



Observatorul European pentru
Droguri și Toxicomanie

ISSN 1725-3918

RAPORTUL ANUAL 2008 SITUAȚIA DROGURILOR ÎN EUROPA



Observatorul European pentru
Droguri și Toxicomanie

RAPORT ANUAL 2022 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 prin 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.

Datele de catalogare se găsesc la sfârșitul publicației.

Luxemburg: Oficiul pentru Publicații Oficiale ale Comunităților Europene, 2008

ISBN 978-92-9168-337-6

© Observatorul European pentru Droguri și Toxicomanie, 2008

Reproducerea este autorizată cu condiția menționării sursei.

Printed in Luxembourg

TIPĂRIT PE HÂRTIE ÎNĂLBITĂ, FĂRĂ CLOR.



Observatorul European pentru
Droguri și Toxicomanie

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

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

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

Cuprins

Cuvânt-înainte	5
Mulțumiri	7
Notă introductivă	9
Comentariu: Situația drogurilor în Europa – perspective noi și realități vechi	11
Capitolul 1: Politici și legislație	
Realizări internaționale și europene în domeniul politicilor • Strategii naționale • Cheltuieli publice • Legislație națională • Criminalitate • Cercetare națională	18
Capitolul 2: Răspuns la problema drogurilor în Europa – o privire de ansamblu	
Prevenire • Tratament • Reducerea riscurilor • Reintegrarea socială • Răspunsuri medicale și sociale în penitenciare	28
Capitolul 3: Canabisul	
Ofertă și disponibilitate • Prevalența și tiparele de consum • Tratament	37
Capitolul 4: Amfetaminele, ecstasy și LSD	
Ofertă și disponibilitate • Prevalența și tiparele de consum • Locuri de recreere • Furnizarea tratamentului	49
Capitolul 5: Cocaina și cocaina crack	
Ofertă și disponibilitate • Prevalența și tiparele de consum • Tratamentul și reducerea riscurilor	61
Capitolul 6: Consumul de opiacee și injectarea de droguri	
Oferta de heroină și disponibilitatea acesteia • Estimările prevalenței consumului problematic de opiacee • Consumul de droguri prin injectare • Tratamentul consumului problematic de opiacee	72
Capitolul 7: Boli infecțioase și decese legate de consumul de droguri	
Boli infecțioase • Prevenirea bolilor infecțioase • Decese și mortalitate • Reducerea deceselor	82
Capitolul 8: Droguri noi și tendințe emergente	
Acțiunile UE privind noile substanțe psihoactive • Magazinele online • GHB și GBL	95
Bibliografie	100



Cuvânt-înainte

Ne face plăcere să prezentăm al treisprezecelea raport anual al Observatorului European pentru Droguri și Toxicomanie. Realizarea prezentului raport a fost posibilă doar prin dedicarea și eforturile susținute depuse de partenerii noștri din rețeaua Reitox de puncte focale naționale și de experții din întreaga Europă care au contribuit la analiză. De asemenea, suntem recunoscători agențiilor UE și organizațiilor internaționale din domeniul drogurilor. Raportul nostru este un efort colectiv și mulțumim tuturor celor care și-au adus contribuția. Aceste eforturi sunt motivate de faptul că o analiză rațională a ceea ce știm despre situația drogurilor este o condiție prealabilă pentru o dezbateră documentată, productivă și argumentată. Aceasta asigură fundamentarea opiniilor prin fapte, iar cei care trebuie să facă alegeri dificile în privința politicilor pot avea o înțelegere clară a costurilor și beneficiilor opțiunilor disponibile.

Anul acesta a reprezentat o perioadă foarte activă pentru politica în domeniul drogurilor, iar OEDT a fost onorat să sprijine atât evaluarea finală a actualului plan de acțiune al UE în domeniul drogurilor, cât și analiza sesiunii speciale din 1998 a Adunării Generale a Organizației Națiunilor Unite privind problema drogurilor. Ne bucurăm să observăm că, în comparație cu standardele internaționale, Europa se evidențiază ca o parte a lumii unde capacitățile de monitorizare sunt cele mai dezvoltate. Cu toate acestea, suntem conștienți de limitările resurselor de informații care ne sunt disponibile în prezent și colaborăm constant cu partenerii noștri pentru a îmbunătăți calitatea și relevanța datelor disponibile.

