pe baza datelor din 19 țări). Din 2005, în rândul țărilor cu cele mai ridicate procente de pacienți care urmează tratament pentru consum de cocaină, Spania și Italia au raportat o situație stabilă, în timp ce Țările de Jos indică o proporție în scădere a pacienților noi care încep tratamentul pentru cocaină. Cu toate acestea, proporția crește în prezent în alte țări precum Danemarca, Irlanda, Grecia și Portugalia ⁽¹⁰⁰⁾.

Profilul pacienților aflați în tratament

Aproape toți pacienții aflați în tratament pentru consumul de cocaină sunt raportați de centrele de tratament ambulatoriu, deși unii consumatori de cocaină pot fi tratați în clinici private, care aproape nu sunt reprezentate deloc în sistemul actual de monitorizare.

Pacienții aflați în tratament pentru consumul de cocaină au cel mai mare raport dintre bărbați și femei (cinci bărbați pentru fiecare femeie) și una dintre cele mai ridicate medii de vârstă (aproximativ 32 de ani) în rândul pacienților aflați în tratament. Acesta este în special cazul în unele țări cu numere mari de consumatori primari de cocaină, în special Italia, unde raportul între sexe este de 8:1, iar vârsta medie este de 35 de ani. Aproape jumătate dintre consumatorii de cocaină consumă drogul înainte de vârsta de 20 de ani, iar 88 % înainte de vârsta de 30 de ani. Decalajele mari (9-12 ani) între primul consum de cocaină

⁽⁹⁸⁾ A se vedea figura TDI-2 și tabelul TDI-5 (partea i) și (partea ii) în Buletinul statistic pentru 2009; datele pentru Spania se referă la 2006.

⁽⁹⁹⁾ Sunt incluși doar pacienții care raportează consum primar de opiacee, canabis, cocaină și alte stimulatoare.

⁽¹⁰⁰⁾ A se vedea cifrele TDI-1 și TDI-3 și tabelul TDI-3 (partea ii) în Buletinul statistic pentru 2009.

și inițierea tratamentului pentru prima dată sunt raportate în Spania, Italia și Țările de Jos ⁽¹⁰¹⁾.

Majoritatea consumatorilor de cocaină prizează (55 %) sau fumează (32 %) drogul și mai puțin de 7 % raportează injectarea acestuia ⁽¹⁰²⁾. O analiză efectuată în 14 țări în 2006 a arătat că aproximativ 63 % dintre consumatorii de cocaină sunt policonsumatori de droguri. Dintre aceștia, 42 % consumă de asemenea alcool, 28 % cannabis și 16 % heroină. Cocaina este, de asemenea, menționată frecvent ca drog secundar, în special în rândul pacienților aflați în tratament pentru consum primar de heroină (28 %) ⁽¹⁰³⁾.

În 2007, aproximativ 8 000 de pacienți sunt raportați că au început tratamentul în ambulatoriu pentru consumul primar de cocaină crack, reprezentând 15 % din totalul pacienților aflați în tratament pentru cocaină și 2,7 % din totalul pacienților aflați în tratament ambulatoriu pentru droguri. Majoritatea pacienților aflați în tratament pentru cocaină crack (aproximativ 6 500) sunt raportați de către Regatul Unit, unde reprezintă 45 % dintre pacienții aflați în tratament pentru consum de cocaină. Aproape un sfert (22 %) din consumatorii de cocaină primară crack consumă, de asemenea, heroină, iar acești pacienți raportează niveluri ridicate de șomaj și pierdere a locuinței ⁽¹⁰⁴⁾.

În general, au fost identificate două grupuri de pacienți aflați în tratament pentru cocaină: persoanele integrate social care consumă praf de cocaină; și un grup mai marginalizat de pacienți care consumă cocaină, deseori cocaină crack, în combinație cu opiacee. Primul grup raportează în mod obișnuit prizarea drogului și uneori consumul acestuia împreună cu alte substanțe precum alcool și cannabis, însă nu cu opiacee. Unii membri ai acestui grup sunt trimiși la tratament de către sistemul de justiție penală. Al doilea grup raportează deseori cazuri de injectare de droguri, consum atât de cocaină, cât și opiacee, fumat de cocaină crack și prezintă o stare a sănătății și condiții sociale precare. Din acest grup fac parte foștii consumatori de heroină care reîncep tratamentul pentru consum de cocaină.

Tratamentul și reducerea riscurilor

Tratamentul

În Europa, unitățile publice de tratament pentru droguri sunt orientate în cea mai mare parte către nevoile

consumatorilor de opiacee, iar cele care se concentrează asupra tratamentului consumatorilor de cocaină sunt rare și deseori private. Cu toate acestea, unele țări (de exemplu, Irlanda, Italia, Spania), au implementat strategii sau programe de tratament orientate către consumatorii de cocaină, iar în Franța, aceste programe sunt în curs de elaborare.

Heterogeneitatea consumatorilor de cocaină și a problemelor și nevoilor acestora complică organizarea și prestarea serviciilor de tratament pentru cei care au nevoie de acestea. Anumite populații de consumatori de cocaină sunt greu de contactat și prin urmare greu de trimis la tratament. De exemplu, consumatorii marginalizați care își injectează cocaină și consumatorii de cocaină crack nu solicită tratament în mod voluntar. Din acest motiv, în Irlanda, activitățile de intervenție de proximitate și alte tipuri de intervenție sunt recomandate pentru a atrage către tratament consumatorii care în caz contrar nu ar putea fi contactați (Connolly *et al.*, 2008). Programele de tratament prin activități de intervenție de proximitate pot fi, de asemenea, benefice pentru anumite grupuri. Un exemplu în acest sens este furnizat de un studiu olandez adresat consumatorilor de cocaină crack marginalizați. Prin programul de tratament s-au obținut niveluri ridicate de conformitate și satisfacție privind tratamentul în rândul pacienților. Persoanele tratate au raportat ameliorări în ceea ce privește sănătatea, condițiile de viață, relațiile familiale și sociale și statutul psihiatric (Henskens *et al.*, 2008).

Consumatorii de cocaină integrați pot fi dificil de inclus în tratament. De exemplu, este posibil ca aceștia să considere că nevoile lor nu sunt abordate în cadrul serviciilor de tratament unde consumatorii de opiacee sunt pacienții principali. În unele țări este raportată luarea unor măsuri pentru depășirea acestor probleme. De exemplu, în Italia, „Progetto nazionale cocaina”, lansat în 2007, oferă servicii de specialitate cu timpi de deschidere mai potriviți pentru consumatorii de cocaină integrați și pentru familiile lor (de exemplu, după programul de lucru). O abordare similară este raportată, de asemenea, în Irlanda, unde sunt elaborate programe specifice pentru a atrage consumatorii de cocaină praf.

De asemenea, este importantă menținerea în tratament a consumatorilor de cocaină și de cocaină crack, întrucât consumul intens de cocaină este asociat cu dereglări comportamentale, sociale și psihologice (de exemplu, comportament impulsiv și agresiv) iar în anumite grupuri, cu stiluri de viață haotice și grave deteriorări de ordin

⁽¹⁰¹⁾ A se vedea tabelele TDI-10, TDI-11 (partea iii), TDI-21 și TDI-103 (partea ii) în Buletinul statistic pentru 2009.

⁽¹⁰²⁾ A se vedea tabelul TDI-17 (partea iv) în Buletinul statistic pentru 2009.

⁽¹⁰³⁾ A se vedea „Selected issue on polydrug use”.

⁽¹⁰⁴⁾ A se vedea „Consumul de cocaină crack în Europa” (p. 71), și tabelele TDI-7 și TDI-115 în Buletinul statistic pentru 2009.

mental și fizic. Astfel, menținerea unei participări regulate la sesiunile terapeutice și dialogul terapeutic semnificativ sunt raportate ca fiind la fel de dificile și de către specialiști (Connolly *et al.*, 2008). Consumul de cocaină poate submina, de asemenea, tratamentul pentru dependența de alte droguri și poate amenința abstinanța de la heroină obținută. În Germania, de exemplu, consumul concomitent de cocaină a fost identificat ca factor decisiv la persoanele care renunță la tratamentul de substituție.

Atragerea și menținerea consumatorilor în tratament este, de asemenea, dificilă într-un context în care nu există intervenție psihosocială specială cu eficiență dovedită în mod clar și nu există farmacoterapie eficientă pentru a ajuta consumatorii dependenți să își mențină abstinanța și să reducă consumul în această perioadă.

Aceste dificultăți pot fi depășite prin dezvoltarea unor programe specifice de tratament și cursuri de formare adaptate la problemele asociate consumului de cocaină și cocaină crack. Un program de formare specific pentru cocaină adresat personalului de tratament este raportat în Irlanda, Italia și Regatul Unit. În plus, 11 state membre, inclusiv toate statele cu niveluri ridicate de consum de cocaină și cerere de tratament raportează că programele de tratament specifice, împreună cu serviciile de tratament tradiționale sunt disponibile pentru consumatorii de cocaină sau de cocaină crack. Cu toate acestea, deși experții naționali din Italia, Portugalia, Slovenia și Regatul Unit au estimat că aceste programe sunt disponibile pentru majoritatea consumatorilor de cocaină care necesită tratament, experții din Danemarca, Germania, Irlanda, Austria, Țările de Jos, Franța și Spania au estimat că acestea sunt disponibile doar pentru o minoritate.

După o perioadă în care aproape toate cercetările s-au desfășurat în Statele Unite, în prezent mai multe studii privind tratamentul pentru dependența de cocaină se derulează în Europa. În Regatul Unit, un studiu clinic investighează eficiența terapiei comportamentale cognitive împreună cu managementul situațiilor neprevăzute (a se vedea OEDT, 2008b) la consumatorii primari de cocaină. Conform unei analize recente Cochrane, această combinație a determinat obținerea celor mai bune rezultate pentru tratamentul dependenței de stimulente (Knapp *et al.*, 2007). Un alt studiu clinic din Regatul Unit investighează eficiența modafinilului, împreună cu managementul situațiilor de urgență pe bază de cupoane în rândul pacienților care primesc tratament de substituție pentru opiacee și consumă cocaină crack. S-a demonstrat deja în cadrul mai multor studii că modafinilul are potențial terapeutic ca agent de substituție pentru dependența de substanțe stimulatoare.

În Țările de Jos, cinci studii clinice investighează în prezent eficiența unui număr de agenți farmaceutici pentru tratamentul dependenței de cocaină, inclusiv dexamfetamina și modafinilul. Un alt studiu clinic olandez a investigat combinația între metoda implicării comunitare și managementul situațiilor neprevăzute la pacienții care urmează tratament de substituție pentru opiacee cu dependență de cocaină. Rezultatele au indicat o reducere semnificativă a consumului de cocaină comparativ cu tratamentul standard.

În sfârșit, un studiu multicentric comun spaniol și italian investighează eficiența vaccinului TA-CD împotriva consumului de cocaină. Acesta este cel mai amplu studiu realizat asupra acestui vaccin până în prezent, participând mai multe sute de voluntari. Studiile inițiale de siguranță privind vaccinul TA-CD din SUA au indicat reduceri ale efectelor subiective ale cocainei și în ceea ce privește administrarea drogului și o mai bună reținere la tratament.

Reducerea riscurilor

Intervențiile pentru reducerea riscului adresate consumatorilor de cocaină și cocaină crack reprezintă un domeniu de lucru nou în multe state membre. Un motiv pentru asigurarea limitată a intervențiilor în acest domeniu, în special pentru consumatorii de cocaină crack, ar putea consta în lipsa de cunoștințe privind drogurile, grupurile țintă și nevoile lor în rândul persoanelor-cheie care lucrează în domeniu.

De obicei, statele membre pun la dispoziția consumatorilor care își injectează cocaină aceleași servicii și unități ca și consumatorilor de opiacee, inclusiv: recomandări pentru un consum mai sigur, formare pentru o injectare mai sigură, programe pentru ace și seringi. Cu toate acestea, injectarea cocainei poate fi asociată cu riscuri crescute privind partajarea echipamentelor și injectarea frecventă, ceea ce poate genera blocarea venelor și injectarea în părți ale corpului cu risc mai ridicat (de exemplu, picioare, mâini, laba piciorului și abdomen). Prin urmare, recomandările pentru un consum mai sigur ar trebui adaptate acestor riscuri mai specifice. În unele țări (de exemplu, Belgia, Franța), pipe curate pentru cocaina crack sunt puse, de asemenea, la dispoziție, în unele agenții cu acces necondiționat.

Intervențiile pentru reducerea riscului adresate consumatorilor de cocaină în locuri de recreere se concentrează în primul rând asupra creșterii nivelului de conștientizare. Programele oferă tinerilor sfaturi și informații privind riscurile asociate cu consumul de alcool și de droguri în general, incluzând de obicei materiale privind riscurile consumului de cocaină.

Capitolul 6

Consumul de opiacee și injectarea de droguri

Introducere

Consumul de heroină, în special injectarea drogului, a fost asociat cu consumul problematic de droguri încă din anii '70. Astăzi, acest drog continuă să cauzeze cel mai mare procent de morbiditate și mortalitate în Uniunea Europeană. În ultimii zece ani a fost observată o scădere a consumului de heroină și a problemelor asociate, deși date mai recente arată că în unele țări tendința s-a schimbat. În plus, rapoarte privind consumul de opiacee sintetice, cum ar fi fentanilul și injectarea de droguri stimulatoare, cum ar fi cocaina sau amfetaminele, reflectă natura complexă a consumului problematic de droguri în Europa.

Ofertă și disponibilitate

De-a lungul timpului, pe piața drogurilor ilegale din Europa au fost oferite două forme de heroină importată: obișnuita heroină brună (forma chimică de bază a acesteia), provenită în principal din Afganistan; și heroina albă (o formă de sare), provenită în mod obișnuit din Asia de Sud-Est, deși această formă a drogului este considerată mult mai rară ⁽¹⁰⁵⁾. În plus, unele droguri opiacee sunt produse în Europa, în principal preparate „de casă” din mac (de exemplu, tulpini de mac opiaceu, concentrat de mac opiaceu obținut din tulpini sau capsule zdrobite de mac) în unele țări din estul Europei (de exemplu, Letonia, Lituania).

Producția și traficul

Heroina consumată în Europa provine în cea mai mare parte din Afganistan, țară care asigură cea mai mare parte din producția globală de opium ilegal. Celelalte țări producătoare sunt Myanmar, care aprovizionează în special piețele din Asia de Est și de Sud-Est, Pakistan, Laos, urmate de Mexic și Columbia, care sunt considerate cei mai mari furnizori de heroină către Statele Unite (ONU DC, 2009). Se estimează că producția globală de opiu a scăzut de la un vârf în 2007, în principal ca urmare a unei scăderi a producției afgane de la 8 890 tone la aproximativ 8 000 tone în 2008. Cea mai recentă estimare a producției potențiale globale de

heroină este de 735 tone în 2007 (ONU DC, 2009). Numărul în creștere de laboratoare desființate în Afganistan în ultimii ani sugerează faptul că opiul este tot mai frecvent transformat în morfină sau heroină în țară. Cu toate acestea, capturile mari de opiu și de morfină din țările vecine (Pakistan, Iran) indică faptul că o prelucrare semnificativă are loc și în afara Afganistanului (CND, 2008; ONU DC, 2009).

Heroina pătrunde în Europa mai ales prin două rute principale de trafic: ruta tradițională balcanică și cele câteva variante ale acesteia, urmând unui tranzit prin Pakistan, Iran și Turcia, unde este capturată cea mai mare cantitate; și „drumul nordului” prin Asia Centrală și Federația Rusă, heroina fiind traficată, de exemplu, în Polonia, direct cu trenul (INCB, 2009a) sau în Norvegia,

Tabelul 9: Producția, capturile, prețul și puritatea heroinei

Producția și capturile	Heroina
Estimarea producției potențiale globale (tone) ⁽¹⁾	735
Cantitatea globală capturată Heroină (tone) Morfină (tone)	65 27
Cantitatea capturată (tone) UE și Norvegia (inclusiv Croația și Turcia)	8,8 (22)
Numărul de capturi UE și Norvegia (inclusiv Croația și Turcia)	56 000 (58 000)
Prețul și puritatea în Europa	Heroină brună
Prețul mediu cu amănuntul (EUR pe gram) Interval (Interval intercuartil) ⁽²⁾	14-119 (35-77)
Puritate medie (%) Interval (Interval intercuartil) ⁽²⁾	9-50 (16-27)

⁽¹⁾ Cifra ONU DC se bazează pe estimarea producției globale de opiu ilegal (8 870 tone în 2008) (ONU DC, 2009).

⁽²⁾ Intervalul jumătății mijlocii a prețului sau purității medii raportate. NB: Datele sunt valabile pentru 2007, cu excepția estimării producției potențiale globale.

Surse: UNODC World drug report (2009) pentru valori globale, punctele focale naționale Reitox pentru datele europene.

⁽¹⁰⁵⁾ Pentru informații asupra surselor datelor pentru oferta și disponibilitatea drogurilor, a se vedea p. 42.

prin Lituania. Au fost raportate rute de trafic secundare ale heroinei din Asia de Sud-Vest, de exemplu direct din Afganistan și Pakistan pe cale aeriană, prin țările din Orientul Mijlociu și Africa de Est către piețele ilegale din Europa (INCB, 2009a; WCO, 2008). Heroina din Asia de Sud-Vest este introdusă clandestin direct în Europa (Regatul Unit) pe calea aerului, din Pakistan. În Uniunea Europeană, Țările de Jos și, într-o măsură mai mică, Belgia, joacă un rol important ca centre de distribuție secundară (Europol, 2008).

Capturi

Capturile de opiacee raportate la nivel mondial au crescut semnificativ în 2007 la 510 tone, 84 % din total fiind interceptate în Iran. Capturile de morfină la nivel mondial au scăzut semnificativ la 27 de tone, în timp ce capturile de heroină la nivel mondial au crescut ușor la 65 de tone. Cele mai mari capturi de heroină au fost raportate de Iran (25 % din totalul mondial), urmat de Turcia și Afganistan (ONUDDC, 2009).

În Europa, un număr estimat de 58 000 de capturi a condus la interceptarea a 22 tone de heroină în 2007. Regatul Unit a continuat să raporteze cel mai ridicat număr de capturi, în timp ce Turcia a raportat iarăși cea mai mare cantitate capturată, în 2007 fiind recuperate 13,2 tone ⁽¹⁰⁶⁾. Datele pentru anii 2002-2007 din 25 de țări raportoare indică faptul că după o scădere în primul an, numărul capturilor a crescut constant din 2003. Tendința generală în ceea ce privește cantitatea de heroină interceptată în Turcia diferă de cea observată în Uniunea Europeană. Deși Turcia a raportat o creștere de cinci ori a cantității de heroină capturate între 2002 și 2007, cantitatea capturată în Uniunea Europeană a indicat un declin general în această perioadă, deși cu o creștere în perioada 2006-2007.

Capturile globale de anhidridă acetică (folosită în producția de heroină) au crescut la 56 300 litri în 2007, aproape jumătate din aceasta fiind recuperată în Rusia (25 000 litri), urmată de Turcia (13 300 litri) și Slovenia (6 500 litri) (INCB, 2009b). INCB estimează că „aproape 80 %” din anhidrida acetică folosită în laboratoarele de heroină afgane este traficată prin Europa de Est și de Sud-Est și încurajează Comisia UE și statele membre UE să prevină deturnarea anhidridei acetice de pe piața internă (INCB, 2009a).

Puritatea și prețul

În 2007, pentru majoritatea țărilor raportoare, puritatea medie a heroinei brune a variat între 15 % și 30 %, deși

valori sub 15 % au fost raportate în Franța (12 %) și Austria (9 %), și valori mai ridicate în Regatul Unit (50 %) și Norvegia (35 %). Puritatea tipică a heroinei albe a fost în general mai ridicată (30-50 %) în cele câteva țări europene care au raportat date ⁽¹⁰⁷⁾.

Prețul de vânzare cu amănuntul al heroinei brune a continuat să fie mai ridicat în țările nordice decât în restul Europei, Suedia raportând un preț mediu de 119 EUR pe gram și Danemarca 96 EUR. În alte zece țări, prețul cu amănuntul al heroinei brune a variat între 30 EUR și 80 EUR, în timp ce în Turcia prețul mediu pentru un gram de substanță a fost de 15 EUR. În perioada 2002-2007, prețul de vânzare cu amănuntul al heroinei brune a scăzut în șapte din 12 țări europene care au raportat tendințe temporale și a crescut în cinci. Prețul de vânzare cu amănuntul al heroinei albe este raportat numai de câteva țări europene, acesta variind între 31 EUR și 151 EUR pe gram.