O temă constantă a dezbaterii privind politica în domeniul drogurilor este legată de costuri, atât costurile ascunse, cât și costurile mai vizibile ale problemei drogurilor în Europa. Această problemă este abordată în diverse părți ale prezentului raport. OEDT a depus eforturi pentru a înțelege mai bine cheltuielile publice asociate abordării problemei consumului de droguri în statele membre ale UE. Această activitate este la început, iar estimările obținute sunt mai degrabă orientative, decât precise. Cu toate acestea, ele indică cheltuirea unor sume considerabile, cifrele preliminare variind între 28 miliarde EUR și 40 miliarde EUR. Mai greu de exprimat în termeni economici sunt consecințele negative ale consumului de droguri. Ce costuri luăm în considerare pentru pierderile tragice de vieți cauzate de consumul de droguri în Europa, pentru impactul negativ asupra comunităților în care sunt produse sau vândute droguri sau pentru felul în care traficul de droguri

subminează dezvoltarea socială și stabilitatea politică a țărilor producătoare și de tranzit? Este suficient să luăm în considerare evoluțiile îngrijorătoare care se datorează tranzitului cocainei prin Africa de Vest pentru a ne aminti de daunele colaterale ce pot fi generate de această problemă.

Ca element pozitiv, consumul de droguri în Europa pare a se stabiliza și se observă progrese în modul în care statele membre ale UE abordează această chestiune. Pentru cele mai multe forme de consum de droguri, evaluarea noastră de ansamblu este că nu sunt creșteri, iar în anumite zone tendințele par să fie de scădere. În privința reacțiilor, am observat că practic toate statele membre au adoptat o abordare strategică, fiind vizibilă o coeziune sporită la nivel european. Disponibilitatea tratamentului pare să crească, iar în unele țări aceasta a ajuns la punctul în care majoritatea consumatorilor de heroină, altădată considerați o populație ascunsă, sunt în prezent în contact cu servicii de un fel sau altul. Nu cu mulți ani în urmă, infecția cu HIV în rândul consumatorilor de droguri prin injectare reprezenta o preocupare esențială a dezbaterii despre politica în domeniul drogurilor. De atunci, în Europa s-a standardizat o îmbinare pragmatică de prevenire, tratament și măsuri de reducere a riscurilor, iar ratele infecțiilor noi atribuite consumului de droguri au scăzut și continuă să scadă.

Veștile bune se vând prost și pot fi trecute cu vederea. Cu toate acestea, este important să fie recunoscute progresele realizate. În Europa, înțelegem din ce în ce mai bine ce măsuri pot fi eficiente în abordarea problemei drogurilor. Acceptarea faptului că activitățile noastre pot schimba și chiar schimbă lucrurile reprezintă o cerință prealabilă pentru asigurarea investițiilor și a susținerii politicilor. Aceasta nu înseamnă că raportul nostru nu subliniază numeroase domenii de preocupare pentru Uniunea Europeană. Printre exemple se numără creșterea continuă a consumului de cocaină și diferențele considerabile care încă există între țări în ceea ce privește disponibilitatea și calitatea serviciilor pentru cei cu probleme. Prin urmare, trebuie să concluzionăm că, deși au fost realizate progrese, încă nu am ajuns la capătul drumului. Cu toate acestea, în Europa de azi, mai mult decât oricând în trecut, există un acord mai puternic asupra direcției care trebuie urmată.

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, Consiliului suedez pentru informații privind alcoolul și alte droguri (CAN) și Centrului european pentru monitorizarea epidemiologică a SIDA (EuroHIV);
- Centrului de Traduceri pentru Organismele Uniunii Europene și Oficiului pentru Publicații Oficiale ale Comunităților Europene.

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 și de Norvegia (care participă la lucrările OEDT din 2001) sub formă de rapoarte naționale. Datele statistice prezentate se referă la anul 2006 (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, toate analizele se bazează pe valori tipice (modale) sau, în lipsa acestora, pe valorile medii (sau 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).

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 în cauză. Cifrele din 2005 pot înlocui valorile lipsă din 2006 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.

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

Informații suplimentare privind datele și metodele de analiză sunt disponibile în buletinul statistic 2008.

Raportul anual este disponibil pentru descărcare în 23 de limbi și se găsește la: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2008>.

Buletinul statistic 2008 (<http://www.emcdda.europa.eu/stats08>) 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 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 web al OEDT (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/national-reports>).



Comentariu

Situația drogurilor în Europa – perspective noi și realități vechi

O voce puternică a Europei într-un an important pentru reflecție și elaborarea politicilor

În Europa, în anul 2008 a avut loc evaluarea planului de acțiune în domeniul drogurilor 2005-2008, desfășurându-se totodată activități de elaborare a unui plan nou de continuare a strategiei UE în domeniul drogurilor în a doua perioadă a acesteia (2009-2012). În același timp, 13 state membre își reformulează sau revizuiesc strategiile în domeniul drogurilor sau planurile de acțiune naționale. La nivel internațional, acest an marchează și punctul de analiză după 10 ani a declarațiilor și planurilor de acțiune adoptate la cea de a 20-a sesiune specială a Adunării Generale a Organizației Națiunilor Unite (Ungass). Astfel, anul 2008 este martorul unei activități fără precedent de reflecții europene și globale privind evoluția de până acum a politicilor în domeniul drogurilor și direcțiile care ar trebui urmate în viitor.

Poate fi observat un consens european sporit în modul prin care statele membre au adoptat strategii naționale în domeniul drogurilor și în contribuția acestora la dezbateră globală asupra drogurilor. Toate statele membre, cu excepția unuia singur, au în prezent documente naționale de politică în domeniul drogurilor, iar aproximativ jumătate dintre acestea își corelează documentele naționale de politică cu planul de acțiune al UE – un indiciu al unei convergențe sporite a politicilor din Europa în ceea ce privește modalitatea de abordare a problemei drogurilor. Statele membre ale UE, sprijinite de Comisie, au prezentat o poziție din ce în ce mai unită a UE în cursul discuțiilor în curs de desfășurare care au însoțit analiza Ungass. În contribuțiile europene la dezbateri, s-a pus accentul pe necesitatea unor politici și acțiuni cuprinzătoare, echilibrate și bazate pe dovezi, precum și pe valoarea unei monitorizări sporite a problemei globale a drogurilor în perioada post-Ungass.

Consumul de droguri și aplicarea sancțiunilor penale: un tablou complex

În ultimii ani, OEDT a raportat tendința țărilor europene de a face o distincție mai clară în legislația acestora din domeniul drogurilor între cei care traficează sau vând droguri și cei

care le consumă. Această distincție a fost reflectată de anumite țări printr-o reducere a pedepselor pentru consumul de droguri, deși altele au respins măsurile de reducere a pedepselor sau chiar le-au crescut. În practică, este adesea dificil să se distingă între furnizori și consumatori, iar statele membre variază mult în felul în care au delimitat aceste două categorii.

Ideea că țările europene folosesc în mai mică măsură sancțiunile penale pentru consumul de droguri nu este susținută de datele disponibile. În ultimii cinci ani, numărul de infracțiuni la regimul drogurilor raportate în Europa a crescut. Cele mai multe dintre infracțiunile la regimul drogurilor raportate sunt legate de consum și deținere în vederea consumului și, în timp ce infracțiunile legate de furnizare au crescut cu 12 %, cele legate de deținere au crescut cu peste 50 %. Cannabisul continuă să fie drogul cel mai des asociat infracțiunilor la regimul drogurilor.

Motivele creșterii numărului de infracțiuni la regimul drogurilor legate de consumul de droguri sunt neclare și chiar ar putea fi legate de posibilitatea ca, în unele țări, pronunțarea unei condamnări pentru deținere să fi devenit mai simplă din punct de vedere administrativ. Cu toate acestea, opinia exprimată uneori, conform căreia, pentru consumatorii de droguri și, în special, pentru consumatorii de cannabis, probabilitatea de a fi inculpat pentru infracțiuni la regimul drogurilor a scăzut în ultimii ani, nu este susținută de date. De asemenea, nu este clară măsura în care sancțiunile aplicate pentru consumul de droguri s-au schimbat, iar OEDT va explora această chestiune într-un extras în cursul anului viitor.