Prețurile heroinei la diferite niveluri ale pieței

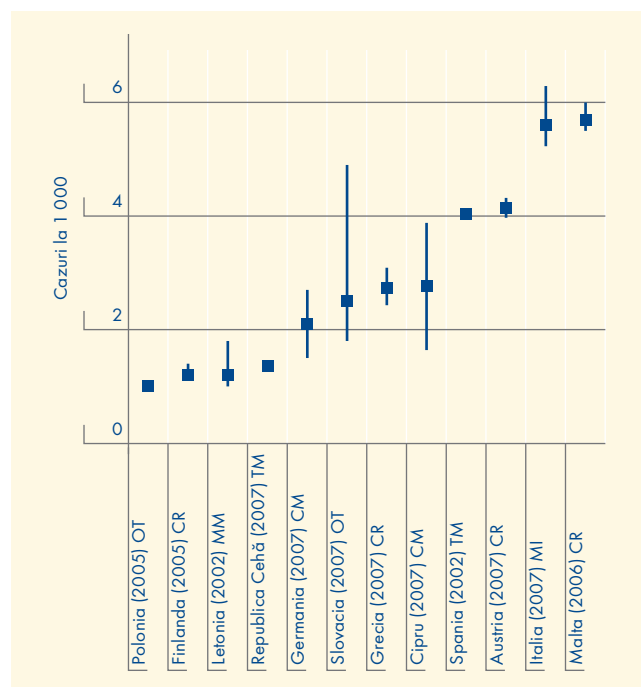
Monitorizarea prețurilor drogurilor reprezintă un instrument important pentru înțelegerea acestora. OEDT colectează date privind prețurile cu amănuntul, exprimate de obicei în euro pe gram, doză sau pastilă. Pe baza acestor informații, este posibilă estimarea prețului tipic plătit de către un consumator pentru a obține un anumit drog într-o țară europeană. Modificările prețurilor în timp pot indica schimbări posibile ale ofertei sau cererii de droguri. Informațiile privind prețurile cu ridicata, respectiv prețul plătit de către dealerii de droguri către distribuitorii majori de pe piața în care este consumat drogul reprezintă un alt indicator util care permite obținerea unor perspective asupra profiturilor pieței.

Datele comparabile privind atât prețurile cu ridicata, cât și cele cu amănuntul pentru 2007 sunt disponibile doar pentru câteva țări (Republica Cehă, Germania, Spania, România, Regatul Unit). În rândul acestor țări, prețul cu ridicata raportat al heroinei variază între 12,5 EUR și 35,8 EUR pe gram, iar prețul mediu cu amănuntul, dacă este cazul, variază între 36 EUR și 62,7 EUR. Atât la nivelul prețurilor cu ridicata, cât și la nivelul prețurilor cu amănuntul ale pieței, cele mai scăzute prețuri sunt raportate pentru România și cele mai ridicate pentru Spania. Raportul dintre prețul cu amănuntul și prețul cu ridicata variază, de asemenea, considerabil, între 1,6:1 în Republica Cehă și 2,8:1 în Regatul Unit. Diferențele posibile în ceea ce privește puritatea drogului, fie între țări, între nivelurile pieței, fie în timp necesită prudență atunci când se fac comparații. Cu toate acestea, analiza în acest domeniu poate fi orientativă, în special în privința tendințelor în timp, întrucât poate indica schimbările importante care au loc pe piață.

⁽¹⁰⁶⁾ A se vedea tabelele SZR-7 și SZR-8 din buletinul statistic pentru 2009. De menționat că acolo unde lipsesc datele pentru 2007, sunt folosite datele corespunzătoare pentru 2006 pentru a estima valorile totale din Europa. Această analiză este preliminară, deoarece datele pentru Regatul Unit încă nu sunt disponibile pentru 2007.

⁽¹⁰⁷⁾ A se vedea tabelele PPP-2 și PPP-6 din buletinul statistic pentru 2009 pentru date privind concentrația și prețul.

Figura 10: Estimările prevalenței anuale a consumului problematic de opiacee (număr de cazuri la 1 000 de persoane cu vârsta între 15 și 64 de ani)



NB: Simbolul indică o estimare punctuală; bara indică un interval de incertitudine a estimării: un interval de încredere de 95 % sau un interval bazat pe analiza sensibilității. Grupurile-țintă pot varia ușor din cauza diferitelor metode de estimare și surse de date; prin urmare, comparațiile trebuie făcute cu precauție. În studiile din Finlanda (15-54), Malta (12-64) și Polonia (toate vârstele) nu au fost folosite grupurile de vârstă obișnuite. Toate cele trei grupuri au fost ajustate la populația cu vârsta de 15-64 de ani, presupunând că la alte grupuri de vârstă consumul drogului va fi neglijabil. Pentru Germania și Cipru, intervalul reprezintă limita superioară a tuturor estimărilor și limita inferioară a acestora, iar estimarea punctuală exprimă o medie simplă a punctelor de mijloc. Metodele de estimare sunt abreviate: CR = captură-recaptură; TM = multiplicator tratament; MI = indicator multivariabil; MM = multiplicator mortalitate; CM = metode combinate; OT = alte metode. Pentru informații suplimentare, a se vedea figura PDU-1 (partea ii) din buletinul statistic pentru 2009.

Surse: Punctele focale naționale Reitox.

Estimările prevalenței consumului problematic de opiacee

Datele din această secțiune au ca sursă indicatorul consumului problematic de droguri (CPD) al OEDT care include în principal consumul de droguri prin injectare și consumul de opiacee, deși în câteva țări consumatorii de amfetamine sau cocaină reprezintă o componentă importantă. Trebuie menționat că multe țări raportează că majoritatea „consumatorilor problematici de opiacee” ar putea fi descriși drept policonsumatori de droguri care consumă, de asemenea, opiacee. Dată fiind prevalența relativ scăzută și natura ascunsă a acestui tip de consum de droguri, sunt necesare extrapolări statistice pentru a obține estimări ale prevalenței din sursele de date disponibile.

Estimările prevalenței consumului problematic de opiacee în țările europene în perioada 2002-2007 se înscriu între unu și șase cazuri la 1 000 de persoane cu vârsta între 15 și 64 de ani; prevalența generală a consumului problematic de droguri este estimată între trei și zece cazuri la 1 000. Țările care raportează cele mai scăzute estimări bine documentate ale consumului problematic de opiacee sunt Republica Cehă, Letonia, Polonia și Finlanda (deși atât Republica Cehă, cât și Finlanda au un număr ridicat de consumatori problematici de amfetamine), în timp ce estimările cele mai ridicate sunt raportate de Malta, Italia, Austria și Spania (figura 10).

Incidența consumului problematic de opiacee

Monitorizarea incidenței consumului problematic de droguri – numărul persoanelor care încep să folosească o substanță într-un anumit an și care devin consumatori problematici de droguri – este necesară pentru a urmări tendințele în ceea ce privește situația drogurilor în Europa și pentru a concepe politici și intervenții corespunzătoare.

OEDT a stimulat cercetarea în privința estimării incidenței consumului problematic de droguri și a publicat de curând orientări privind acest subiect (Scalia Tomba *et al.*, 2008). De asemenea, a lansat, în colaborare cu Universitatea din Zurich, un studiu pentru a testa o nouă metodă „de o zi” folosind distribuția „perioadei latente” (perioada până la tratament) la un eșantion transversal de consumatori de heroină tratați. Metoda folosește o funcție care descrie probabilitatea de a urma tratament de substituție (General Inclusion Function, GIF) [Funcția Generală de Incluziune] atunci când nu există niciun regulament care să restricționeze accesul la tratament, luând în considerare perioada latentă, mortalitatea și ratele de încetare a consumului de droguri. Estimările pot fi obținute din datele privind tratamentul pentru o singură zi, în timp ce metodele stabilite au nevoie de serii cronologice lungi care să acopere cel puțin între opt și zece ani.

Studiul s-a desfășurat în șase state membre ale UE (Spania, Italia, Malta, Țările de Jos, Slovacia, Regatul Unit) și a indicat că metoda GIF permite estimarea incidenței consumului problematic de heroină chiar cu seturi de date incomplete privind tratamentul de substituție. În cel puțin cinci regiuni, estimările incidenței au permis derivarea estimărilor prevalenței care au corespuns într-o mare măsură cu alte estimări existente (de exemplu, prin metoda capturii-recapturii).

Metoda GIF pare a fi robustă și, pe lângă estimările incidenței, poate pune la dispoziție estimări rentabile ale prevalenței consumului problematic de opiacee, ale acoperirii tratamentului de substituție și ale schimbării acestuia în timp. Activitatea viitoare ar putea include studii în alte țări UE, analize ale diferențelor spațiale și pe sexe și căi de administrare.

Prevalența medie a consumatorilor problematici de opiacee în țările care furnizează date este estimată la aproximativ 3,6 și 4,6 cazuri la 1 000 din persoanele cu vârsta între 15 și 64 de ani. Presupunând că acest lucru reflectă UE ca întreg, este vorba despre aproximativ 1,4 milioane (1,2-1,5 milioane) de consumatori problematici de opiacee în UE și Norvegia în 2007 ⁽¹⁰⁸⁾. Consumatorii problematici de opiacee care se află în închisori, în special cei cu sentințe mai lungi, pot fi subreprezențați în cadrul acestei estimări.

Consumatorii de opiacee aflați în tratament

Opiaceele, în special heroina, rămân drogurile principale pentru care majoritatea pacienților consumatori de droguri solicită tratament în Europa. Cu toate acestea, există diferențe considerabile în Europa în ceea ce privește procentul consumatorilor de droguri care încep tratament pentru aceste droguri; consumatorii de opiacee reprezentând peste 90 % dintre cei care încep tratament în Bulgaria și Slovenia, între 50 % și 90 % în 15 țări și între 10 % și 49 % în alte nouă țări ⁽¹⁰⁹⁾. În general, din aproximativ 325 000 de cazuri de pacienți care încep tratamentul la care este cunoscut drogul primar, 49 % au citat heroina ca drog primar; în cazul în care sunt incluse alte opiacee, această cifră se ridică la 55 % dintre acești pacienți ⁽¹¹⁰⁾. În unele țări, în ultimii ani a crescut atât procentul, cât și numărul cazurilor de începere a tratamentului în legătură cu opiacee diferite de heroină ⁽¹¹¹⁾.

Mulți consumatori de opiacee sunt înrolați în programe care asigură asistență medicală pe termen lung. Acest lucru este reflectat printr-un procent mai ridicat de consumatori primari de opiacee în rândul consumatorilor de droguri aflați deja în tratament. În urma unei analize recente a datelor privind pacienții care urmează tratament pentru droguri în 14 țări, s-a constatat că procentul consumatorilor primari de opiacee reprezintă 61 % din totalul pacienților aflați în tratament pentru consum de droguri, însă doar 38 % din pacienții care începeau tratamentul pentru prima dată ⁽¹¹²⁾. Procentul consumatorilor primari de opiacee din rândul pacienților care au urmat tratament pe o perioadă mai mare de un an a fost raportat la 50 % în toate țările participante la studiu.

Pacienții care încep tratamentul pentru consumul primar de opiacee raportează și consumul altor droguri. În 2006, o analiză a datelor din 14 țări a stabilit că 59 % din pacienții aflați în tratament pentru consumul de heroină folosesc un drog secundar, în principal cocaină (28 %), canabis (14 %) și alcool (7 %) ⁽¹¹³⁾.

Tendențe în consumul problematic de opiacee

Numărul limitat al estimărilor repetate ale incidenței și prevalenței consumului problematic de opiacee, împreună cu incertitudinea statistică legată de estimările individuale contribuie la dificultatea de monitorizare a tendințelor temporale. Datele din nouă țări cu estimări repetate ale prevalenței în perioada 2002-2007 indică o situație relativ stabilă. O creștere aparentă observată în Austria până în 2005 nu a fost confirmată în date recente. În alte surse, există informații care pot indica schimbări recente. În Cipru, o estimare făcută în 2007 indică faptul că a avut loc o creștere semnificativă a consumului problematic de opiacee, care a fost corelat cu o creștere a resortisanților străini aflați în tratament ⁽¹¹⁴⁾. Informațiile din sistemul francez „TREND” care se bazează pe date atât calitative, cât și cantitative indică răspândirea heroinei către noi grupuri de consumatori care includ, în mod îngrijorător, persoane integrate și participanți la petreceri „tehn”.

În cazul în care nu sunt disponibile estimări adecvate și actualizate privind incidența și prevalența consumului problematic de opiacee, poate fi posibilă analiza tendințelor în timp, folosind, mai ales în mod indirect, indicatori precum date privind cererea de tratament. În baza unui eșantion de 19 țări, numărul total de consumatori primari de heroină care încep tratamentul a crescut între 2002 și 2007. În baza unui cadru temporal mai recent, pacienții care au început tratament pentru consumul primar de heroină au crescut atât ca număr, cât și ca procent din totalul pacienților aflați în tratament pentru consum de droguri, în opt țări, în 2006 și 2007. Aceste creșteri au urmat deseori unor scăderi semnificative din anii anteriori. În plus, începând cu 2004, zece țări raportează creșteri atât ale numărului, cât și ale proporției de pacienți noi care încep tratament, având heroina drept drog primar ⁽¹¹⁵⁾.

Există și alți indicatori care susțin această analiză. Datele privind decesele induse de droguri în 2007, care sunt în

⁽¹⁰⁸⁾ Această estimare a fost ajustată de la 1,5 la 1,4 milioane în baza datelor noi. Din cauza intervalelor de încredere mari și a faptului că estimarea se bazează pe date din ani diferiți, nu este posibil ca noua estimare să indice o scădere a prevalenței consumului problematic de opiacee în Europa.

⁽¹⁰⁹⁾ A se vedea tabelul TDI-5 (partea ii) din buletinul statistic pentru 2009.

⁽¹¹⁰⁾ A se vedea tabelul TDI-113 din buletinul statistic pentru 2009.

⁽¹¹¹⁾ A se vedea „Abuzul de opiacee prescrise”, p. 80.

⁽¹¹²⁾ A se vedea tabelul TDI-38 din buletinul statistic pentru 2009.

⁽¹¹³⁾ A se vedea „Selected issue on polydrug use” din 2009.

⁽¹¹⁴⁾ A se vedea tabelele PDU-6 (partea ii) și PDU-102 din buletinul statistic 2009 pentru informații complete, inclusiv intervalele de încredere.

⁽¹¹⁵⁾ A se vedea tabelul TDI-3 din buletinul statistic pentru 2009.

cea mai mare parte asociate cu consumul de opiacee, nu conțin nicio indicație privind revenirea la tendința descrescătoare observată până în 2003 (a se vedea capitolul 7). Peste jumătate dintre țările raportoare au înregistrat din ce în ce mai multe decese induse de droguri în perioada 2006 și 2007 ⁽¹¹⁶⁾. În mod similar, scăderea numărului de capturi de heroină observată în Uniunea Europeană până în 2003 a fost înlocuită acum de o creștere constantă. În cadrul datelor celor mai recente privind infracțiunile la regimul drogurilor, poate fi observată și o creștere a numărului de cazuri legate de heroină.

Datele disponibile indică faptul că tendința descrescătoare a indicatorilor opiaceelor observată până în 2003 s-a stabilizat. Probabil că acest lucru este mai vizibil din 2003, în ceea ce privește capturile și decesele induse de droguri, iar după 2004, în ceea ce privește noile cereri de tratament în legătură cu consumul de heroină. Aceste schimbări s-au produs în contextul unei producții sporite de opium în Afganistan, crescând preocupările legate de faptul că aceste evenimente ar putea fi corelate cu o disponibilitate crescută a heroinei pe piața europeană.

Extrasul OEDT privind consumul de droguri prin injectare

Consumul de droguri prin injectare este unul dintre principalii factori determinanți ai problemelor grave de sănătate publică în rândul consumatorilor de droguri, inclusiv HIV/SIDA, hepatita C și supradoza. În Europa, prevalența și tendințele consumului de droguri prin injectare variază de la un stat membru la altul și se poate modifica în timp. Căile de administrare alternative (de exemplu, fumat) pot exista concomitent cu injectarea drogurilor, iar consumatorii de droguri pot schimba calea de administrare.

Extrasul se concentrează asupra situației și tendințelor consumului de droguri prin injectare și intervențiilor specifice care vizează consumatorii de droguri prin injectare din Europa. Publicația discută, de asemenea, mecanismele posibile care stau la baza scăderii consumului de droguri prin injectare observat în unele țări sau regiuni și motivul pentru care nivelurile pot fi în continuare ridicate (sau în creștere) în alte regiuni. De asemenea, discută intervențiile și politicile menite să reducă injectarea și cele care pot încuraja consumatorii să adopte căi de administrare mai puțin riscante.

Acest extras este disponibil în format tipărit și pe internet doar în limba engleză (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/injecting-drug-use>) din decembrie 2009.

Consumul de droguri prin injectare

Prevalența consumului de droguri prin injectare

Consumatorii de droguri prin injectare se expun celui mai ridicat risc de probleme de sănătate rezultate din consumul de droguri, cum sunt infecțiile transmisibile prin sânge (de exemplu, HIV/SIDA, hepatită) sau decese induse de droguri. Numai 12 țări au putut furniza estimări recente ale nivelului de consum de droguri prin injectare ⁽¹¹⁷⁾, în ciuda importanței acestora pentru sănătatea publică. Îmbunătățirea nivelului de informații disponibile privind această populație specială continuă să fie o provocare importantă pentru dezvoltarea sistemelor de monitorizare a sănătății în Europa.

Estimările disponibile sugerează diferențe mari între țări în ceea ce privește prevalența consumului de droguri prin injectare. Estimările variază între 1 și 5 cazuri la 1 000 de persoane cu vârsta între 15 și 64 de ani pentru cele mai multe țări, cu un nivel excepțional de ridicat de 15 cazuri la 1 000 de persoane raportat în Estonia.

Lipsa datelor îngreunează tragerea unor concluzii cu privire la tendințele temporale privind prevalența consumului prin injectare, deși datele disponibile sugerează o situație stabilă în Republica Cehă, Grecia, Regatul Unit și Norvegia ⁽¹¹⁸⁾. O creștere a fost observată, de asemenea, în Cipru.

Datele din studiile privind bolile infecțioase pot furniza, de asemenea, informații privind diferențele naționale și schimbările în timp legate de consumul de droguri prin injectare. Cu toate acestea, comparațiile între țări ar trebui făcute cu precauție din cauza varietății mediilor de recrutare folosite. În trei țări au fost constatate proporții relativ ridicate (peste 20 %) de consumatori noi de droguri prin injectare (injectare pe o perioadă mai scurtă de doi ani), indicând, posibil, recrutări noi semnificative pentru injectare. În alte zece țări, acest procent a fost sub 10 % ⁽¹¹⁹⁾. Un alt indicator al unei inițieri mai recente a injectării îl reprezintă procentul consumatorilor tineri prin injectare (cu vârsta sub 25 de ani) constatat în eșantioane. Aceștia au reprezentat peste 40 % dintre consumatorii prin injectare eșantionați în Republica Cehă, Estonia, Letonia, Lituania, Austria, România și Slovacia, în timp ce sub 20 % din consumatorii prin injectare eșantionați au avut sub 25 de ani în alte 11 țări.

Injectarea în rândul consumatorilor de opiacee

Injectarea este raportată, deseori, ca fiind modul obișnuit de administrare de către consumatorii de opiacee care

⁽¹¹⁶⁾ A se vedea tabelul DRD-2 (partea i) din buletinul statistic pentru 2009.

⁽¹¹⁷⁾ A se vedea figura PDU-2 din buletinul statistic pentru 2009.

⁽¹¹⁸⁾ A se vedea tabelul PDU-6 (partea iii) din buletinul statistic pentru 2009.

⁽¹¹⁹⁾ A se vedea figura PDU-3 din buletinul statistic pentru 2009.

încep tratamentul, reprezentând peste jumătate dintre pacienții aflați în tratament pentru consumul de opiacee în majoritatea țărilor, între 25 % și 50 % în șapte țări și mai

Abuzul de opiacee eliberate pe bază de prescripție

Analgezicele opiacee sunt cele mai puternice droguri disponibile pentru gestionarea durerilor severe și cronice. Opiaceele sunt folosite, de asemenea, ca droguri de substituție în gestionarea dependenței de opiacee. Aceste droguri, disponibile pe bază de prescripție, pot fi folosite în mod abuziv, ceea ce poate conduce la efecte adverse asupra sănătății precum dependență, supradoză și riscuri asociate injectării. Opiaceele eliberate pe bază de prescripție pot intra pe piața drogurilor ilegale prin deturnarea drogurilor de substituție de la consumul corespunzător. De asemenea, farmaciile online par să joace un rol substanțial în disponibilitatea opiaceelor eliberate pe bază de prescripție în Statele Unite (INCB, 2009a), însă rolul lor în Europa pare a fi limitat. În Europa, extinderea prescrierii drogurilor de substituție la consumatorii de droguri dependenți de opiacee a fost însoțită de un număr din ce în ce mai mare de rapoarte privind abuzul de astfel de droguri.