Un sondaj nou explorează atitudinile tinerilor față de consumul de droguri

Un recent sondaj Eurobarometru a explorat atitudinile și percepțiile tinerilor față de droguri și a constatat un consens considerabil între țări. În ansamblu, riscurile asociate consumului unor droguri ca heroina, cocaina și ecstasy au fost considerate ca fiind ridicate de 81 %-96 % dintre respondenți. Vasta majoritate a respondenților (95 %) a considerat că aceste droguri ar trebui să fie controlate în continuare în Europa. Opiniile cu privire la cannabis, însă, au fost mai împărțite, 40 % din respondenți considerând

că drogul prezintă un risc ridicat, în timp ce, în opinia unui număr apropiat de respondenți (43 %), consumul de cannabis reprezenta un „risc mediu pentru sănătate”, în linii mari similar riscurilor asociate consumului de tutun. Percepțiile riscurilor la adresa sănătății asociate consumului de cannabis s-au reflectat în nivelul mai scăzut de sprijin pentru continuarea interdicției asupra cannabisului (67 %) și în opinia împărțită de o minoritate substanțială (31 %), conform căreia cannabisul ar trebui reglementat la fel ca produsele din alcool și tutun.

Prevenirea consumului de droguri: baza de dovezi crește, dar practica se schimbă lent

În ciuda sprijinului aproape universal pentru prevenirea consumului de droguri, evaluările formale din acest domeniu sunt dificile din punct de vedere metodologic și, în trecut, dovezile disponibile care să demonstreze eficiența intervențiilor în acest domeniu au fost limitate. Această situație este în schimbare, deoarece fundamentul științific al prevenirii consumului de droguri continuă să se dezvolte și se desfășoară studii mai riguroase. Deși încă mai trebuie realizate extrapolări din rezultatele studiilor americane, a căror relevanță în context european poate fi îndoielnică, există în prezent un număr în creștere de lucrări europene. Împreună, informațiile disponibile în prezent permit o mai bună înțelegere a tipurilor de activități care se pot dovedi eficiente și care îi pot viza pe cei mai expuși riscurilor. Cu toate acestea, date noi sugerează faptul că, în multe țări, abordările predominante sunt încă adesea cele cărora le lipsește o bază puternică de dovezi și, în unele cazuri, includ activități care pot fi chiar contraproductive. Pentru factorii decizionali, provocarea o poate reprezenta faptul că programele cunoscute ca producătoare de rezultate necesită atât investiții suplimentare în resurse, cât și mai multă atenție pentru formare și controlul calității.

Pentru a sprijini transferul de cunoștințe și cele mai bune practici în domeniul drogurilor, OEDT a lansat în 2008 un portal de internet privind cele mai bune practici. Portalul, care include un modul de prevenire, oferă o imagine de ansamblu asupra celor mai recente dovezi privind eficacitatea și eficiența programelor, precum și instrumente și standarde destinate îmbunătățirii calității intervențiilor. Sunt oferite și exemple asupra practicilor evaluate din întreaga Europă.

Tratamentul pentru consumul de droguri: accent mai mare pe rezultate și pe nevoile pacienților

Numărul de consumatori de droguri care primesc tratament pentru dependența lor a crescut considerabil în ultimii ani, în multe țări o proporție semnificativă a consumatorilor

problematici de opiacee beneficiind în prezent de tratament de substituție pe termen lung. Această tendință a condus la o extindere a opțiunilor farmaceutice disponibile și la o concentrare sporită pe calitatea și rezultatul tratamentului, spre deosebire de începerea unui tratament, ca preocupare primară a politicilor. În special, dezbaterile s-au deplasat către discuții privind scopurile pe termen lung care sunt realiste pentru tratamentul de substituție și posibilitatea reintegrării sociale și revenirii la un stil de viață normal a pacienților. Obținerea unui loc de muncă este unul din elementele cheie pentru realizarea reintegrării în societate, fiind dovedit că acest lucru are o valoare predictivă ridicată. Cu toate acestea, reintrarea pe piața forței de muncă este deseori dificilă, date fiind calificările reduse și nivelul educațional scăzut prin care se caracterizează mulți dintre membrii unei populații generale în curs de îmbătrânire de consumatori cronici de droguri aflați în tratament pe termen lung în Europa. Ajungerea la un consens asupra a ceea ce constituie rezultate pozitive pentru cei cu probleme legate de consumul pe termen lung de droguri și asupra măsurii în care membrii acestei populații pot fi reintegrați cu succes în societate reprezintă întrebări din ce în ce mai importante pentru serviciile europene de tratament pentru consumul de droguri.