Opiaceele, altele decât heroina, sunt raportate ca drog primar de aproximativ 5 % (17 810) dintre pacienții care încep tratamentul pentru consumul de droguri în Europa. Substanțele cel mai frecvent raportate sunt: buprenorfina, care este înregistrată în Finlanda ca drog primar pentru 41 % din toate cererile de tratament și în Franța pentru 7 %; metadona, care reprezintă 18,5 % din toate cererile de tratament în Danemarca; și alte opiacee eliberate pe bază de prescripție în Letonia, Austria și Suedia, unde reprezintă între 5 % și 15 % dintre toate cererile de tratament (¹⁾). Republica Cehă a raportat, de asemenea, un număr estimat de 4 250 de consumatori problematici de buprenorfină în 2007. Acest lucru a reflectat în principal o modificare a substanțelor consumate de către consumatorii problematici de opiacee, însă nu o creștere a prevalenței totale a consumului problematic de opiacee. Sistemul german Phar-Mon care monitorizează o gamă variată de medicamente ce pot face obiectul consumului abuziv, a consemnat, de asemenea, o creștere a abuzului de opiacee eliberate pe bază de prescripție acolo unde drogurile de substituție joacă un rol mai important decât analgezicele (Roesner și Küfner, 2007).

Abuzul de opiacee eliberate pe bază de prescripție ridică probleme importante legate de prevenirea deturnării drogurilor de substituție și a analgezicelor pe bază de opiacee pe piața ilegală. În același timp, este necesar să se manifeste prudență pentru a evita compromiterea consumului legitim de aceste substanțe (Cherny et al., 2006).

(¹) A se vedea tabelul TDI-113 din buletinul statistic pentru 2009.

puțin de 25 % în cinci țări. Cele mai reduse proporții de consumatori prin injectare în rândul consumatorilor de opiacee care încep tratamentul sunt raportate de către Danemarca și Țările de Jos, iar procentul cel mai ridicat este înregistrat de Lituania, Letonia și România (¹²⁰). Rapoartele privind tratamentul indică, de asemenea, că în rândul consumatorilor de opiacee popularitatea injectării poate varia considerabil în interiorul țărilor. De exemplu, în comunitățile autonome din Spania, procentul consumatorilor spanioli prin injectare în rândul pacienților noi aflați în tratament pentru consumul de opiacee variază între 0,9 % și 47,2 %.

În rândul consumatorilor de opiacee care au început tratamentul pentru prima dată, procentul celor care raportează injectarea drogului (42 %) este mai redus decât cel al tuturor consumatorilor de opiacee care încep tratamentul (44 %). Acesta este cazul în aproape toate cele 22 de țări raportoare. În urma unei analize a datelor privind consumatorii de droguri aflați în tratament în 14 țări s-a constatat că rata injectării în rândul tuturor consumatorilor de droguri aflați în tratament continuă să fie ridicată, situându-se la 62 %, deși există unele excepții notabile, cum ar fi Țările de Jos, cu o valoare de 6,1 % (¹²¹).

Procentul consumatorilor prin injectare în rândul consumatorilor de heroină care încep tratament a continuat să scadă în 2007. Această tendință este în prezent evidentă în unele țări în care nu a fost observată anterior (de exemplu, Republica Cehă, Germania). În perioada 2002-2007, procentul consumatorilor prin injectare în rândul consumatorilor primari de opiacee care au început tratamentul a scăzut în majoritatea țărilor, cu reduceri semnificative din punct de vedere statistic raportate în 13 țări. Cu toate acestea, două țări raportează o creștere în această perioadă (Bulgaria, Slovacia) (¹²²).

Alte studii confirmă în general o tendință descrescătoare a injectării în rândul consumatorilor de opiacee. În Franța, de exemplu, scăderea prevalenței injectării a fost observată în cadrul datelor privind tratamentul încă din 2001, iar studiile indică faptul că inițierea consumului de heroină a crescut în legătură cu prizarea, iar injectarea pare a avea loc într-o fază mai târzie a perioadei consumului de droguri decât în trecut.

Tratamentul problematic de opiacee

Vârsta medie a consumatorilor care încep tratamentul în ambulatoriu pentru consumul primar de opiacee este

(¹²⁰) A se vedea tabelele PDU-104, TDI-5 și TDI-17 (partea v) din buletinul statistic pentru 2009.

(¹²¹) A se vedea tabelele TDI-17 (partea v) și TDI-38 din buletinul statistic pentru 2009.

(¹²²) A se vedea tabelele TDI-4 și TDI-5 din Buletinele statistice pentru 2006 și 2009.

de 33 de ani, iar aproape toate țările au raportat o creștere încă din 2003 ⁽¹²³⁾. Paciente consumatoare de opiacee care încep tratamentul pentru prima dată și cele din statele membre care au aderat la UE în 2004 sunt, în medie, mai tinere decât bărbații.

Femeile consumatoare de droguri sunt identificate ca făcând parte dintr-un grup deosebit de vulnerabil. În general, raportul dintre bărbați și femei în rândul pacienților aflați în tratament pentru consum de opiacee este de 3,5:1, deși femeile reprezintă un procent mai ridicat în rândul pacienților aflați în tratament pentru consumul de opiacee în țările nordice (de exemplu, Suedia, Finlanda) și mai scăzut în țările sudice (de exemplu, Grecia, Italia, Portugalia) ⁽¹²⁴⁾.

Consumatorii de opiacee care încep tratamentul raportează rate mai ridicate ale șomajului și niveluri mai scăzute de educație decât alți pacienți (a se vedea

capitolul 2). În rândul acestei populații sunt raportate niveluri ridicate de tulburări psihiatrice; de exemplu, un studiu italian a constatat că majoritatea pacienților care urmează tratament pentru consumul de droguri (72 %) cu morbiditate psihiatrică concomitentă au fost consumatori primari de opiacee ⁽¹²⁵⁾.

Aproape toți consumatorii de opiacee care încep tratamentul raportează inițierea acestuia înainte de 30 de ani, iar aproape jumătate înainte de 20 de ani. Este raportat un decalaj mediu de aproape opt ani între primul consum de opiacee și primul contact cu tratamentul pentru droguri ⁽¹²⁶⁾.

Furnizarea tratamentului și acoperirea acestuia

Tratamentul pentru consumatorii de opiacee se desfășoară mai ales în ambulatoriu, putând include centre specializate, medici generaliști și unități cu acces necondiționat (a se vedea capitolul 2). În câteva țări, centrele cu internare reprezintă o componentă majoră a sistemului de tratament pentru droguri, în special în Bulgaria, Grecia, Finlanda și Suedia ⁽¹²⁷⁾. Gama de opțiuni disponibile în Europa pentru tratamentul dependenței de opiacee este largă și din ce în ce mai diferențiată, deși variază geografic din punct de vedere al accesibilității și acoperirii. Tratamentele fără droguri și cele de substituție pentru consumul de opiacee sunt disponibile în toate statele membre ale UE, precum și în Croația și Norvegia. În Turcia, folosirea în viitor a tratamentului de substituție este studiată în prezent.

Tratamentul fără droguri reprezintă o metodă terapeutică prin care pacienților li se cere să se abțină de la orice substanțe, inclusiv medicamente de substituție. Pacienții participă la activitățile cotidiene și primesc asistență psihologică intensă. Deși tratamentul fără droguri poate avea loc atât cu internare, cât și în ambulatoriu, tipul de tratament raportat cel mai frecvent de statele membre îl reprezintă programele rezidențiale care aplică principiile terapeutice comunitare sau modelul Minnesota.

Tratamentul de substituție, în general integrat cu îngrijirea psihosocială, este furnizat în mod obișnuit în centre specializate de tratament în ambulatoriu. Treisprezece țări raportează că tratamentul de substituție este furnizat, de asemenea, de către medici generaliști, de obicei în regim de îngrijire parțială, cu centre de tratament specializate (a se vedea figura 11). În Republica Cehă, Franța, Țările de Jos, Portugalia, Regatul Unit și Croația, orice medic generalist poate furniza tratament de substituție, în timp ce

Comorbiditatea: consumul de droguri și tulburările mintale

Comorbiditatea reprezintă apariția concomitentă, deseori nerecunoscută, a problemelor legate de consumul de droguri și a tulburărilor psihiatrice la aceeași persoană. Studiile au identificat atât o prevalență ridicată a problemelor psihiatrice în rândul pacienților aflați în tratament pentru consumul de droguri, cât și o prevalență ridicată a problemelor legate de droguri în rândul pacienților din cadrul serviciilor psihiatrice (OEDT, 2005).

Tulburările mintale cel mai frecvent raportate în rândul consumatorilor de droguri din Europa includ depresie, anxietate, schizofrenie, tulburări de personalitate, deficit de atenție și hiperactivitate. Tratamentul specific pentru consumatorii de droguri cu comorbiditate din Europa continuă să fie limitat. Experții naționali raportează că în 18 țări există programe specifice, însă în 14 dintre acestea sunt disponibile doar pentru o minoritate dintre pacienții care au nevoie de ele. În alte șapte țări, nu există deloc programe dedicate, însă în cinci dintre acestea este planificată dezvoltarea acestor programe în următorii trei ani.

Un studiu multicentric prospectiv european (Isadora) a fost realizat de curând și a implicat pacienții cu diagnostic dublu din saloanele de psihiatrie ⁽¹⁾. Concluziile sale subliniază dificultățile analizelor comparative din acest domeniu, subliniind nevoia unei metode mai armonizate pentru diagnostic, tratament și studiul comorbidității în Europa (Baldacchino *et al.*, 2009).

⁽¹⁾ <http://isadora.advsh.net/>

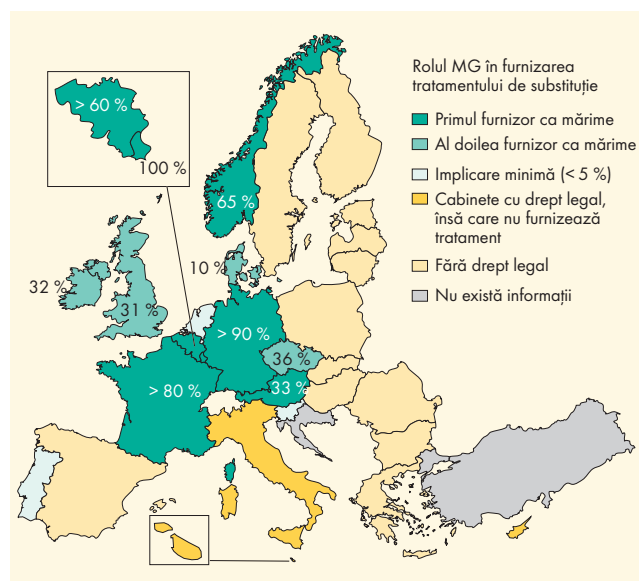
⁽¹²³⁾ A se vedea tabelele TDI-10, TDI-32 și TDI-103 din buletinul statistic pentru 2009.

⁽¹²⁴⁾ A se vedea tabelele TDI-5 și TDI-21 din buletinul statistic pentru 2009.

⁽¹²⁵⁾ A se vedea, de asemenea, „Comorbiditatea: consumul de droguri și bolile mentale”.

⁽¹²⁶⁾ A se vedea tabelele TDI-11, TDI-33, TDI-107 și TDI-109 din buletinul statistic pentru 2009.

⁽¹²⁷⁾ A se vedea tabelul TDI-24 din buletinul statistic pentru 2009.

Figura 11: Furnizarea tratamentului de substituție pentru opiacee de către cabinetele medicilor generaliști (MG)

NB: Procentul pacienților care urmează tratament de substituție și care primesc tratament de la medicii generaliști din comunitate este indicat pe hartă.

Surse: Punctele focale naționale Reitox.

în Belgia, Danemarca, Germania, Irlanda, Luxemburg, Austria și Norvegia, doar cei care sunt formați sau acreditați în mod specific au dreptul să facă acest lucru. Un număr de țări raportează că, prin extinderea acoperirii geografice, reducerea timpilor de așteptare și facilitarea accesului la tratament, implicarea medicilor generaliști a contribuit la îmbunătățirea disponibilității și acoperirii tratamentului de substituție (Republica Cehă, Germania, Franța, Austria, Regatul Unit).

Conform estimărilor experților, disponibilitatea tratamentului de substituție pentru opiacee este relativ ridicată în 16 țări, unde este disponibilă pentru cel puțin jumătate dintre consumatorii de opiacee (a se vedea capitolul 2). În aceste țări, tratamentul fără droguri este tratamentul cel mai bun pentru 10 % și 25 % dintre consumatorii de opiacee. În alte zece țări (Estonia, Grecia, Letonia, Lituania, Ungaria, Polonia, România, Slovacia, Finlanda, Norvegia), se estimează că tratamentul de substituție este disponibil unei minorități de consumatori de opiacee. Acest lucru se datorează faptului că tratamentul fără droguri este tratamentul cel mai bun, în special pentru pacienții mai tineri sau cei aflați în tratament pentru prima dată sau ținând seama de dificultățile de obținere a accesului la tratamentul de substituție. În Grecia, de exemplu, timpul de așteptare pentru tratamentul de substituție pentru opiacee este, în medie, de peste trei ani.

Asigurarea de asistență psihosocială este considerată esențială pentru a garanta eficiența tratamentului de substituție. Conform estimărilor experților, această asistență este asigurată pentru aproape toți pacienții care urmează tratament de substituție din șapte țări (Grecia, Italia, Letonia, Portugalia, România, Slovacia, Regatul Unit) și pentru majoritatea acestora din alte 14 țări. În patru țări (Estonia, Luxemburg, Ungaria, Țările de Jos), se estimează că asistența va fi asigurată doar pentru un număr redus de pacienți aflați în tratament de substituție.

Numărul total al pacienților care primesc tratament de substituție în UE, Croația și Norvegia este estimat la aproximativ 650 000 în 2007, de la 560 000 în 2005 și 500 000 în 2003. Datele disponibile indică o creștere în toate țările, exceptând Spania, unde numărul pacienților care primesc tratament de substituție a scăzut din 2002, și Franța, Luxemburg, Ungaria și Țările de Jos, unde sunt raportate scăderi mici sau cifre stabile. În rândul țărilor care și-au extins furnizarea tratamentului de substituție, cele mai ridicate rate de creștere au fost observate în Estonia, unde numărul pacienților aflați în tratament a crescut în ultimii cinci ani de la 60 la peste 1 000, și în Bulgaria, unde numărul centrelor de tratament a crescut de la 380 la aproape 3 000 în perioada 2003-2007. Numărul pacienților care urmează tratament de substituție a crescut de peste două ori în această perioadă în Republica Cehă, Letonia, Finlanda și Norvegia, în timp ce creșteri de peste 40 % sunt raportate de către Grecia, Polonia, Portugalia, România și Suedia.

O comparație simplă între numărul estimat de consumatori problematici de opiacee și tratamentele furnizate indică faptul că peste 40 % ar putea primi tratament de substituție. Cu toate acestea, există o lipsă de precizie în ceea ce privește ambele seturi de date, iar această estimare ar trebui privită cu atenție. Comparațiile sunt dificile din același motiv, deși datele disponibile indică faptul că procentul consumatorilor problematici de opiacee care primesc tratament de substituție diferă considerabil de la o țară la alta, cu rate estimate care variază între 5 % și peste 50 %⁽¹²⁸⁾.

Majoritatea pacienților care urmează tratament de substituție în Europa primesc metadonă (70 %), însă numărul țărilor în care aceasta este singura substanță prescrisă se află în scădere, în timp ce buprenorfina este în prezent disponibilă în toate statele membre, mai puțin patru (Bulgaria, Spania, Ungaria, Polonia). În Republica Cehă, Franța, Letonia și Suedia, unui procent de peste 50 % dintre pacienții care urmează tratament de substituție i se prescrie buprenorfina. Opțiunile suplimentare includ morfina cu eliberare lentă (Bulgaria,

⁽¹²⁸⁾ A se vedea figura HSR-1 din buletinul statistic pentru 2009.

Austria, Slovenia) și codeina (Germania, Austria, Cipru). O nouă combinație buprenorfină-naloxonă a fost aprobată pentru piața UE în 2006 și se raportează că de atunci a fost introdusă în 11 țări. De asemenea, șase țări europene furnizează tratament asistat cu heroină pentru pacienții care nu beneficiază într-o măsură suficientă de alte tratamente.

Eficacitatea tratamentului, calitate și standarde

Analiza studiilor clinice controlate randomizate și a studiilor observaționale concluzionează că tratamentul de substituție fie cu metodonă, fie cu buprenorfină poate fi eficient în gestionarea dependenței de opiacee. În ansamblu, acest tip de tratament a fost legat de o serie de rezultate pozitive, inclusiv: reținerea la tratament, reducerea consumului ilegal de opiacee și a injectării, reducerea mortalității și comportamentului infracțional, precum și stabilizarea și îmbunătățirea condițiilor de sănătate și sociale ale consumatorilor cronici de heroină. În plus, studiile randomizate controlate au descoperit că tratamentul asistat cu heroină este eficient pentru reducerea consumului ilegal al drogului, îmbunătățirea sănătății fizice sau mentale și reducerea comportamentului

infracțional în rândul pacienților considerați greu de tratat sau care au eșuat cu alte metode de tratament.

Intervențiile psihosociale și psihoterapeutice combinate cu farmacoterapia s-au dovedit eficace în studiile privind rezultatele tratamentelor (Schulte *et al.*, 2008). Aceste abordări își propun nu doar să crească motivația tratamentului, să împiedice recidiva și să reducă riscurile. Ele pot, de asemenea, să ofere consiliere și sprijin practic pacienților care trebuie să își abordeze problemele privind locuința, locul de muncă și problemele familiale în paralel cu tratarea dependenței acestora de opiacee.

Un set de cerințe minime și orientări internaționale pentru tratamentul farmacologic asistat psihosocial al persoanelor dependente de opiacee a fost elaborat recent de OMS (2009). Acest document este un răspuns la o rezoluție a Consiliul Economic și Social al Națiunilor Unite (ECOSOC) și se bazează pe analize sistematice ale literaturii științifice și consultări cu o gamă de experți renumiți din diferite părți ale lumii. Orientările pentru tratamentul de substituție au fost, de asemenea, elaborate de către majoritatea țărilor europene (a se vedea capitolul 2).

Capitolul 7

Boli infecțioase și decese legate de consumul de droguri

Boli infecțioase legate de droguri

Bolile infecțioase, precum HIV și hepatita B și C, sunt printre cele mai grave consecințe asupra sănătății ale consumului de droguri. Chiar în țările în care prevalența HIV în rândul consumatorilor de droguri prin injectare este scăzută, alte boli infecțioase, inclusiv hepatita A, B și C, bolile cu transmitere sexuală, tuberculoza, tetanosul, botulismul și virusul uman T-limfotropic pot afecta în mod disproporționat consumatorii de droguri. OEDT monitorizează în mod sistematic HIV și hepatita B și C în rândul consumatorilor de droguri prin injectare (prevalența anticorpilor sau alți markeri specifici în cazul hepatitei B) ⁽¹²⁹⁾.

HIV și SIDA

Până la sfârșitul anului 2007, incidența infecțiilor cu HIV diagnosticate în rândul consumatorilor de droguri prin injectare pare să rămână scăzută în cele mai multe țări ale Uniunii Europene, iar situația de ansamblu în UE pare relativ pozitivă într-un context global. Acest fapt ar putea rezulta cel puțin parțial din disponibilitatea crescută a măsurilor de prevenire, tratare și reducere a riscurilor, inclusiv a tratamentului de substituție și a programelor pentru ace și seringi. Se poate să fi jucat un rol important și alți factori, de exemplu, scăderea consumului de droguri prin injectare constatată în unele țări. Cu toate acestea, în anumite părți ale Europei, datele sugerează că transmiterea HIV asociată consumului de droguri prin injectare s-a menținut la niveluri relativ mari în 2007, accentuând necesitatea de a asigura accesibilitatea și eficiența practicilor de prevenire la nivel local.

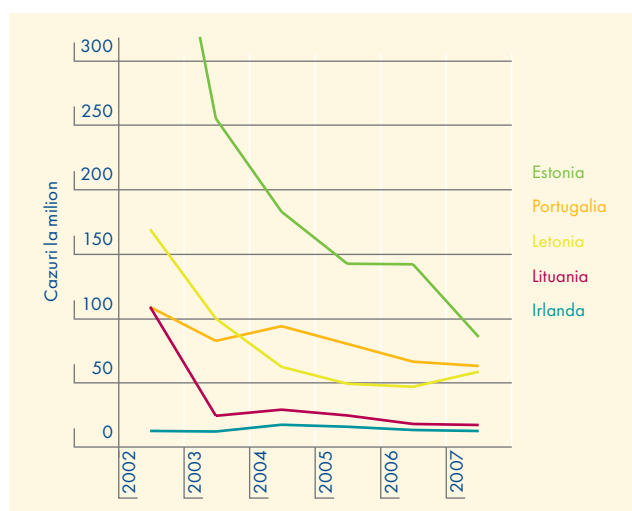
Tendențe în infecția cu HIV

Datele privind cazurile nou diagnosticate legate de consumul de droguri prin injectare în 2007 sugerează că ratele infecției încă sunt în scădere la nivelul Uniunii Europene, după vârful din 2001-2002, care s-a datorat unor focare în Estonia, Letonia și Lituania ⁽¹³⁰⁾. În 2007, rata totală a infecțiilor nou diagnosticate

în rândul consumatorilor de droguri prin injectare în cele 24 de state membre ale UE pentru care sunt disponibile date naționale a fost de 4,7 cazuri la un milion de persoane, în scădere de la 5,0 în 2006 ⁽¹³¹⁾. Din cele trei țări care raportează cele mai înalte rate de infecții nou diagnosticate, Portugalia și Estonia au continuat să raporteze o tendință descendentă, deși în Portugalia această tendință pare să se stabilizeze. În schimb, în Letonia a fost raportată o creștere de la 47,1 cazuri la un milion de persoane în 2006 la 58,7 cazuri la un milion în 2007 (figura 12).

În general, în perioada 2002-2007, nu a fost observată nicio creștere pronunțată a infecțiilor noi cu HIV, iar ratele raportate continuă să fie scăzute. Cu toate acestea, în Bulgaria și în Suedia, rata infecțiilor recent raportate a crescut într-un ritm rapid – de la 0,3 cazuri noi la o populație de un milion în 2002 la 5,6 cazuri în 2007 în

Figura 12: Tendențe în cele cinci state membre ale UE cu cele mai ridicate rate ale infecțiilor cu HIV nou raportate la consumatorii de droguri prin injectare



NB: Pentru Estonia, valoarea pentru 2002 iese din grafic (516 cazuri la milion). Pentru informații suplimentare, a se vedea tabelul INF-104 din buletinul statistic pentru 2009.

Surse: ECDC și WHO Europe.

⁽¹²⁹⁾ Pentru detalii privind metodele și definițiile, a se vedea Buletinul statistic pentru 2009.

⁽¹³⁰⁾ A se vedea tabelul INF-104 din buletinul statistic pentru 2009.

⁽¹³¹⁾ Nu sunt disponibile date naționale pentru Spania, Italia și Austria.

Bulgaria, iar în Suedia, de la 3,5 cazuri noi la un milion în 2002, la 6,7 cazuri în 2007 înainte de a reveni la nivelurile anterioare din 2008 – sugerând potențialul permanent ca epidemiile de HIV să apară în rândul consumatorilor de droguri prin injectare.

Datele privind tendințele, provenind din monitorizarea prevalenței HIV în eşantioane de consumatori de droguri prin injectare reprezintă o completare importantă a datelor provenind din raportarea cazurilor de HIV. Sunt disponibile date din 25 de țări pe perioada 2002-2007 ⁽¹³²⁾. În 11 țări, prevalența HIV a rămas neschimbată în această perioadă. În șase țări (Bulgaria, Germania, Spania, Italia, Letonia, Portugalia) prevalența HIV a indicat scăderi semnificative din punct de vedere statistic, toate bazate pe eşantioane naționale. Totuși, în două dintre aceste țări, au fost raportate creșteri regionale: în Bulgaria, un oraș, Sofia, iar în Italia, trei din 21 de regiuni. În două țări (Lituania, Polonia) prevalența HIV a indicat creșteri semnificative din punct de vedere statistic, în ambele cazuri pe baza eşantioanelor naționale.

Compararea tendințelor în infecțiile nou diagnosticate legate de consumul de droguri prin injectare cu tendințele prevalenței HIV în rândul consumatorilor de droguri prin injectare sugerează că incidența infecției cu HIV legată de consumul de droguri prin injectare este în scădere în cele mai multe țări la nivel național.

Cu toate acestea, rata anuală ridicată a noilor diagnostice de infecție cu HIV legate de consumul de droguri prin injectare în Estonia, Letonia și Portugalia sugerează că transmiterea încă are loc în aceste țări la niveluri destul de ridicate, chiar dacă ratele scad în prezent în Estonia și Portugalia. Pentru Estonia, transmiterea recentă este susținută de datele din 2005 privind prevalența care indică faptul că aproximativ o treime din noii consumatori de droguri prin injectare (cei care își injectează drogul de mai puțin de doi ani) erau HIV pozitivi. Alte indicii cu privire la transmiterea actuală a HIV sunt date de rapoartele privind nivelurile de prevalență de peste 5 % în rândul consumatorilor de droguri prin injectare tineri (eșantioane de 50 sau mai mulți consumatori de droguri prin injectare sub vârsta de 25 de ani) în mai multe țări: Spania (date naționale, 2006), Franța (cinci orașe, 2006), Estonia (două regiuni, 2005), Lituania (un oraș, 2006) și Polonia (un oraș, 2005) ⁽¹³³⁾.

Incidența SIDA și accesul la HAART

Informațiile privind incidența SIDA sunt importante pentru a indica apariții noi ale unor boli simptomatice, deși

HIV în rândul consumatorilor de droguri prin injectare din Uniunea Europeană și țările vecine: tendințe de creștere în Est

Epidemia de HIV în rândul consumatorilor de droguri prin injectare continuă să se dezvolte diferit pe teritoriul Europei. În țările Uniunii Europene, ratele cazurilor recent diagnosticate raportate de infecție cu HIV în rândul consumatorilor de droguri prin injectare se află în cea mai mare parte la niveluri stabile și scăzute sau în scădere. Cu toate acestea, în multe din fostele republici socialiste sovietice, ratele au crescut în 2007 (Wiessing *et al.*, 2008b), sugerând că măsurile de prevenire existente pot fi insuficiente și trebuie consolidate.

În țările estice unde au avut loc scăderi, după un vârf în 2001 (Rusia, Belarus), au fost observate noi creșteri în ultimii ani. În 2007, ratele cazurilor nou diagnosticate și raportate de infecție cu HIV în rândul consumatorilor de droguri prin injectare a variat de la zero în Turkmenistan la 80 de cazuri la o populație de un milion în Kazahstan și 152 de cazuri la un milion în Ucraina. Cifra cea mai recentă pentru Rusia este de 78 de cazuri la un milion în 2006.

În termeni absoluți, Ucraina raportează cel mai mare număr de cazuri noi de HIV în rândul consumatorilor de droguri prin injectare în 2007 (7 087 cazuri), fiind urmată de Uzbekistan (1 816 cazuri) și Kazahstan (1 246 cazuri), în timp ce în 2006, Rusia a raportat 11 161 cazuri. Mai multe alte foste republici sovietice, cu numere și rate totale mai scăzute, indică o tendință de creștere a cazurilor raportate, arătând că epidemia se poate produce în rândul consumatorilor de droguri prin injectare. Aceste țări includ Azerbaidjan, Belarus, Georgia, Kârgâzstan, Moldova și Tadjikistan.

acestea nu sunt un indicator bun pentru transmiterea HIV. Ratele indicate de incidență ale SIDA în anumite țări europene pot indica faptul că mulți consumatori de droguri prin injectare infectați cu HIV nu primesc tratament antiretroviral intens activ (HAART) într-o etapă suficient de timpurie pentru a obține beneficii maxime de pe urma tratamentului.

Estonia rămâne țara cu cea mai mare incidență a cazurilor de SIDA legate de consumul de droguri prin injectare, cu un număr estimat de 33,5 cazuri noi la un milion de persoane în 2007, de la 17,1 cazuri noi la un milion de persoane în 2006. De asemenea, sunt raportate niveluri relativ ridicate de incidență a SIDA pentru Letonia, Spania, Portugalia și Lituania: 13,2, 8,8, 8,6 și 6,2 cazuri noi la un milion de persoane. Dintre aceste patru țări, tendința este în scădere în Spania, Letonia și Portugalia, însă nu și în Lituania ⁽¹³⁴⁾.

⁽¹³²⁾ A se vedea tabelul INF-108 din buletinul statistic pentru 2009.

⁽¹³³⁾ A se vedea tabelele INF-109 și INF-110 din buletinul statistic pentru 2009.

⁽¹³⁴⁾ A se vedea figura INF-1 din buletinul statistic pentru 2009.

Hepatita B și C

În timp ce niveluri ridicate de prevalență ale infecției cu HIV sunt constatate numai în unele state membre ale UE, hepatita virală și, mai ales, infecția provocată de virusul hepatitei C (VHC), este mult mai prevalentă în rândul consumatorilor de droguri prin injectare din Europa. Nivelurilor de anticorpi VHC în rândul eșantioanelor naționale de consumatori de droguri prin injectare în 2006-2007 variază de la aproximativ 18 % la 95 %, jumătate dintre țări raportând niveluri de peste 40 %. Trei țări (Bulgaria, Republica Cehă, Slovenia) raportează o prevalență de sub 25 % în eșantioanele naționale de consumatori de droguri prin injectare ⁽¹³⁵⁾; deși ratele de infectare chiar la acest nivel constituie o problemă semnificativă de sănătate publică.

În cadrul țărilor, nivelurile de prevalență ale VHC pot varia considerabil, reflectând atât diferențe regionale,

Prevalența hepatitei C ca indicator posibil al riscului de HIV legat de injectare

Un grup de modelatori și epidemiologi reuniți de către OEDT au examinat potențialul folosirii informațiilor privind prevalența virusului hepatitei C (VHC) în rândul consumatorilor de droguri prin injectare ca indicator al riscului de transmitere a HIV. VHC este transmis prin partajarea acelor în moduri similare cu HIV. Întrucât VHC este mult mai infecțios, acesta poate indica nivelul general al comportamentului riscant, inclusiv partajarea acelor, partajarea accesoriilor pentru injectare și schimbarea partenerului de injectare, la populațiile de consumatori de droguri prin injectare în rândul cărora nu s-a răspândit încă virusul HIV.

Analiza datelor comparative privind prevalența VHC și HIV a indicat că prevalența VHC în rândul consumatorilor prin injectare de cel mult 30 % aproximativ (interval de încredere de 95 %, 21-38 %) este asociată cu o prevalență zero sau foarte scăzută a HIV. La niveluri mai ridicate ale prevalenței VHC, a fost constatată o relație lineară între prevalența HIV și prevalența VHC, iar datele privind seriile cronologice indică faptul că prevalența observată a HIV crește la aproximativ jumătate din rata prevalenței VHC.

Aceste rezultate indică faptul că prevalența VHC ar putea fi folosită pentru a contribui la dezvoltarea intervențiilor specifice de prevenire și reducere a riscurilor în rândul consumatorilor de droguri prin injectare. În plus, ar putea fi folosite, de asemenea, pentru a evalua riscul unei epidemii de HIV în țările în care prevalența HIV în rândul consumatorilor de droguri prin injectare este în continuare scăzută.

Sursa: Vickerman *et al.* (prezentat).

cât și caracteristicile populației eșantionate. De exemplu, în Regatul Unit, studiile locale raportează niveluri între 29 % și 60 %, în timp ce în Italia, diferitele estimări regionale variază între 36 % și 92 %.

Studiile recente (2006-2007) raportează o gamă largă a nivelurilor de prevalență în rândul consumatorilor de droguri prin injectare sub 25 de ani și al celor care consumă droguri prin injectare de mai puțin de doi ani, sugerând diferite niveluri de incidență VHC în rândul acestor populații din Europa ⁽¹³⁶⁾. Totuși, aceste studii indică, de asemenea, că mulți contractează virusul la începutul istoricului personal de consum prin injectare și prin urmare există doar un interval de timp redus pentru inițierea măsurilor de prevenire eficiente împotriva VHC.

Prevalența anticorpilor virusului hepatitei B (VHB) variază în mare măsură, posibil și datorită diferențelor în nivelul de vaccinare, deși pot juca un rol și alți factori. Setul cel mai complet de date disponibile este cel al anticorpilor împotriva antigenului de nucleu al hepatitei B (anti-HBc), care indică antecedente ale infecției. În 2006-2007, trei dintre cele zece țări care au furnizat date privind consumatorii de droguri prin injectare au raportat niveluri ale prevalenței anti-HBc de peste 40 % ⁽¹³⁷⁾.

Tendențele temporale în cazurile notificate de hepatită B și C prezintă caracteristici diferite, însă sunt dificil de interpretat. Cu toate acestea, perspectiva asupra epidemiologiei acestor infecții poate fi asigurată prin proporția consumatorilor de droguri prin injectare în toate cazurile notificate în care factorii de risc sunt cunoscuți (Wiessing *et al.*, 2008a). În cazul hepatitei B, procentul de consumatori de droguri prin injectare a scăzut între 2002 și 2007 în patru din 17 țări. În cazul hepatitei C, proporția consumatorilor de droguri prin injectare din totalul cazurilor notificate a scăzut în șapte țări în perioada 2002-2007 și a crescut în alte patru țări (Republica Cehă, Luxemburg, Malta, Regatul Unit) ⁽¹³⁸⁾.

Prevenirea bolilor infecțioase și răspunsul la acestea

Șaptesprezece state membre ale UE și Turcia raportează că prevenirea bolilor infecțioase în rândul consumatorilor de droguri face parte din strategia națională privind drogurile, iar alte șase țări raportează că aceasta face obiectul unei strategii specifice. Zece din aceste 23 de țări raportează, de asemenea, strategii existente pentru prevenirea bolilor infecțioase la nivel local și regional.

⁽¹³⁵⁾ A se vedea tabelele INF-111-INF-113 din buletinul statistic pentru 2009.

⁽¹³⁶⁾ A se vedea figura INF-6 (partea ii) și (partea iii) din buletinul statistic pentru 2009.

⁽¹³⁷⁾ A se vedea tabelul INF-115 din buletinul statistic pentru 2009.

⁽¹³⁸⁾ A se vedea tabelele INF-105 și INF-106 din buletinul statistic pentru 2009.

Tratamentul consumatorilor de droguri prin injectare cu hepatită cronică C

Până la 30 % dintre pacienții cu hepatită cronică C netratată vor dezvolta ciroză hepatică în 30 de ani, iar costurile suportate pe parcursul gestionării bolilor de ficat în fază terminală sunt considerabile (Jager *et al.*, 2004). Pentru a reduce incidența totală a hepatitei C în Europa, este esențială promovarea și extinderea accesului la tratament pentru cea mai mare grupă de pacienți – purtători cronici ai virusului care sunt consumatori activi de droguri prin injectare.

Tratamentele curente pentru hepatita cronică C – un tratament combinat cu durată de șase până la 12 luni cu interferon cu acțiune prelungită și ribavirină – sunt eficiente la peste 50 % dintre pacienții care obțin un răspuns virologic susținut. Deși numărul studiilor pe termen lung continuă să fie limitat, cercetările disponibile au indicat o complianță bună și succesul tratamentului antiviral la consumatorii de droguri prin injectare (de exemplu, Moussalli *et al.*, 2007). Au fost constatate, de asemenea, rentabilitatea tratării hepatitei C în închisori (Sutton *et al.*, 2008) și siguranța și eficiența tratamentului pentru consumatorii de droguri cu tulburări psihiatrice comorbide (Loftis *et al.*, 2006).

Cu toate acestea, accesul consumatorilor de droguri la tratamentul hepatitei C continuă să fie scăzut. Motivele ar putea include capacitatea insuficientă de tratament, lipsa informațiilor despre opțiunile de tratament sau o prioritizare scăzută a consumatorilor de droguri. Mai multe țări ale UE, inclusiv Danemarca, Germania, Franța, Țările de Jos și Regatul Unit și-au revizuit în ultimii ani politicile pentru a extinde accesul la testarea și tratamentul purtătorilor cronici ai virusului hepatitei C care sunt consumatori activi de droguri prin injectare.

Terapia pentru hepatita C în contextul dependenței de droguri este uneori dificilă, însă se poate îmbunătăți printr-un management clinic atent planificat și organizat, cu cooperarea pacienților în urma consimțământului în cunoștință de cauză. Echipele multidisciplinare care pot gestiona dependența de droguri, tratamentul hepatic și problemele mintale comorbide îmbunătățesc rezultatele tratamentului (Grebely *et al.*, 2007).

Statele membre ale UE răspund la răspândirea bolilor infecțioase în rândul consumatorilor de droguri prin abordări combinate care includ: tratament pentru consumul de droguri; furnizarea de materiale sterile de injectare și activități comunitare care furnizează informații, servicii educaționale, teste și intervenții comportamentale, deseori prin intermediul agențiilor de intervenție sau cu acces necondiționat. Experții din 27 de țări au raportat cu privire la nivelul de prioritate acordat intervențiilor selectate pentru a preveni bolile infecțioase în rândul consumatorilor de droguri ⁽¹³⁹⁾. Accesul la echipamentul steril de injectare

prin programe pentru ace și seringi este raportat ca prioritate de către 23 de țări, testarea și consilierea în privința bolilor infecțioase sunt raportate de către 16 țări, iar difuzarea informațiilor, materialelor de educare și comunicare de către 14 țări.

Accesul la seringile sterile reprezintă prioritatea raportată cel mai frecvent, după cum s-a constatat în cadrul unui exercițiu similar desfășurat în 2005. Un număr crescut de țări raportează în prezent, ca prioritate, consilierea și testarea în privința bolilor infecțioase și programele specifice de imunizare pentru hepatită.

Intervenții

Cercetările au indicat că tratamentul susținut este asociat cu reduceri ale consumului de droguri prin injectare și ale comportamentelor riscante asociate, și prin aceasta cu protecție împotriva infecției cu HIV. În majoritatea țărilor europene, reducerea riscurilor și furnizarea serviciilor de tratament au crescut considerabil de la mijlocul anilor '90 (Hedrich *et al.*, 2008b). Tratamentul de substituție cu opiacee este disponibil în toate statele membre ale UE, Croația și Norvegia, însă în multe țări asigurarea acestei intervenții continuă să fie limitată (a se vedea capitolele 2 și 6).

Experții naționali estimează că în ultimul an aproape toți consumatorii problematici de droguri din 17 țări au primit consilierea individuală ⁽¹⁴⁰⁾. În 12 țări, consilierea a fost asigurată și pentru testarea VHC, în timp ce experții din 11 țări estimau că majoritatea consumatorilor problematici de droguri au primit în ultimul an sfaturi practice și instruire privind consumul și injectarea în condiții mai sigure. Vaccinarea împotriva hepatitei B este integrată în cadrul unor programe de imunizare de rutină în 21 din 28 de țări raportoare, iar în 17 țări, există, de asemenea, programe specifice de vaccinare pentru consumatorii de droguri din comunitate. Activitățile privind educația medicală pentru consumatorii de droguri care implică educatori colegi sunt, de asemenea, raportate de către 17 țări.

Programele pentru ace și seringi există în toate statele membre ale UE, Croația și Norvegia. Cu toate acestea, programul din Cipru a fost folosit foarte puțin în 2007. În 15 țări, se estimează că majoritatea consumatorilor de droguri prin injectare au primit seringi în cadrul acestui program în ultimele 12 luni, cel puțin o dată. În 11 țări, doar o minoritate a consumatorilor de droguri prin injectare au primit seringi în aceeași perioadă, deși nouă dintre aceste țări au inclus accesul la echipamentul steril

⁽¹³⁹⁾ A se vedea tabelul HSR-6 din buletinul statistic pentru 2009.

⁽¹⁴⁰⁾ Experții din 26 țări ale UE, Turcia și Norvegia au evaluat nivelul de furnizare a intervențiilor selectate pentru consumatorii de droguri.

de injectare ca măsură prioritară pentru prevenirea răspândirii bolilor infecțioase.

Numărul de seringi puse la dispoziție în baza programelor pentru ace și seringi a crescut, în perioada 2005-2007, în 18 din 26 de țări pentru care sunt disponibile date. Numerele de seringi date în fiecare an pentru fiecare pacient variază considerabil, cu exemple de la aproximativ 50 de seringi pe pacient ce beneficiază de programul pentru ace și seringi în Croația și Lituania, la 200 în Finlanda și 300 în România, în 2007 ⁽¹⁴¹⁾.

Numărul total al seringilor date în 2007 a fost cu 33 % mai ridicat decât în anul 2003 în 14 țări pentru care sunt disponibile date sau estimări verificate. Creșteri în curs în această perioadă au fost raportate în Belgia, Bulgaria, Republica Cehă, Estonia, Ungaria, Austria, Slovacia și Finlanda. Numărul seringilor puse la dispoziție în Letonia a rămas același, în timp ce au fost raportate scăderi în Spania, Lituania, Luxemburg, Portugalia și Polonia.

Datele furnizate din 15 țări indică faptul că peste 125 000 de persoane au apelat la agenții cu programe pentru ace și seringi în 2007 ⁽¹⁴²⁾. Cu toate acestea, informațiile privind accesul pacienților nu sunt disponibile pentru patru dintre cele mai mari state membre UE (Germania, Spania, Italia, Regatul Unit). Un studiu național realizat în cele 120 de centre de reducere a riscului din Franța, „CAARUD”, a indicat că acestea au fost folosite de către un număr estimat de 40 000 de persoane în 2007 (Toufik *et al.*, 2008). În Regatul Unit, un nou sistem de monitorizare a schimbului de ace a fost instituit în 2008.

Unitățile cu acces necondiționat pot oferi ocazia de a furniza servicii medicale primare și intervenții pentru reducerea riscului către populațiile greu de contactat. O evaluare recentă a centrelor medicale cu acces necondiționat adresate consumatorilor de droguri prin injectare din Finlanda a concluzionat că această combinație dintre servicii a jucat un rol semnificativ în prevenirea bolilor infecțioase. De asemenea, aceasta a fost considerată o inovație rentabilă care poate funcționa în cadrul politicii restrictive a țării privind drogurile (Arponen *et al.*, 2008).

Programele pentru ace și seringi pot avea, de asemenea, un rol important în promovarea unei sănătăți bune. Formarea pentru promovarea sănătății, pe baza programei formale sau a manualului de formare este pusă la dispoziția personalului din cadrul programelor pentru ace

și seringi din 20 de țări și farmaciștilor din nouă țări. Orientările pentru activitatea din unitățile cu acces necondiționat în care sunt prestate servicii precum testarea pentru boli infecțioase, schimb de seringi, activități de intervenție și formarea la nivel de colegi sunt raportate, de asemenea, în 11 state membre ale UE.

Decese și mortalitate legate de consumul de droguri

Consumul de droguri este una dintre principalele cauze de probleme de sănătate și deces în rândul tinerilor din Europa. Acest fapt poate fi ilustrat de un studiu internațional sprijinit de OEDT care a constatat că, în șapte zone urbane europene, între 10 % și 23 % din mortalitatea celor între 15 și 49 de ani poate fi atribuită consumului de opiacee (Bargagli *et al.*, 2005).

Mortalitatea legată de consumul de droguri include decese cauzate în mod direct de acțiunea farmacologică a uneia sau mai multor substanțe (decese induse de droguri) și decese cauzate în mod indirect de consumul de droguri, deseori cu alți factori concomitenți (respectiv accidente). Cauzele cunoscute ale deceselor includ toxicitate acută, accidente de circulație, în special atunci când drogurile sunt consumate în combinație cu alcoolul (OEDT, 2007c), violența, sinuciderea în rândul persoanelor deja vulnerabile sau afecțiuni cronice cauzate de consumul repetat (de exemplu, probleme cardiovasculare la consumatorii de cocaină). Deși majoritatea deceselor induse de droguri se produc în rândul consumatorilor problematici de droguri, unele se produc și în rândul altor grupuri de consumatori, inclusiv consumatorii ocazionali ⁽¹⁴³⁾.

Decesele induse de droguri

Definiția OEDT a deceselor induse de droguri se referă la acele decese provocate direct (supradoze) prin consumul unui sau mai multor droguri din care cel puțin unul este un drog ilegal. Numărul deceselor poate fi influențat de factori precum prevalența și tiparele de consum de droguri (injectare, policonsum), vârsta și comorbiditățile consumatorilor de droguri și disponibilitatea serviciilor de tratament și de urgență.

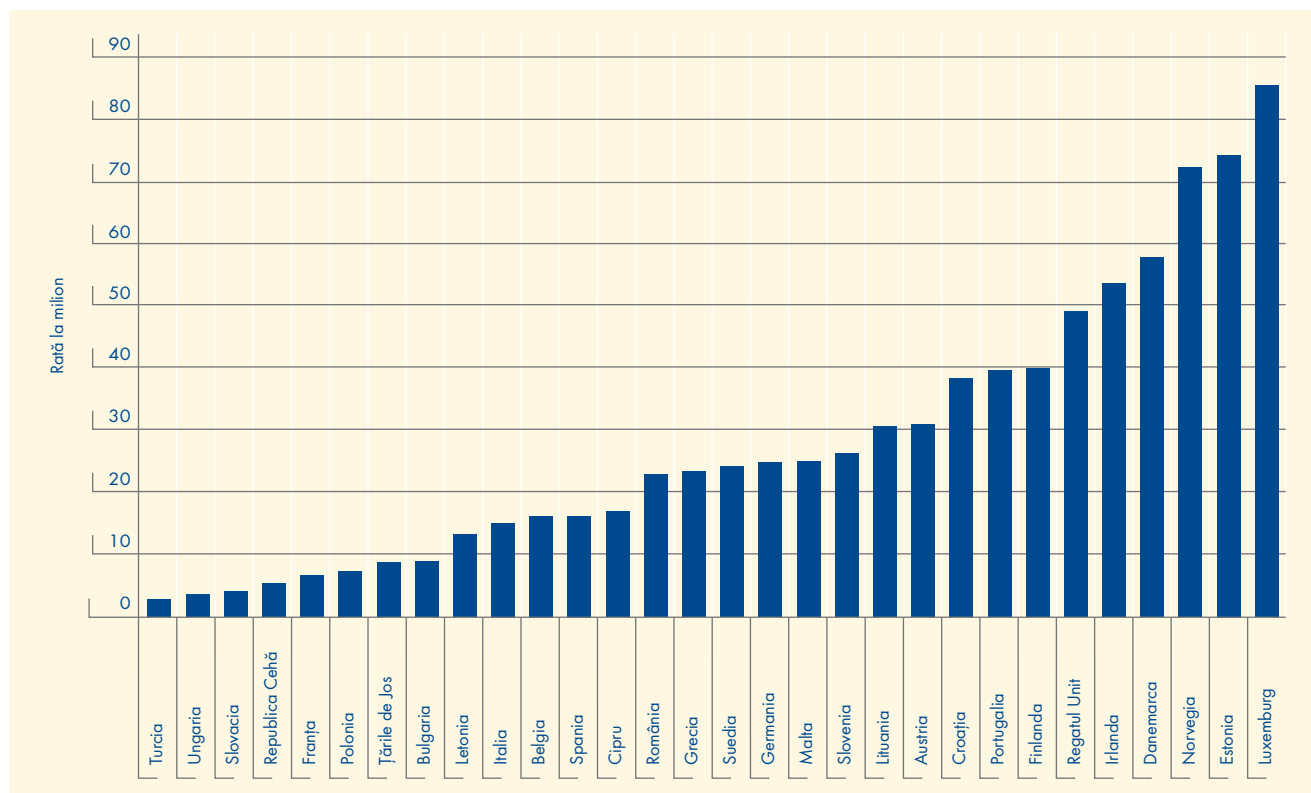
Îmbunătățirile aduse fiabilității datelor europene au permis descrieri mai bune ale tendințelor europene și naționale, iar cele mai multe țări au adoptat în prezent o definiție de caz în conformitate cu cea a OEDT ⁽¹⁴⁴⁾. Cu toate acestea, diferențele de la o țară la alta în ceea ce privește calitatea

⁽¹⁴¹⁾ A se vedea tabelul HSR-5 (partea i) și (partea ii) din buletinul statistic pentru 2009.

⁽¹⁴²⁾ A se vedea tabelul HSR-5 (partea ii) din buletinul statistic pentru 2009.

⁽¹⁴³⁾ A se vedea „Mortalitatea legată de droguri: un concept complex”, în Raportul anual din 2008.

⁽¹⁴⁴⁾ Pentru informații metodologice detaliate a se vedea Buletinul statistic pentru 2009.

Figura 13: Rata mortalității în rândul tuturor adulților (15-64 de ani) datorată deceselor induse de droguri

NB: În cazul Republicii Ceha, a fost folosită selecția D a OEDT în locul definiției naționale; pentru Regatul Unit, s-a folosit definiția strategiei în domeniul drogurilor; pentru România, datele se referă doar la București și la câteva județe aflate în competența Laboratorului Toxicologic din București; pentru Portugalia, datele includ toate cazurile în care au fost identificate droguri ilegale în analizele post-mortem și pot produce o supraestimare comparativ cu selecția D. Cifrele ratei mortalității se bazează pe numărul populației naționale din 2006 raportate de Eurostat. Comparațiile dintre ratele diferite ale populațiilor trebuie făcute cu precauție, deoarece există diferențe ale definițiilor de caz și ale calității raportării. Pentru informații suplimentare privind datele, a se vedea figura DRD-7 (partea i) din buletinul statistic pentru 2009.

Surse: Rapoartele naționale Reitox (2008), preluate din registrele naționale de mortalitate sau din registre speciale (de criminalistică ale poliției) și Eurostat.

constatării cazurilor, raportarea către registrele naționale de mortalitate și raportarea către OEDT înseamnă că astfel de comparații trebuie făcute cu precauție.

În perioada 1990-2006, statele membre ale UE, Croația, Norvegia și Turcia au raportat în fiecare an între 6 400 și 8 500 de decese induse de droguri, însumând peste 135 000 de decese. În 2006, Regatul Unit și Germania au reprezentat jumătate din totalul deceselor raportate. Ratele mortalității populației cauzate de decesul indus de droguri variază considerabil de la o țară la alta, de la 3 la peste 85 de decese la o populație de un milion cu vârsta între 15 și 64 de ani, cu o medie de 22 de decese la milion în Europa. Rate de peste 20 de decese la milion sunt constatate în 17 din 30 de țări europene și rate de peste 40 de decese la milion sunt constatate în șase țări (figura 13). În rândul europenilor cu vârsta între 15 și 39 de ani, supradoza de droguri a reprezentat 4 % din totalul deceselor ⁽¹⁴⁵⁾.

Decese legate de consumul de opiacee

Heroina

Opiaceele, în special heroina sau metabolizii acesteia, sunt prezente în majoritatea cazurilor de decese legate de consumul de droguri raportate în Europa. În cele 22 de țări care au furnizat date, opiaceele au reprezentat între 35 % și aproape 100 % din toate cazurile, 11 dintre aceste țări raportând procentaje de peste 85 % ⁽¹⁴⁶⁾. În rapoartele toxicologice sunt găsite alte substanțe, pe lângă heroină. Cele mai frecvent raportate dintre acestea sunt alcoolul, benzodiazepinele, alte opiacee și, în unele țări, cocaina. Aceasta sugerează că o proporție substanțială din toate decesele induse de droguri poate fi legată de policonsum.

Bărbații reprezintă majoritatea deceselor prin supradoză de heroină care se produc în Europa (82 %). În majoritatea țărilor, vârsta medie a celor care sunt victimele

⁽¹⁴⁵⁾ A se vedea figura DRD-7 (partea i) și tabelele DRD-5 (partea ii) și DRD-107 (partea i) din buletinul statistic pentru 2009.

⁽¹⁴⁶⁾ Deoarece majoritatea cazurilor raportate OEDT sunt supradoze cu opiacee (în special heroină), caracteristicile generale ale deceselor induse de droguri raportate sunt folosite pentru descrierea cazurilor de consum de opiacee.

A se vedea figura DRD-1 din buletinul statistic pentru 2009.

supradozelor este de treizeci și cinci de ani, iar în multe cazuri crește, sugerând o posibilă stabilizare sau o scădere a numărului de tineri consumatori de heroină. În general, 14 % din decesele prin supradoză raportate în Europa se produc în rândul celor sub 25 de ani, deși în Bulgaria, Austria și în unele țări care raportează numere reduse de decese induse de droguri (Malta, Cipru, Slovacia, România), peste o treime din decese prin supradoză apar la acest grup de vârstă, ceea ce poate indica în aceste țări o populație mai tânără consumatoare de heroină sau de droguri prin injectare ⁽¹⁴⁷⁾.

Factorii asociați cu supradozele de heroină includ injectarea și consumul concomitent de alte substanțe, în special alcool, benzodiazepine și unele antidepresive, precum și comorbiditate, asociate cu supradozele anterioare și lipsa de sprijin (Guvernul Scoției, 2008). Perioada imediat următoare eliberării din închisoare sau încetării tratamentului medicamentos a fost identificată ca fiind o perioadă cu risc deosebit de ridicat pentru supradoze.

Se estimează că pentru fiecare supradoză fatală, ar putea exista până la 20-25 supradoze non-fatale, însă consecințele acestora sunt recunoscute într-o măsură insuficientă. OEDT realizează o analiză de bază a factorilor de risc asociați și a intervențiilor posibile din acest domeniu.

Metadona și buprenorfina

Cercetările arată că tratamentul de substituție pentru opiacee reduce riscul unei supradoze fatale. Cu toate acestea, în fiecare an este raportat un număr de decese care indică prezența substanțelor folosite în tratamentul de substituție (metadona sau buprenorfina), în mare parte datorită abuzului sau, într-un număr mic de cazuri, problemelor ce apar în cursul tratamentului.

Prezența metadonei într-un procent substanțial de decese induse de consumul de droguri este raportată de mai multe țări, deși, în absența unor standarde comune de raportare, rolul jucat de substanță este deseori neclar, întrucât pot fi prezente alte droguri. În plus, pot fi implicați și alți factori, inclusiv: pierderea toleranței la opiacee, dozarea excesivă sau consumul necorespunzător, cum ar fi consumul neregulat sau în alte scopuri decât cel terapeutic. Decesele prin intoxicație cu buprenorfină sunt puțin frecvente, în ciuda consumului în creștere al acestei substanțe în tratamentul de substituție în Europa (a se vedea capitolul 6). În Finlanda, totuși, buprenorfina este prezentă în cele mai multe decese induse de droguri, de obicei în combinație cu sedative sau alcool sau consumată prin injectare.

Fentanilul și alte opiacee sintetice

O epidemie de intoxicații cu fentanil din Estonia a cauzat decesul a 117 consumatori de droguri prin injectare în 2005/2006 (OEDT, 2008b). Nu este disponibilă nicio informație privind decesele legate de fentanil în Estonia în 2007, deși studiile recente confirmă consumul crescut al drogului de către consumatorii de droguri prin injectare. În 2007, două treimi dintre consumatorii de droguri prin injectare anchetați în Tallinn au raportat fentanilul ca drog primar, iar unul din zece consumatori prin injectare care participă la programul de schimb de seringi au raportat injectarea de fentanil în ultima lună. Un alt studiu derulat în Tallinn a constatat că consumatorii de droguri prin injectare care raportează fentanilul ca drog principal au avut o prevalență HIV mai ridicată și șanse mai ridicate pentru comportamentul riscant de injectare și supradoză pe parcursul vieții, comparativ cu consumatorii care își injectează amfetamine (Talu *et al.*, 2009). În Finlanda, opiaceele precum oxicodona, tramadolul sau fentanilul au fost raportate la 21 de decese, deși rolul acestor droguri nu a fost specificat.

Decese legate de alte droguri

Decesele induse de cocaină sunt mai dificil de definit și identificat decât cele legate de opiacee. Decesele legate direct de supradoze farmacologice par a fi rare, iar acestea sunt legate de obicei de doze foarte mari de cocaină. În rest, cele mai multe decese legate de cocaină par a fi rezultatul toxicității cronice a drogului, care conduce la complicații cardiovasculare și neurologice. Rolul drogului în aceste decese nu poate fi identificat întotdeauna, iar acestea pot fi raportate ca nefiind legate de cocaină. Interpretarea datelor este complicată de prezența în multe cazuri a altor substanțe, îngreunând realizarea unor asocieri cauzale.

În 2007, în 12 state membre au fost raportate aproximativ 500 de decese legate de cocaină (comparativ cu 450 în 14 țări în 2006). Cu toate acestea, este probabil ca numărul de decese induse de cocaină în Uniunea Europeană să fie incomplet raportat.

Decesele în care este identificată prezența ecstasy sunt raportate rar, iar în multe dintre aceste cazuri, drogul nu a fost identificat drept cauză directă a decesului. Deși decesele legate de consumul de amfetamină sunt la rândul lor raportate în Europa rar, în Republica Cehă un număr substanțial de decese induse de supradoze – cu excepția medicamentelor – (11 din 40) în 2007 au fost atribuite pervitinei (metamfetaminei), comparativ cu 14 decese atribuite opiaceelor. În Finlanda, amfetaminele au fost prezente la 40 % din 229 de decese raportate în 2007,

⁽¹⁴⁷⁾ A se vedea figurile DRD-2 și DRD-3 și tabelul DRD-1 (partea i) din buletinul statistic pentru 2009.

deși acest lucru nu implică în mod neapărat că medicamentul a fost cauza directă a decesului ⁽¹⁴⁸⁾.

Tendențe în decesele induse de droguri

Decesele induse de droguri au crescut puternic în Europa în anii '80 și la începutul anilor '90, în paralel cu creșterea consumului de heroină și a consumului de droguri prin injectare, rămânând ulterior la niveluri ridicate. Cu toate acestea, datele din țările cu serii cronologice lungi sugerează tendințe diferențiate: în unele țări (de exemplu, Germania, Spania, Franța, Italia), numărul de decese a avut un vârf la începutul și mijlocul anilor '90; în alte țări (de exemplu, Grecia, Portugalia, Finlanda), numărul de decese a avut un vârf în jurul anului 2000; iar în altele (de exemplu, Danemarca, Țările de Jos, Austria, Regatul Unit), a fost observată o tendință de creștere, dar fără un vârf clar ⁽¹⁴⁹⁾.

Între 2000 și 2003, majoritatea statelor membre ale UE au raportat scăderi, urmate de o creștere substanțială a deceselor în perioada 2003-2006. Datele preliminare disponibile pentru 2007 indică o cifră cel puțin egală cu cea pentru anul anterior, cu majorări raportate de 14 din 18 țări.

Motivele care stau la baza numerelor susținute de decese induse de droguri sunt dificil de explicat, în special ținând seama de indiciile cu privire la scăderea consumului de droguri prin injectare și creșterea numărului de consumatori de opiacee care intră în contact cu tratamentul și servicii de reducere a riscului. În contextul acestei posibile reduceri a populației expuse riscului, numerele stabile sau crescătoare ale deceselor induse de consumul de droguri au devenit o cauză majoră de preocupare.

Pentru acest fenomen pot exista mai multe explicații, din care unele necesită investigații suplimentare. Acestea includ: o populație în curs de îmbătrânire și o populație mai cronică ce devine mai vulnerabilă; nivelurile crescute de policonsum de droguri sau comportament expus riscurilor; faptul că serviciile existente nu îi vizează sau nu ajung la cei mai vulnerabili; sau chiar o creștere a numărului de consumatori de opiacee care recidivează la terminarea pedepselor cu închisoarea sau a tratamentului, despre care se știe că sunt expuși unui risc deosebit de ridicat ⁽¹⁵⁰⁾.

Mortalitatea globală legată de consumul de droguri

Pe lângă decesele induse de droguri, mortalitatea generală legată de consumul de droguri include decesele

cauzate în mod indirect de consumul de droguri. Aceste decese sunt concentrate în rândul consumatorilor problematici de droguri, deși unele se pot produce în rândul consumatorilor ocazionali (de exemplu, accidente rutiere, unele sinucideri). Deși numărul deceselor legate indirect de consumul de droguri este dificil de cuantificat, impactul său asupra sănătății publice poate fi considerabil.

Mortalitatea globală poate fi estimată în moduri diferite: o metodă constă în combinarea informațiilor din studiile de cohortă privind mortalitatea cu estimări ale prevalenței consumului de droguri ⁽¹⁵¹⁾. O altă abordare constă în utilizarea statisticilor generale privind mortalitatea și estimarea proporției legate de consumul de droguri. Se pot folosi alte surse de informații specializate, de exemplu, în cazul mortalității în legătură cu HIV/SIDA, sunt combinate informațiile de la Eurostat și EuroHIV.

Studii de cohortă asupra mortalității

Studiile de cohortă asupra mortalității abordează aceleași grupuri de consumatori problematici de droguri în timp, însă prin corelarea cu registrele de mortalitate, încearcă să identifice cauzele tuturor deceselor care se produc în acest grup. Acest tip de studiu poate determina ratele mortalității generale și specifice în funcție de cauză pentru cohortă și poate estima mortalitatea în exces a grupului comparativ cu populația generală. Studiile de cohortă longitudinale pe scară largă pot fi folosite pentru a testa ipotezele privind, de exemplu, motivele care stau la baza modificării numerelor deceselor induse de droguri, precum și pentru a monitoriza riscul general și a depista tiparele aflate în schimbare în ceea ce privește cauzele decesului.

În funcție de mediile de recrutare (de exemplu, studii efectuate în unitățile de tratament pentru consumul de droguri) și criteriile de includere (de exemplu, consumatorii de droguri prin injectare, consumatorii de heroină), majoritatea studiilor de cohortă indică rate ale mortalității în intervalul 1-2 % pe an în rândul consumatorilor problematici de droguri. Deși importanța relativă a cauzelor deceselor variază de la o țară la alta și în timp, principala cauză este în general supradoza cu droguri, care reprezintă până la 50-60 % din decesele în rândul consumatorilor prin injectare în țările cu o prevalență scăzută a HIV/SIDA. Din păcate, unele țări indică o rată de depistare scăzută a supradozelor în registrele de mortalitate globală și, prin urmare, un procent semnificativ de decese înregistrate cu cauză „necunoscută” sau specificată insuficient (de exemplu, stop cardiac) pot fi supradoze. Pentru a îmbunătăți valabilitatea descrierii

⁽¹⁴⁸⁾ Pentru datele privind decesele legate de droguri, altele decât heroina, a se vedea tabelul DRD-108 din buletinul statistic pentru 2009.

⁽¹⁴⁹⁾ A se vedea figurile DRD-8 și DRD-11 din buletinul statistic pentru 2009. Din motive istorice, tendințele UE se referă la UE-15 și Norvegia.

⁽¹⁵⁰⁾ A se vedea „Reducerea deceselor prin supradoză după închisoare”, p. 93.

⁽¹⁵¹⁾ A se vedea „Estimarea mortalității totale atribuite consumului problematic de droguri: noi evoluții”, p. 93.

Estimarea mortalității totale atribuite consumului problematic de droguri: evoluții

Studiile de cohortă recente privind mortalitatea din Uniunea Europeană indică faptul că decesele induse de droguri (supradoze) reprezintă de obicei între o cincime și jumătate din numărul total al deceselor în rândul consumatorilor problematici de droguri. Acest lucru sugerează că mortalitatea totală la această populație ar putea fi de două până la cinci ori mai mare decât numărul deceselor induse de droguri înregistrate. Acest multiplicator variază de la o țară la alta în funcție de diferiți factori, inclusiv comportamentele riscante, rata supradozelor fatale și prevalența altor cauze posibile ale deceselor.

OEDT promovează cercetarea în vederea estimării mortalității totale în rândul consumatorilor problematici de droguri. În 2008, un proiect în colaborare cu cercetătorii din Republica Cehă a revizuit literatura, sursele de date și metodele posibile în acest domeniu ⁽¹⁾. Un grup de experți a recomandat două metode pentru studiile viitoare: o metodă de multiplicare bazată pe numărul supradozelor fatale înregistrate; și o metodă de extrapolării bazată pe ratele mortalității în cohorte de consumatori problematici de droguri și estimări naționale privind populația consumatorilor problematici de droguri. Ambele metode au fost supuse unui test pilot parcurs cu succes în Republica Cehă, iar OEDT planifică să instituie un grup de țări interesate care ar putea folosi această activitate în viitorul apropiat.

⁽¹⁾ A se vedea <http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/drd>

cauzelor deceselor pot fi consultate și alte surse de informații (respectiv registre speciale de mortalitate, ale poliției sau de criminalistică).

OEDT a elaborat un protocol pentru a încuraja statele membre să efectueze studii de cohortă privind mortalitatea, în scopul de a furniza informații comparabile privind riscurile de mortalitate la consumatorii problematici de droguri și de a informa în legătură cu politicile privind prevenirea și îngrijirea. Cele mai recente studii europene au fost efectuate în Germania, Spania, Italia, Țările de Jos, Regatul Unit și Norvegia. O treime din statele membre UE trebuie să efectueze un studiu de cohortă asupra mortalității, deși multe țări raportează studii care sunt în curs sau planificate pentru 2009 (de exemplu, Republica Cehă, Franța, Letonia, Polonia).

Decese legate indirect de consumul de droguri

Se poate estima că în 2006, peste 2 100 de persoane au fost victime ale HIV/SIDA datorate consumului de

droguri în Uniunea Europeană ⁽¹⁵²⁾, cu 89 % dintre acestea în Spania, Franța, Italia și Portugalia.

Ca urmare a introducerii tratamentului antiretroviral activ în 1996, mortalitatea HIV/SIDA a scăzut semnificativ în majoritatea țărilor UE, deși această scădere a fost mult mai puțin pronunțată în Portugalia. Creșterile observate în ultimii ani în Estonia sunt conforme cu estimările ridicate ale prevalenței HIV în rândul consumatorilor de droguri prin injectare în această țară (cinci-șase din zece) și s-a raportat că un procent ridicat al acestora nu sunt conștienți de infecție. Creșteri recente au fost raportate, de asemenea, în Letonia. În prezent, ratele de mortalitate cauzată de HIV/SIDA în rândul consumatorilor de droguri sunt reduse în majoritatea țărilor, cu excepția Spaniei și Portugaliei. În Italia, Franța și Letonia, mortalitatea HIV/SIDA și mortalitatea datorată supradozelor au niveluri similare ⁽¹⁵³⁾.

Alte boli care contribuie, de asemenea, la un procent al deceselor în rândul consumatorilor de droguri includ boli cronice cum ar fi afecțiuni ale ficatului (ca rezultat al infectării cu hepatită C și al consumului intens de alcool), cancer și probleme cardiovasculare. Alte cauze au beneficiat de o atenție redusă, în ciuda indiciilor că au un impact considerabil. De exemplu, traumele (accidente, omucideri și alte acte de violență) și sinuciderea ar putea fi cauza a 25 % sau mai mult din mortalitatea consumatorilor problematici de droguri. O analiză bibliografică (Darke și Ross, 2002) a constatat că rata sinuciderilor în rândul consumatorilor de heroină a fost de 14 ori mai ridicată decât în rândul populației generale. În studiile de cohortă recente din Europa, sinuciderea a reprezentat cauza a între 6 % și 11 % din decese în rândul consumatorilor problematici de droguri. Cu toate acestea, impactul general al acestor cauze este dificil de evaluat din cauza disponibilității limitate a datelor.

Reducerea deceselor legate de consumul de droguri

Douăsprezece țări raportează că strategia lor națională în domeniul drogurilor cuprinde o parte dedicată reducerii numărului de decese induse de droguri. O țară, Regatul Unit, are un plan de acțiune specific pentru reducerea riscurilor legate de droguri care prevede acțiuni specifice pentru prevenirea deceselor legate de consumul de droguri. Treisprezece țări nu au o strategie specifică sau o secțiune a strategiei naționale dedicată reducerii deceselor induse de droguri, iar două țări nu au raportat nicio informație.

⁽¹⁵²⁾ Anul 2006 a fost luat ca cel mai recent an în care sunt disponibile prin Eurostat informații de la aproape toate statele membre cu privire la cauzele deceselor. Pentru informații detaliate asupra surselor, grupelor de transmitere, numerelor și calculelor, a se vedea tabelul DRD-5 (partea iii) din buletinul statistic pentru 2009.

⁽¹⁵³⁾ A se vedea figura DRD-7 (partea ii) din buletinul statistic pentru 2009.

Intervenții

Un studiu prospectiv pe termen lung în rândul consumatorilor de droguri problematici care încep tratamentul în Italia a indicat că riscul deceselor în rândul coortei a fost majorat, comparativ cu populația generală, cu un factor de zece (Davoli *et al.*, 2007). Tratamentul a scăzut riscul decesului de patru ori în rândul populației generale, confirmând prin aceasta că tratamentul pentru consumul de droguri reduce mortalitatea legată de consumul de droguri. Cu toate acestea, studiul a indicat, de asemenea, că cea mai ridicată rată a mortalității în rândul consumatorilor de droguri a fost observată la 30 de zile după încetarea tratamentului. Această constatare subliniază nevoia unui management atent post-îngrijire, precum și evitarea episoadelor de tratament foarte scurte, acolo unde riscurile ar putea depăși beneficiile tratamentului.

Furnizarea materialelor pentru creșterea gradului de conștientizare și prevenire este raportată de către majoritatea țărilor pentru care sunt disponibile informații. Conform experților din 28 de țări ⁽¹⁵⁴⁾, materialele tipărite sau multimedia privind prevenirea supradozelor adresate consumatorilor de droguri au fost puse în ultimul an la dispoziția tuturor sau aproape tuturor consumatorilor problematici de droguri din nouă țări și unei minorități a acestora din douăsprezece țări și din comunitatea franceză din Belgia. Aceste materiale nu există în Turcia și puțini consumatori problematici de droguri au acces la ele în Estonia, Letonia, Ungaria și Slovacia. Nu este disponibilă nicio informație din Bulgaria.

La un procent mare de supradoze fatale și nefatale asistă alte persoane, inclusiv prieteni sau membri de familie ai consumatorilor de droguri, personal medical și social, personal de poliție sau paznici din închisori care s-ar putea afla în ipostaza de a interveni. Zece țări raportează materiale specifice care își propun să ajute familiile consumatorilor de droguri să recunoască și să gestioneze supradozele de droguri; în opt țări, aceste materiale sunt disponibile pentru ofițerii de poliție; iar în șapte țări au fost elaborate pentru personalul din închisori ⁽¹⁵⁵⁾. Alte grupuri țintă includ lucrători ai agențiilor de droguri, personal de ambulanță, personal de intervenție în caz de accidente și de urgență, precum și imigranți din țările vorbitoare de rusă și populația romă. Numărul țărilor în care sunt disponibile materiale pentru mai multe grupuri țintă este limitat și nu toate materialele sunt disponibile pe teritoriul întregii țări.

Educația privind riscul de supradoză este raportată de către toate țările, iar în nouă dintre ele, acest tip de

educație este aplicată în majoritatea orașelor relevante cu un număr semnificativ de consumatori problematici de droguri. Cu toate acestea, în patru țări, aceste activități se desfășoară doar într-un număr redus de orașe relevante, iar în alte douăsprezece țări doar în câteva orașe.

Cursuri specifice de formare privind răspunsurile la supradoză sunt puse la dispoziție fie în sesiuni individuale, fie în sesiuni de grup. Consumatorii de droguri sunt informați în legătură cu riscurile de supradoză, inclusiv cu toleranța scăzută după perioade de abstenență, efectele și riscurile policonsumului de droguri, în special consumul concomitent de alcool, riscul consumului de droguri în momentele de singurătate și competențele de prim ajutor. Experții naționali estimează că în șapte țări, în ultimele 12 luni, majoritatea consumatorilor problematici de droguri au beneficiat într-o măsură semnificativă de programe de formare privind răspunsul la supradoză, în timp ce în zece țări doar o minoritate a beneficiat de aceste programe, iar în alte șase țări (Belgia, Letonia, Austria, Polonia, România, Slovacia) doar câțiva consumatori problematici de droguri au primit acest tip de instruire. Formarea privind răspunsul la supradoză nu este disponibilă în Estonia, Ungaria și Turcia.

Consumatorii de droguri cu experiență anterioară legată de supradoza nefatală sunt expuși unui risc ridicat de supradoză în viitor (Coffin *et al.*, 2007) și ar trebui vizați în mod specific. Evaluarea riscurilor legate de supradoza individuală este realizată de către personalul instruit și este menită să identifice persoanele care au nevoie de sprijin suplimentar. Conform experților, în nouă țări majoritatea consumatorilor problematici de droguri au primit o evaluare a riscurilor legate de supradoză cel puțin o dată în ultimul an, în timp ce în 16 țări, doar o minoritate a primit acest tip de intervenție. Nicio informație nu este disponibilă din Bulgaria, Germania și Franța.

Furnizarea naloxonei pentru consumatori nu reprezintă o metodă standard pentru prevenirea supradozei în Europa, deși distribuirea medicamentului pentru administrare la domiciliu este o practică obișnuită în serviciile antidrog din Italia, unde ar putea fi cumpărată și în farmacii, fără prescripție. În Regatul Unit, statutul legal al naloxonei a fost modificat în iunie 2005, permițând administrarea acesteia de către orice membru al publicului în situații determinante pentru cursul vieții. În plus, impactul formării în privința supradozelor, integrat cu distribuirea naloxonei pentru administrare la domiciliu a fost evaluat într-un studiu de cohortă cu 239 de consumatori de opiacee recrutați din serviciile de tratament (Strang *et al.*, 2008). Rezultatele arată o mai bună cunoaștere a semnelor de

⁽¹⁵⁴⁾ A se vedea tabelul HSR-8 din buletinul statistic pentru 2009. Experții din 26 de țări ale UE, Turcia și Norvegia au evaluat nivelul furnizării intervențiilor selectate pentru a preveni decesele legate de droguri.

⁽¹⁵⁵⁾ A se vedea tabelul HSR-8 (partea ii) din buletinul statistic pentru 2009.

Reducerea deceselor prin supradoză după eliberarea din închisoare

În Anglia, s-a estimat că 15 % din 1 506 de decese prin supradoză cu droguri în 2005 au survenit la persoanele eliberate recent din închisoare (Departamentul Sănătății, 2007). Studiile internaționale confirmă acest nivel ridicat al deceselor ca rezultat al supradozei neintenționate cu droguri imediat după eliberarea din închisoare (de exemplu, Farrell și Marsden, 2008). Aceste studii subliniază, de asemenea, nevoia unor răspunsuri mai bune la problemele legate de sănătatea mintală și consumul de droguri pentru cei care au fost în închisoare.

Conform evaluărilor experților din 24 de țări, consilierea înainte de eliberare privind riscul și prevenirea supradozelor nu este asigurată în prezent în șase țări europene, în zece țări este asigurată doar pentru un număr redus de consumatori problematici de droguri din închisoare, iar în alte șase țări este asigurată pentru un număr mai mic de jumătate din numărul total al acestora. Doar Italia și Luxemburg asigură acest serviciu pentru majoritatea populației țintă. Întrucât ziua eliberării poate fi dificil de prevăzut, în special pentru prizonierii în arest preventiv, cursurile de sensibilizare privind riscul supradozelor ar trebui oferite în mod regulat în închisori pentru a reduce comportamentele riscante.

Tratamentul de substituție cu opiacee care a demonstrat un efect protector în contextul închisorii (Dolan *et al.*, 2005) pare a deveni disponibil într-o măsură mai mare în închisorile din UE, iar opțiunea legală de a iniția tratamentul de substituție există în 21 de țări (a se vedea capitolul 2). Oportunitatea de a iniția acest tip de tratament în închisori reduce riscul supradozei și al decesului la ieșirea din închisoare, precum și rata de reîncarcerare (OMS, 2009). Cu toate acestea, este important ca serviciile medicale din închisori și furnizorii de tratament comunitar să fie corelate în mod corespunzător pentru a evita orice lacune în continuitatea tratamentului.

supradoză și o încredere crescută în consumul de nalaxonă. În primele trei luni, toate cele 12 cazuri de supradoză în care a fost consumată nalaxona au fost soluționate cu succes, înregistrându-se un singur deces în șase cazuri de supradoză în care nu a fost consumată nalaxonă. Autorii concluzionează că o furnizare mai largă poate reduce și mai mult numărul deceselor legate de droguri și recomandă studii suplimentare privind impactul instruirii în privința supradozei și furnizarea de nalaxonă în cazuri de urgență în rândul consumatorilor de opiacee.

O altă abordare controversată o reprezintă asigurarea de unități supravegheate pentru consumul de droguri ⁽¹⁵⁶⁾, al căror scop este de a reduce riscul de decese pentru pacienții lor furnizând îngrijire medicală imediată și corespunzătoare în cazul unei supradoze la centru. Datele operaționale din aceste unități din Europa, Canada și Australia indică faptul că supradozele de droguri care au loc la centru sunt gestionate cu succes, fără supradoze fatale raportate. Milloy și colegii au calculat numărul deceselor ce pot fi evitate prin funcționarea unității pentru consumul de droguri în Vancouver. Ei au estimat că ar putea fi evitate între două și 12 decese pe an (Milloy *et al.*, 2008). Acest lucru confirmă constatările anterioare privind efectul potențial benefic al acestor unități asupra deceselor prin supradoză în zonele vecine în care acoperirea este suficientă.

⁽¹⁵⁶⁾ A se vedea OEDT (2004) pentru o trecere în revistă a acestui aspect.

Capitolul 8

Droguri noi și tendințe emergente

Introducere

Consumul unor substanțe psihoactive noi și tiparele noi ale consumului de droguri pot avea implicații importante de sănătate și politică publică. Acestea sunt dificil de detectat deoarece, în mod tipic, apar pentru prima dată la niveluri scăzute și în localități specifice sau în cadrul unor subgrupuri restrânse ale populației. Puține țări au sisteme de monitorizare sensibile la acest fenomen nou în domeniul consumului de droguri, iar dificultățile metodologice pentru depistarea acestora sunt considerabile. Cu toate acestea, importanța identificării noilor amenințări potențiale este larg recunoscută. Sistemul de avertizare timpurie al Uniunii Europene asigură un mecanism de răspuns rapid în cazul apariției unor noi substanțe psihoactive pe scena drogurilor. Activitățile în sprijinul sistemului de avertizare timpurie reprezintă o parte importantă a activității OEDT și se încadrează într-o perspectivă mai largă de utilizare a unei largi varietăți de surse de date pentru îmbunătățirea promptitudinii și sensibilității sistemului european de monitorizare a drogurilor.

Acțiunile UE privind drogurile noi

Decizia Consiliului privind noile substanțe psihoactive ⁽¹⁵⁷⁾ stabilește un mecanism pentru schimbul rapid de informații asupra noilor substanțe psihoactive care ar putea reprezenta riscuri pentru sănătatea publică și pentru societate (sistem de avertizare timpurie) ⁽¹⁵⁸⁾. De asemenea, aceasta prevede posibilitatea de a genera un proces formal de evaluare a riscurilor, ale cărui constatări pot conduce la o decizie politică de introducere a substanțelor noi sub control pe teritoriul Uniunii Europene.

Peste 90 de substanțe au fost raportate prin sistemul de avertizare timpurie încă de la înființarea acestuia în 1997. Până de curând, fenetilaminele și triptaminele au reprezentat o parte considerabilă a notificărilor. Cu toate acestea, în ultimii ani, a apărut o gamă mai diversificată de substanțe. În rândul acestora sunt incluși numeroși derivați de piperazină și catinonă, precum și amestecul eterogen de alte substanțe, inclusiv produse din plante,

câteva substanțe stimulatoare și halucinogene neobișnuite și unele produse medicamentoase.

În 2008, prin sistemul de avertizare timpurie au fost notificate oficial pentru prima dată în UE 13 substanțe psihoactive noi. Pe lângă noile droguri sintetice care au reprezentat 11 dintre substanțele nou notificate, grupul include două plante și niciun produs medicamentos.

Compoziția chimică a celor două plante raportate – kratom și kava – este relativ bine cunoscută din literatura de specialitate. Acestea au fost folosite în mod tradițional în alte părți ale lumii, însă prezența lor pe scena europeană a drogurilor pare limitată.

Majoritatea compușilor sintetici nou raportați sunt substanțe psihotrope similare celor enumerate în listele I și II din Convenția ONU din 1971 privind substanțele psihotrope. Dintre substanțele noi raportate în 2008, comparativ cu anii anteriori, un număr mai redus aparține grupurilor chimice principale – feniletilamine (una), triptamine (două) și piperazine (nici una). În special, șase dintre substanțele nou notificate sunt derivați de catinonă. Majoritatea substanțelor sintetice noi au proprietăți stimulatoare, în timp ce doar trei produc efecte halucinogene.

În 2008, a fost raportat pentru prima dată un canabinoid sintetic (JWH-018) prin sistemul de avertizare timpurie. Apariția canabinoidelor sintetice marchează ultima fază în dezvoltarea „drogurilor de sinteză”: de la cele pe bază de fentanil în anii '80; la fenetilaminele cu lanț substituit de la sfârșitul anilor '80 și triptamine în anii '90; la piperazine și derivați de catinonă în anii 2000. Există peste o sută de compuși cu activitatea unui receptor pentru canabinoide și se poate presupune că pe scena drogurilor vor continua să apară substanțe noi din diferite grupe chimice. Toate acestea reprezintă o provocare constantă pentru agențiile de sănătate publică și de aplicare a legii, atât pentru identificarea criminalistică și toxicologică a substanțelor noi, cât și pentru evaluarea imediată a riscului și, dacă este cazul, aplicarea unor măsuri de control.

⁽¹⁵⁷⁾ Decizia 2005/387/JAI a Consiliului din 10 mai 2005 privind schimbul de informații, evaluarea riscurilor și controlarea noilor substanțe psihotrope (JO L 127, 20.5.2005, p. 32).

⁽¹⁵⁸⁾ <http://www.emcdda.europa.eu/themes/new-drugs/early-warning>

Plante psihoactive raportate prin sistemul de avertizare timpurie

În ultimii ani, au fost raportate produsele a cinci plante psihoactive. Speciile depistate prin sistemul de avertizare timpurie nu se află sub control internațional, însă pot fi controlate de statele membre ale UE.

Kava (*Piper methysticum*) este un arbust folosit de secole în Insulele Pacificului de Sud în scopuri ceremoniale. Ceaiul preparat din rădăcinile plantei poate fi consumat pentru efectele sale de combatere a anxietății și de relaxare. Există, însă, o preocupare din ce în ce mai mare în legătură cu faptul că în cazul consumului pe termen lung, kava poate afecta ficatul. Nici planta, nici principiile sale active (kavalactone) nu sunt raportate ca fiind controlate în niciun stat membru al UE.

Khat există în frunzele și mugurii de *Catha edulis*, un arbust cultivat în Africa de Est și Peninsula Arabică. Este folosit ca stimulator ușor prin mestecarea materiei vegetale proaspete. Componentele active, catinona și catina, sunt substanțe chimice înrudite cu drogurile sintetice precum amfetamina și metcatinona și sunt controlate la nivel internațional în baza Convenției Organizației Națiunilor Unite din 1971. *Catha edulis* este controlată în 12 state membre ale UE.

Kratom (*Mitragyna speciosa*) este un copac originar din Asia de Sud-Est. Frunzele pot fi mestecate, fumate sau fierse în ceai. În doze scăzute, are efecte stimulatoare. În doze mai mari,

kratomul are efecte similare cu opiaceele și a fost folosit în medicina tradițională pentru a trata durerea și renunțarea la opiacee. Principiile active principale ale kratomului sunt mitraginina, mitrafilina și 7-hidroxitmitraginina; deși mitraginina este probabil responsabilă pentru activitatea analgezică a kratomului și pentru atenuarea simptomelor legate de renunțarea la opiacee. Planta, mitraginina și 7-hidroxitmitraginina sunt controlate în Danemarca, în timp ce Lituania controlează planta și mitraginina.

Salvia divinorum este o iarbă perenă originară din zona de sud a Mexicului, unde, datorită proprietăților sale halucinogene, este folosită în mod tradițional în scopuri ceremoniale. Principiul activ principal, salvinorin-A, este un agonist puternic al receptorului kappa pentru opiacee. Modurile recreative de consum al *Salvia* includ mestecarea frunzelor, fumatul sau administrarea sublinguală a extraselor concentrate care par a produce efecte intense. Ingerarea frunzelor sau semințelor plantei produce efecte pe o durată mai lungă, însă mai puțin intense. *Salvia divinorum* sau principiile sale active sunt controlate în șase state membre și Croația.

Argyrea nervosa („Hawaiian baby woodrose”) este o plantă liană perenă. Semințele sale conțin principiul activ amida acidului d-lisergic (LSA, cunoscut, de asemenea, sub denumirea de d-lisergamidă), o substanță înrudită cu LSD care poate produce efecte halucinogene slabe. LSA este controlată ca drog în Irlanda și Regatul Unit.

Produsele de tip „spice” și canabinoidale sintetice înrudite

Produsele comercializate pe internet și în unele magazine specializate sub denumirea de „spice” sunt disponibile cel puțin din 2006. Deși publicitatea pentru produsele de tip „spice” se poate face cu referire la mirosul plăcut răspândit prin aprindere, atunci când aceste produse sunt fumate, efectele sunt descrise de către unii consumatori ca fiind similare cu cele ale canabisului. În urma unui raport din Suedia, sistemul de avertizare timpurie a monitorizat produsele de tip „spice” încă de la începutul anului 2008.

Informațiile de pe ambalajul de tip „spice” indică faptul că acestea sunt constituite din 14 ingrediente de origine vegetală. Deși cel puțin două dintre ingrediente – *Pedicularis densiflora* și *Leonotis leonurus* – pot avea efect psihoactiv, se cunosc foarte puține lucruri despre farmacologia și toxicologia materialelor din plante care ar fi cuprinse în produsele de tip „spice”. Astfel, nu se poate preciza în mod clar care sunt riscurile potențiale asupra sănătății sau efectele posibile psihoactive ale acestor produse. Ingredientii sintetici nu sunt menționați în fișa produsului.

În 2008, produsele de tip „spice”, precum și diferite alte amestecuri de iarbă de tip „spice” au putut fi cumpărate de la magazinele online și au fost disponibile în magazinele de tip „head” sau „smart” care vând „extaze legale” în cel puțin nouă state membre UE (Republica Cehă, Germania, Letonia, Lituania, Luxemburg, Austria, Polonia, Portugalia, Regatul Unit).

Statele membre au întreprins investigații criminalistice extinse pentru a identifica ingredientele psihoactive ale produselor de tip „spice”. În decembrie 2008, Germania și Austria au depistat cannabinoidul sintetic JWH-018 ⁽¹⁵⁹⁾. Structura chimică a JWH-018 diferă substanțial de tetrahidrocannabinol (THC), principiul activ principal al tuturor produselor din cannabis. La animalele pe care s-au efectuat studii, JWH-018 produce aceleași efecte ca THC, și s-a raportat că este mai puternic. La începutul anului 2009, un al doilea cannabinoid sintetic, CP 47,497 ⁽¹⁶⁰⁾, și trei dintre omologii săi au fost depistați pe eșantioanele de produse de tip „spice” din Europa.

Canabinoidale sintetice au fost identificate doar într-un număr limitat de eșantioane și în cantități diferite. Se pare că aceste substanțe sintetice au fost adăugate pe ascuns, întrucât informațiile de pe ambalajul produselor de tip „spice” indică doar ingredientele pe bază de ierburi.

⁽¹⁵⁹⁾ Naftalen-1-il-(1-pentilindol-3-il)metanon.

⁽¹⁶⁰⁾ 5-(1,1-dimetilheptil)-2-[(1R,3S)-3-hidroxiciclohexil]-fenol.

Nu se cunoaște că substanțele JWH-018 și CP 47,497 și omologii lor ar fi fost consumate pe scară largă ca droguri psihoactive de sine stătătoare. Prin urmare, rămâne de stabilit dacă există o cerere specifică pentru aceste substanțe speciale și dacă este necesară o altă acțiune, după cum prevede Decizia 2005/387/JAI a Consiliului.

Ca răspuns la preocupările potențiale privind sănătatea, cinci state membre au întreprins diverse acțiuni în justiție pentru a interzice sau a controla în alt mod produsele de tip „spice” și compușii conecși. Germania a folosit legislația privind consumul de narcotice în cazuri de urgență pentru a controla cinci canabinoide sintetice care se găsesc în produsele de tip „spice”. Franța a clasificat drept narcotice șase canabinoide sintetice care se găsesc în produsele de tip „spice”. Austria a folosit legea privind

medicamentele pentru a interzice ca amestecurile pentru fumat care conțin șase canabinoide sintetice să fie importate sau comercializate în țară. Luxemburg a hotărât să controleze diferite canabinoide sintetice ca substanțe psihotrope. Polonia a modificat legea privind narcoticele, introducând sub control JWH-018 și două dintre ingredientele pe bază de ierburi care ar fi incluse în produsele de tip „spice”.

Internetul: o piață pentru substanțele psihoactive

Internetul a apărut ca o piață nouă pentru substanțele psihoactive, punând la dispoziția vânzătorilor cu amănuntul posibilitatea de a oferi spre vânzare alternative la drogurile controlate adresate publicului larg. Piața online are implicații pentru răspândirea potențială a noilor substanțe psihoactive, iar monitorizarea ei este un element din ce în ce mai important de identificare a noilor tendințe ale drogurilor. În special, este necesar să ne concentrăm asupra riscurilor asociate substanțelor oferite spre vânzare. Informațiile privind produsele noi sunt necesare atât pentru consumatori, cât și pentru specialiști, inclusiv toxicologii clinici, specialiștii din domeniul toxicologiei și persoanele care lucrează în domeniul drogurilor.

Pentru a identifica evoluțiile prezente de pe piața online a drogurilor, OEDT desfășoară un studiu succint anual. În 2009, un număr total de 115 magazine online au fost chestionate. Pe baza codurilor de domenii ale țărilor și a altor informații disponibile pe siturile Internet, aceste magazine online par a fi situate în 17 țări europene. Majoritatea comercianților cu amănuntul online au fost identificați ca având sediul în Regatul Unit (37 %), Germania (15 %), Țările de Jos (14 %) și România (7 %).

Ciupercile halocinogene care conțin psilocin și psilocibin nu au fost oferite spre vânzare în niciunul dintre magazinele online chestionate în 2009, spre deosebire de 2008. Cu toate acestea, patru comercianți cu amănuntul online din Franța și Țările de Jos au oferit sclerotia – miceliul dur al ciupercilor halucinogene *Psilocybe mexicana* și *Psilocybe tampanensis*.

Produsele noi oferite spre vânzare în 2009 cuprind o gamă de produse pentru fumat pe bază de ierburi și „pilule pentru petreceri” care conțin noi alternative legale pentru benzilpiperazină (BZP). De asemenea, s-a manifestat o concentrare mai intensă asupra produselor pentru prizat și prafurilor pe bază de ierburi.

Produsele de tip „spice” ⁽¹⁶¹⁾ au fost oferite spre vânzare de către 48 % dintre vânzătorii cu amănuntul

Proceduri naționale de evaluare a riscului

În 2008, OEDT a întreprins un studiu în legătură cu diferite proceduri naționale legale implicate în plasarea unor substanțe noi sub controlul legislației privind drogurile, timpul necesar pentru o asemenea procedură și măsura în care ar fi implicată vreo procedură națională de evaluare a riscului. Din cele 26 de țări studiate, reiese că sunt necesare trei metode distincte pentru evaluarea riscului. În șase țări, nu se efectuează evaluarea națională a riscului. În general, aceste țări se bazează pe evaluările riscului întreprinse la nivel internațional sau european. În șapte țări, evaluarea națională a riscului poate fi efectuată în mod ad-hoc, atunci când este necesar. În 13 țări atunci când se analizează dacă este necesar controlul unei substanțe, se va întreprinde o formă de evaluare a riscului, fie în baza legii privind drogurile sau a unei legi echivalente, fie în cadrul procedurii necesare pentru propunerea oricărei legislații noi.

Nivelurile de risc depistate nu vor afecta ritmul procedurii legislative în 12 din 20 de țări care pot efectua evaluări proprii ale riscului. Patru țări (Germania, Luxemburg, Slovacia, Suedia) pot trece la o procedură legislativă accelerată în cazul în care nivelurile riscului sunt considerate ridicate. În Franța, Austria și Norvegia, cazurile de urgență vor conduce la o durată mai scurtă pentru evaluarea riscului. În Țările de Jos, ambele posibilități sunt disponibile.

În 16 țări, evaluările naționale ale riscului sunt întreprinse de către un grup de experți din cadrul administrației publice, fie de către un minister competent, fie de către o agenție de stat sau guvernamentală. Șase țări asigură sau ar putea asigura posibilitatea de consultare cu oameni de știință independenți, în cazul în care se consideră că este necesar. În trei țări (Țările de Jos, Austria, Regatul Unit), evaluarea riscului este întreprinsă de către organisme științifice independente.

A se vedea Rapoartele juridice ale ELDD pentru mai multe informații (<http://eldd.emcdda.europa.eu>).

⁽¹⁶¹⁾ A se vedea „Produse de tip «spice» și canabinoidele sintetice înrudite”, p. 98.

chestionați. Deși magazinele online care vând produse de tip „spice” aveau sediul în 14 țări europene diferite, peste două cincimi dintre aceste magazine erau situate în Regatul Unit (42 %), un număr semnificativ de magazine fiind situate, de asemenea, în Irlanda, Letonia și România.

Preocupările pentru produsele de tip „spice” au determinat un număr de țări să inițieze acțiuni în justiție pentru a interzice sau chiar a controla aceste substanțe. Până în martie 2009, produsele de tip „spice” au fost retrase din magazinele online din Germania, Austria și Franța.

În 2009, au început să apară pe piața online amestecurile pentru fumat, o alternativă la produsele de tip „spice”. Vănzătorii au amănuntul chestionați au oferit spre vânzare cel puțin 27 de amestecuri pentru fumat pe bază de ierburi ca alternative la produsele de tip „spice”. Aceste produse sunt promovate ca având un conținut pe bază de plante, deși unele conțin, de asemenea, ciuperca halucinogenă *Amanita muscaria*. Alternativele de tip „spice” oferite spre vânzare în Austria și Germania includ mai multe amestecuri pentru fumat pe bază de ierburi vândute sub formă de „odorizante de cameră” sau produse aromatizante prin aprindere. Apariția rapidă a produselor substituit pentru produsele de tip „spice” subliniază capacitatea acestei piețe de a răspunde repede la modificările statutului juridic al substanțelor psihoactive, aducând deseori substanțe noi pe piață.

Deși BZP a fost supusă unor măsuri de control în statele membre ale UE, această substanță nu mai poate fi folosită în „pastilele pentru petreceri” vândute ca alternative legale la ecstasy. La începutul anului 2009, mulți vânzători cu amănuntul online au oferit „pastile pentru petreceri” fără BZP. De exemplu, magazinele online din Irlanda, Polonia și Regatul Unit au oferit „pastile retro”, despre care se susține ar conține 1-(4-fluorofenil) piperazină (pFPP), o substanță descrisă ca având efecte halucinogene ușoare și efecte euforice puternice.

Produsele pentru prizat sunt comercializate ca alternativă la drogurile controlate precum cocaina sau amfetaminele. Se consideră că produsele conțin cafeină și o gamă de alte ingrediente pe bază de plante precum *Acorus calamus*, *Hydrastis canadensis* și *Tilia europea*.

Monitorizarea substanțelor

Piperazine

În 2007, raportul OEDT – Europol privind monitorizarea activă a mCPP (1-(3-clorfenil)piperazină) a concluzionat

că substanța nu prezintă un interes deosebit pentru consumatori și este improbabil să se consolideze ca drog recreațional de sine stătător. Cu toate acestea, în 2008, mCPP a continuat să fie drogul sintetic nou cel mai răspândit pe piața drogurilor ilegale, întâlnit singur sau în combinație cu MDMA. Acest lucru este dovedit atât de numărul capturilor, cât și de cantitatea de material capturat raportat către OEDT și Europol. Este în continuare neclar dacă substanța este folosită pentru a intensifica sau reduce unele efecte ale MDMA sau doar ca „agent de adulterare”. Cu toate acestea, întrucât mCPP nu este o substanță controlată în majoritatea statelor membre, este probabil ca, în general, capturile să fie incomplet raportate.

La 3 martie 2008, Consiliul a hotărât ca statele membre să adopte măsurile necesare în conformitate cu legislația națională, pentru a supune BZP unor măsuri de control proporționale cu riscurile prezentate de substanță, precum și unor sancțiuni penale, în conformitate cu legislația statelor membre și respectând obligațiilor acestora care decurg din Convenția Organizației Națiunilor Unite privind substanțele psihotrope din 1971 ⁽¹⁶²⁾. Statele membre vor depune toate eforturile pentru a adopta această acțiune în cel mai scurt termen, însă nu mai târziu de un an de la data deciziei. La data întocmirii acestui raport, 17 state membre ⁽¹⁶³⁾ au raportat faptul că au supus BZP controlului.

GHB/GBL și ketamina

În Europa, acidul gama-hidroxibutiric (GHB) și ketamina sunt sub supraveghere din 2000, când a fost evaluat riscul pentru ambele substanțe în condițiile acțiunii comune din 1997 privind noile droguri sintetice (OEDT, 2002).

Puține țări raportează date privind prevalența în legătură cu GHB și ketamina, iar estimările prevalenței raportate rămân la niveluri mult mai scăzute decât pentru alte droguri ilegale. O schimbare a situației este dificil de evaluat din cauza faptului că datele privind prevalența sunt obținute din eșantioane neprobabilistice cu comparabilitate limitată în timp și de la un eșantion la altul. Studiul olandez Trendwatch a raportat o creștere ușoară a consumului de GHB în rețele și regiuni specifice din Țările de Jos în 2007, însă atât GHB, cât și ketamina sunt consumate mai puțin frecvent decât alte droguri pentru petreceri și în cea mai mare parte la populații ascunse, acasă și la petreceri. Spre deosebire de creșterile

⁽¹⁶²⁾ Decizia 2008/206/JAI a Consiliului din 3 martie 2008 privind definirea 1-benzilpiperazinei (BZP) drept substanță psihoactivă nouă care trebuie supusă unor măsuri de control și dispozițiilor penale.

⁽¹⁶³⁾ Belgia, Danemarca, Germania, Estonia, Irlanda, Grecia, Franța, Italia, Cipru, Lituania, Luxemburg, Malta, Ungaria, Portugalia, Slovacia, Suedia și Finlanda; precum și Croația, Turcia și Norvegia.

raportate în anii anteriori, ultimele statistici privind urgențele medicale în legătură cu GHB în Amsterdam indică o scădere semnificativă, de la 444 de cazuri în 2006 la 110 în 2007. Un studiu derulat la un spital din Londra a raportat 58 de urgențe în legătură cu consumul de ketamină în 2006 și același număr în 2007. La majoritatea pacienților care s-au prezentat pentru consum de ketamină, drogul a fost ingerat împreună cu alte droguri, doar la 11 % dintre pacienți fiind implicată ketamina singură și niciunul dintre aceștia

nu a necesitat primire la secția de terapie pentru bolnavi în stare critică (Wood *et al.*, 2008).

Anchetele ESPAD în rândul elevilor derulate în 2007 furnizează cele mai recente date privind consumul de GHB la elevii de 15-16 ani din Europa. În rândul elevilor chestionați din 26 de țări ale UE, la care se adaugă Norvegia și Croația, prevalența pe parcursul vieții a consumului de GHB variază între zero și 3 %, deși majoritatea țărilor raportează un nivel de 1 % sau mai puțin.

Bibliografie

- ACMD (2008), *Cannabis: classification and public health*, Advisory Council on the Misuse of Drugs, Home Office, London (<http://drugs.homeoffice.gov.uk/publication-search/acmd/acmd-cannabis-report-2008?view=binary>).
- Arponen, A., Brummer-Korvenkontio, H., Liitsola, K. și Salminen, M. (2008), *Trust and free will as the keys to success for the low threshold health service centers (LTHSC)*, Institutul Național de Sănătate Publică, Helsinki (http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2008/2008b24.pdf).
- Baker, A., Lee, N.K. și Jenner, L. (editori) (2004), *Models of intervention and care for psychostimulant users* (ediția a doua), National Drug Strategy Monograph Series No. 51, Guvernul Austriei, Departamentul Sănătății și Îngrijirii Vârstnicilor, Canberra.
- Baldacchino, A., Groussard-Escaffre, N., Clancy, C. et al. (2009), „Epidemiological issues in comorbidity: lessons learnt from a pan-European ISADORA project”, *Mental Health and Substance Use: Dual Diagnosis* 2, pp. 88-100.
- Bargagli, A.M., Hickman, M., Davoli, M., et al. (2005), „Drug-related mortality and its impact on adult mortality in eight European countries”, *European Journal of Public Health* 16, pp. 198-202.
- Cherny, N.I., Catane, R. și Kosmidis, P.A. (2006), „Problems of opioid availability and accessibility across Europe: ESMO tackles the regulatory causes of intolerable and needless suffering”, *Annals of Oncology* 17, pp. 885-7.
- CND (2008), *World drug situation with regard to drug trafficking: report of the Secretariat*, Comisia pentru stupefiante a Organizației Națiunilor Unite: Consiliul Economic și Social, Viena.
- Coffin, P.O., Tracy, M., Bucciarelli, A. et al. (2007), „Identifying injection drug users at risk of nonfatal overdose”, *Academic Emergency Medicine* 14, pp. 616-23.
- Comisia Europeană (2007), „Report from the Commission to the European Parliament and the Council on the implementation of the Council Recommendation of 18 June 2003 on the prevention and reduction of health-related harm associated with drug dependence”, COM (2007) 199 final (eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/com/2007/com2007_0199en01.pdf).
- Comisia Europeană (2008a), *Civil Society Forum on Drugs in the European Union, Bruxelles 20-21 mai 2008, Final report* (http://ec.europa.eu/justice_home/fsj/drugs/forum/docs/final_report_2008_en.pdf).
- Comisia Europeană (2008b), „Young people and drugs among 15-24 year-olds”, *Flash Eurobarometer* 233 (http://ec.europa.eu/health/ph_publication/eurobarometers_en.htm).
- Comitetul European pentru prevenirea torturii și tratamentelor sau pedepselor inumane sau degradante (CPT) (2006), *The CPT standards – „substantive” sections of the CPTs General Reports*, CPT/Inf/E (2002)1-Rev.2006 (<http://www.cpt.coe.int/EN/documents/eng-standards-prn.pdf>).
- Connolly, J., Foran, S., Donovan, A.M. et al. (2008), *Crack cocaine in the Dublin region: an evidence base for a Dublin crack cocaine strategy*, HRB Research Series 6, Consiliul de Cercetare în Domeniul Sănătății, Dublin (http://www.hrb.ie/uploads/tx_hrbpublications/HRB_Research_Series_6.pdf).
- Cunningham, J.A. (2000), „Remissions from drug dependence: is treatment a prerequisite?”, *Drug and Alcohol Dependence* 59, pp. 211-3.
- Darke, S. și Ross, J. (2002), „Suicide among heroin users: rates, risk factors and methods”, *Addiction* 97, pp. 1383-94.
- Davoli, M., Bargagli, A.M., Perucci, C.A. et al. (2007), „Risk of fatal overdose during and after specialised drug treatment: the VEdeTTE study, a national multi-site prospective cohort study”, *Addiction* 102, pp. 1954-9.
- Decorte, T. (2000), *The taming of cocaine*, VUB University Press, Bruxelles.
- Departamentul de Sănătate (2007), *Reduction of drug-related harm: an action plan*, Departamentul de Sănătate, Londra (http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_074850).
- Desroches, F. (2007), „Research on upper level drug trafficking: a review”, *Journal of Drug Issues* 37, pp. 827-44.
- Direcția Generală Sănătate și Consumatori (2008a), *Final report on prevention, treatment, and harm reduction services in prison, on reintegration services on release from prison and methods to monitor/analyse drug use among prisoners*, Direcția Generală Sănătate și Consumatori, Bruxelles (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug/documents/drug_frep1.pdf).

- Direcția Generală Sănătate și Consumatori (2008b), *Quality of treatment services in Europe – drug treatment situation and exchange of good practice*, Direcția Generală Sănătate și Consumatori, Bruxelles (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug/documents/drug_treatment_frep_en.pdf).
- Dolan, K.A., Shearer, J., White, B. et al. (2005), „Four-year follow-up of imprisoned male heroin users and methadone treatment: mortality, re-incarceration and hepatitis C infection”, *Addiction* 100, pp. 820-8.
- ECDC și Biroul regional pentru Europa al Organizației Mondiale a Sănătății (2008), *HIV/AIDS surveillance in Europe 2007*, Centrul European de Prevenire și Control al Bolilor, Stockholm.
- Elkashef, A., Vocci, F., Hanson, G. et al. (2008), „Pharmacotherapy of methamphetamine addiction: an update”, *Substance Abuse* 29, pp. 31-49.
- Ellingstad, T.P., Sobell, L.C., Sobell, M.B. et al. (2006), „Self-change: a pathway to cannabis abuse resolution”, *Addictive Behaviours* 31, pp. 519-30.
- Europol (2007), *Project COLA: European Union cocaine situation report 2007*, Europol, Haga.
- Europol (2008), *European Union drug situation report 2007*, Europol, Haga.
- Farrell, M. și Marsden, J. (2008), „Acute risk of drug-related death among newly released prisoners in England and Wales”, *Addiction* 103, pp. 251-5.
- GLADA (2004), *An evidence base for the London crack cocaine strategy*, Greater London Authority, Londra.
- Grebely, J., Genoway, K., Khara, M. et al. (2007), „Treatment uptake and outcomes among current and former injection drug users receiving directly observed therapy within a multidisciplinary group model for the treatment of hepatitis C virus infection”, *International Journal of Drug Policy* 18, 437-43.
- Guvernul Scoției (2008), *Reducing drug users' risk of overdose*, Scottish Government Social Research (<http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/243164/0067668.pdf>).
- Hall, W. și Solowij, N. (1998), „Adverse effects of cannabis”, *Lancet* 1352, pp. 1611-16.
- Hedrich, D., Majo Roca, X., Marvanykövi, F. și Razc, J. (editors) (2008a), *Data-collection protocol for specialist harm reduction agencies*, Foundation Regenboog-AMOC, Correlation Network, Amsterdam (<http://www.correlation-net.org/products/datacollection.pdf>).
- Hedrich, D., Pirona, A. și Wiessing, L. (2008b), „From margin to mainstream: the evolution of harm reduction responses to problem drug use in Europe”, *Drugs: Education, Prevention and Policy* 15, pp. 503-17 (doi:10.1080/09687630802227673).
- Henquet, C., Krabbendam, L., Spauwen, J. et al. (2005), „Prospective cohort study of cannabis use, predisposition for psychosis, and symptoms in young people”, *BMJ* 330, p. 11.
- Henskens, R., Garretsen, H., Bongers, I. et al. (2008), „Effectiveness of an outreach treatment program for inner city crack abusers: compliance, outcome, and client satisfaction”, *Substance Use Misuse* 43, pp. 1464-75.
- Hibell, B. et al. (2009), *The ESPAD Report 2007: alcohol and other drug use among students in 35 European countries*, Consiliul suedez pentru informații privind alcoolul și alte droguri (CAN) și Grupul Pompidou al Consiliului Europei.
- Hoare, R. și Flatley, J. (2008), *Drug misuse declared: findings from the 2007/08 British Crime Survey*, Home Office Statistical Bulletin, Home Office, Londra.
- Hornik, R., Jacobsohn, L., Orwin, R. et al. (2008), „Effects of the National Youth Anti-Drug Media Campaign on youths”, *American Journal of Public Health* 98, pp. 2229-36.
- INCB (2009a), *Report of the International Narcotics Control Board for 2008*, Biroul Organizației Națiunilor Unite pentru controlul narcoticelor, New York.
- INCB (2009b), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances 2008*, Biroul Organizației Națiunilor Unite pentru controlul narcoticelor.
- Jager, J., Limburg, W., Kretzschmar, M. et al. (editori) (2004), *Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options*, Observatorul European pentru Droguri și Toxicomanie, Lisabona.
- Knapp, W.P., Soares, B.G., Farrell, M. și Lima, M.S. (2007), „Psychosocial interventions for cocaine and psychostimulant amphetamines related disorders”, *Cochrane Database of Systematic Reviews* (3), CD003023.
- Korf, D. (editor) (2008), *Cannabis in Europe: dynamics in perception, policy and markets*, Grupul Pompidou, Pabst Science Publishers, Lengerich, Germania.
- Loftis, J.M., Matthews, A.M. și Hauser, P. (2006), „Psychiatric and substance use disorders in individuals with hepatitis C: epidemiology and management”, *Drugs* 66, pp. 155-74.
- McCambridge, J., Slym, R.L. și Strang, J. (2008), „Randomized controlled trial of motivational interviewing compared with drug information and advice for early intervention among young cannabis users”, *Addiction* 103, pp. 1819-20.
- McIntosh, J., Bloor, M. și Robertson, M. (2008), „Drug treatment and the achievement of paid employment”, *Addiction Research and Theory* 16, 37-45.
- Mennes, C.E., Ben Abdallah, A. și Cottler, L.B. (2009), „The reliability of self-reported cannabis abuse, dependence and withdrawal symptoms: Multisite study of differences between general population and treatment groups”, *Addictive Behaviors* 34, 223-6.

- Milloy, M., Kerr, T., Tyndall, M. et al. (2008), „Estimated drug overdose deaths averted by North America's first medically-supervised safer injection facility”, *PLoS ONE* 3(10): e3351 (doi:10.1371/journal.pone.0003351).
- Miovský, M., Miovská, L., Řehan, V. și Trapková, B. (2007), „Substance use in fifth- and seventh-grade basic school pupils: review of results of quasi-experimental evaluation study”, *Československá Psychologie* 103 (suplimentul 51), pp. 109-18 (http://cspsych.psu.cas.cz/files/cspsych_supplement2007.pdf).
- Moussalli, J., Melin, P., Wartelle-Bladou, C. și Lang, J.P. (2007), „Prise en charge de l'hépatite C chez les patients utilisateurs de drogues” [Managementul hepatitei C în rândul pacienților tratați pentru consum de droguri], *Gastroenterologie clinique et biologique* 31, pp. S51-5.
- NICE (2009), *Needle and syringe programmes: providing people who inject drugs with injecting equipment*, Public health guidance 18, National Institute for Health and Clinical Excellence, Londra.
- Nordstrom, B.R. și Levin, F.R. (2007), „Treatment of cannabis use disorders: a review of the literature”, *American Journal of Addiction* 16, pp. 331-42.
- NTA (2007), *Drug misuse and dependence: UK guidelines on clinical management* (<http://www.nta.nhs.uk/publications/>).
- Obradovic, I. (2008), *Activité des « consultations jeunes consommateurs » (2005-2007)*, Tendances 63, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, Paris.
- OEDT (2002), *Report on the risk assessment of GHB in the framework of the joint action on new synthetic drugs*, Observatorul European pentru Droguri și Toxicomanie, Lisabona.
- OEDT (2004), *European report on drug consumption rooms*, Observatorul European pentru Droguri și Toxicomanie, Lisabona.
- OEDT (2005), *Co-morbidity: drug use and mental disorders*, Drugs in focus nr. 14, Observatorul European pentru Droguri și Toxicomanie, Lisabona.
- OEDT (2006a), *A gender perspective on drug use and responding to drug problem*, extras, Observatorul European pentru Droguri și Toxicomanie, Lisabona.
- OEDT (2006b), *Developments in drug use within recreational settings*, extras, Observatorul European pentru Droguri și Toxicomanie, Lisabona.
- OEDT (2007a), *Cocaine and crack cocaine: a growing public health issue*, extras, Observatorul European pentru Droguri și Toxicomanie, Lisabona.
- OEDT (2007b), *Drugs and crime: a complex relationship*, Drugs in focus nr. 16, Observatorul European pentru Droguri și Toxicomanie, Lisabona.
- OEDT (2007c), *Drugs and driving*, extras, Observatorul European pentru Droguri și Toxicomanie, Lisabona.
- OEDT (2008a), *A cannabis reader: global issues and local experiences*, Monograph nr. 8, Observatorul European pentru Droguri și Toxicomanie, Lisabona.
- OEDT (2008b), *Raportul anual 2008: situația drogurilor în Europa*, Observatorul European pentru Droguri și Toxicomanie, Lisabona.
- OEDT (2008c), *Drugs and vulnerable groups of young people*, extras, Observatorul European pentru Droguri și Toxicomanie, Lisabona.
- OEDT (2008d), *Monitoring the supply of cocaine to Europe*, fișă de date tehnică, Observatorul European pentru Droguri și Toxicomanie, Lisabona (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/technical-datasheets/cocaine-trafficking>).
- OEDT (2008e), *Towards a better understanding of drug-related public expenditure in Europe*, extras, Observatorul European pentru Droguri și Toxicomanie, Lisabona.
- OEDT (2009a), *Internet-based drug treatment interventions: best practice and applications in EU Member States*, Insights nr. 10, Observatorul European pentru Droguri și Toxicomanie, Lisabona.
- OEDT (2009b), *Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents: a review of the theory and evidence base of indicated prevention*, Thematic papers, Observatorul European pentru Droguri și Toxicomanie, Lisabona (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/thematic-papers/indicated-prevention>).
- OMS (2007), *Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health*, Biroul Regional pentru Europa al OMS, Copenhaga (<http://www.euro.who.int/document/e90174.pdf>).
- OMS (2009), *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*, Organizația Mondială a Sănătății, Geneva (http://www.who.int/substance_abuse/publications/opioid_dependence-guidelines.pdf).
- OMV (2008), *Customs and drugs report 2007*, Organizația Mondială a Vămirilor, Bruxelles.
- ONU DC (2009), *World drug report*, Biroul Organizației Națiunilor Unite de luptă împotriva drogurilor și a criminalității, Viena.
- ONU DC și Guvernul Marocului (2007), *Morocco cannabis survey 2005*, Biroul Organizației Națiunilor Unite de luptă împotriva drogurilor și a criminalității, Viena.
- Perkonig, A., Goodwin, R.D., Fiedler, A. et al. (2008), „The natural course of cannabis use, abuse and dependence during the first decades of life”, *Addiction* 103, pp. 439-49.
- Piontek, D., Kraus, L. și Klempova, D. (2008), „Short scales to assess cannabis-related problems: a review of psychometric properties”, *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* 3, p. 25.
- Prinzleve, M., Haasen, C., Zurhold, H. et al. (2004), „Cocaine use in Europe: a multi-centre study: patterns of use in different groups”, *European Addiction Research* 10, pp. 147-55.

- Qureshi, A.I., Suri, M.F.K., Guterman, L.R. și Hopkins, L.N. (2001), „Cocaine use and the likelihood of non-fatal myocardial infarction and stroke. Data from the third national health and nutrition examination survey”, *Circulation* 103, pp. 502-6.
- Roesner, S. și Küfner, H. (2007), „Monitoring des Arzneimittelgebrauchs 2006 bei Klienten von Suchtberatungsstellen (PHAR-MON)”, *Sucht* 54 (suplimentul 1), pp. S65-S77.
- Rosenberg, H., Melville, J. și McLean, P.C. (2002), „Acceptability and availability of pharmacological interventions for substance misuse by British NHS treatment services”, *Addiction* 97, pp. 59-65.
- Samhsa (2007), *National survey on drug use and health*, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>).
- Scalia Tomba, G.P., Rossi, C., Taylor, C. et al. (2008), *Guidelines for estimating the incidence of problem drug use*, Observatorul European pentru Droguri și Toxicomanie, Lisabona.
- Schroder, R., Sellman, D., Frampton, C. și Deering, D. (2008), „Profile of young people attending alcohol and other drug treatment services in Aotearoa, New Zealand: clinical file search”, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 42, pp. 963-68.
- Schulte, B., Thane, K., Rehm, J. et al. (2008), „Review of the efficacy of drug treatment interventions in Europe”, in *Quality of treatment services in Europe – drug treatment: situation and exchange of good practice* (ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug/documents/drug_treatment_frep_en.pdf).
- Strang, J. și Sheridan, J. (1997), „Prescribing amphetamine to drug misusers: data from the 1995 national survey of community pharmacies in England and Wales”, *Addiction* 92, pp. 833-8.
- Strang, J., Manning, V., Mayet, S. et al. (2008), „Overdose training and take-home naloxone for opiate users: prospective cohort study of impact on knowledge and attitudes and subsequent management of overdoses”, *Addiction* 103, pp. 1648-57.
- Sutton, A.J., Edmunds, W.J., Sweeting, M.J. și Gill, O.N. (2008), „The cost-effectiveness of screening and treatment for hepatitis C in prisons in England and Wales: a cost-utility analysis”, *Journal of Viral Hepatitis* 15, pp. 797-808.
- Swift, W., Hall, W. și Copeland, J. (2000), „One year follow-up of cannabis dependence among long-term users in Sydney, Australia”, *Drug and Alcohol Dependence* 59, pp. 309-18.
- Talu, A., Rajaleid, K., Abel-Ollo, K. et al. (2009), „HIV infection and risk behaviour of primary fentanyl and amphetamine injectors in Tallinn, Estonia: implications for intervention”, *International Journal of Drug Policy* (doi:10.1016/j.drugpo.2009.02.007).
- Tiihonen, J., Kuoppasalmi, K., Fohr, J. et al. (2007), „A comparison of aripiprazole, methylphenidate, and placebo for amphetamine dependence”, *American Journal of Psychiatry* 164, pp. 160-2.
- Toufik, A., Cadet-Taïrou, A., Janssen, E. și Gandilhon, M. (2008), *The first national survey on users of the CAARUD centres*, Tendances No. 61, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, Paris.
- Vandam, L. (2009), „Patterns of drug use before, during and after detention: a review of epidemiological literature”, in Cools, M. et al. (editors), *Contemporary issues in the empirical study of crime*. Maklu, Antwerp.
- Vickerman, P., Hickman, M., May, M. et al. (submitted), „Can HCV prevalence be used as a measure of injection-related HIV-risk in populations of injecting drug users? An ecological analysis”, *Addiction*.
- Wagner, F.A. și Anthony, J.C. (2002), „From first drug use to drug dependence; developmental periods of risk for dependence upon marijuana, cocaine, and alcohol”, *Neuropsychopharmacology* 26, pp. 479-88.
- Wammes, A., Van Leeuwen, L. și Lokman, S. (2007), *Evaluatie rapport DVP-Campagne 2006 „Je bent niet gek als je niet blowt”*, Trimbo Institute, Utrecht.
- Wiessing, L., Guarita, B., Giraudon, I. et al. (2008a), „European monitoring of notifications of hepatitis C virus infection in the general population and among injecting drug users (IDUs) – the need to improve quality and comparability”, *Eurosurveillance* 13(21):pii=18884 (<http://www.eurosurveillance.org/viewarticle.aspx?ArticleId=18884>).
- Wiessing, L., Van de Laar, M.J., Donoghoe, M.C. et al. (2008b), „HIV among injecting drug users in Europe: Increasing trends in the East”, *Eurosurveillance* 13(50) (<http://www.eurosurveillance.org/viewarticle.aspx?ArticleId=19067>).
- Wood, D.M., Bishop, C.R., Greene, S.L. și Dargan, P.I. (2008), „Ketamine-related toxicology presentations to the ED”, *Clinical Toxicology* 46, p. 630.
- Zachrisson, H.D., Rödje, K. și Mykletun, A. (2006), „Utilization of health services in relation to mental health problems in adolescents: a population based survey”, *BMC Public Health* 6:34 (www.biomedcentral.com).

Observatorul European pentru Droguri și Toxicomanie

Raportul anual 2009: situația drogurilor în Europa

Luxemburg: Oficiul pentru Publicații al Uniunii Europene

2009 – 105 p. – 21 x 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-399-4

Cum vă puteți procura publicațiile Uniunii Europene?

Publicații de vânzare:

- prin EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>);
- de la librăria pe care o frecvențați, menționând titlul, editura și/sau numărul ISBN;
- contactând direct unul dintre agenții noștri de vânzări. Puteți obține datele de contact ale acestora vizitând <http://bookshop.europa.eu> sau trimițând un fax la +352 2929-42758.

Publicații gratuite:

- prin EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>);
- la reprezentanțele sau delegațiile Comisiei Europene. Puteți obține datele de contact ale acestora vizitând <http://ec.europa.eu> sau trimițând un fax la +352 2929-42758.

Despre OEDT

Observatorul European pentru Droguri și Toxicomanie (OEDT) este una dintre agențiile descentralizate ale Uniunii Europene. Înființat în 1993 și cu sediul la Lisabona, Observatorul este sursa principală pentru o informare cuprinzătoare cu privire la situația drogurilor și a dependenței de droguri în Europa.

OEDT culege, analizează și difuzează informații faptice, obiective, verificate și comparative privind drogurile și dependența de droguri. Prin aceasta, OEDT oferă publicului său o imagine documentată privind fenomenul drogurilor la nivel european.

Publicațiile OEDT constituie o sursă de informații de prim-ordin pentru un public larg care cuprinde factorii de decizie politică și consilierii acestora, specialiști și cercetători activând în domeniul drogurilor și, în sens mai larg, mass-media și publicul larg.

Raportul anual prezintă sinteza anuală a OEDT privind fenomenul drogurilor în UE și constituie o referință de bază pentru cei interesați să afle ultimele informații despre situația drogurilor în Europa.



Oficiul pentru Publicații