Deși furnizarea de tratament pentru consumul de droguri continuă să se extindă în Europa, încă există variații considerabile între țări în ceea ce privește disponibilitatea îngrijirii sau măsura în care serviciile abordează diferite tipuri de probleme legate de droguri. De asemenea, larga recunoaștere a utilității furnizării unor opțiuni de tratament pentru consumul de droguri consumatorilor din penitenciare nu a fost încă însoțită de investiții în serviciile din acest domeniu, care în cele mai multe țări rămâne slab dezvoltat. O provocare importantă pentru serviciile de tratament pentru consumul de droguri din Europa este necesitatea elaborării unor modele de îngrijire adaptate la necesitățile unei populații mai eterogene de consumatori de droguri. În fața acestui context general în care dovezile nu indică o singură abordare optimă, unele țări europene elaborează metode noi și interesante pentru tratamentul consumatorilor de cannabis sau cocaină. Problemele complexe provocate de diferitele tipuri de policonsum, incluzând alcool, reprezintă o provocare pentru dezvoltarea serviciilor. Prin urmare, este posibil ca serviciile europene de tratament pentru consumul de droguri să fie nevoite să elaboreze în viitor un set de răspunsuri din ce în ce mai diferențiate dacă vor să se adapteze la nevoile din ce în ce mai diferențiate ale pacienților acestora.

Semnale mai puternice privind posibilitatea scăderii popularității consumului de cannabis

Datele recente ale anchetelor din școli și asupra populației adulte sugerează că, în unele țări, consumul general de

canabis s-a stabilizat sau este în scădere. Diversele tendințe naționale încă sunt evidente, existând diferențe vizibile între țări. Acest lucru se reflectă în tendințele pe termen mediu, fiind adesea raportate creșteri în țările cu prevalență scăzută, o situație stabilă în multe alte țări și scăderi în rândul anumitor țări cu prevalență ridicată.

Scăderile prevalenței sunt cele mai evidente în rândul celor mai tinere grupuri de vârstă. Noile date din anchetele realizate în școli provenind din ultimul studiu HBSC (Comportamentul elevilor legat de sănătate) au arătat o tendință de stabilizare sau scădere a consumului de droguri în rândul elevilor de 15 ani din cele mai multe țări în perioada 2001-2006, iar rapoarte preliminare sugerează că această imagine poate fi confirmată de ultima rundă a ESPAD (Proiectul școlilor europene în materie de alcool și alte droguri), care urmează a fi publicată la sfârșitul anului 2008. În Regatul Unit, o țară ce obișnuia să se evidențieze prin prevalența ridicată a consumului de cannabis, este în prezent vizibilă o tendință constantă de scădere, mai ales în grupul de vârstă 16-24 de ani. Motivele pentru care consumul de cannabis ar putea deveni mai puțin popular în rândul tinerilor nu sunt bine documentate, deși pot fi legate de posibile schimbări ale percepțiilor asupra riscurilor asociate consumului acestui drog. Unii comentatori au sugerat că scăderea popularității consumului de cannabis poate fi asociată schimbării atitudinilor față de fumat. În Europa, cannabisul este adeseori fumat în combinație cu tutunul, iar programele de prevenire a consumului de droguri abordează din ce în ce mai des împreună implicațiile pentru sănătate ale consumului combinat de substanțe ilegale și legale.

În ciuda tendințelor recente, nivelul consumului de cannabis în Europa rămâne ridicat față de standardele istorice, iar în multe există țări un număr considerabil de consumatori frecvenți și intensivi, în cea mai mare parte bărbați tineri. Tendințele numărului de consumatori frecvenți și intensivi de cannabis pot evolua în mod independent de prevalența consumului drogului în ansamblul populației, fiind necesară o concentrare mai puternică pe aceste tipare de consum și pe problemele asociate lor.

Producția internă de cannabis: marele necunoscut

Rășina de cannabis a fost în trecut produsul dominant în numeroase state membre ale UE, iar Europa de Vest rămâne în ansamblu consumatorul global principal al acestei forme a drogului. Totuși, producția de plante de cannabis a crescut în Europa, aceasta rămânând în mare măsură nedetectată. Cele mai multe țări raportează în prezent existența unei producții locale, care poate varia de la câteva plante crescute pentru consum personal la plantații pe scară mare în scopuri comerciale.

Imagine sintetică – estimări ale consumului de droguri în Europa

Prezentele estimări se referă la populația adultă (între 15 și 64 de ani) și sunt cele mai recente date disponibile. Pentru setul complet de date și pentru informații privind metodologia, a se vedea buletinul statistic anexat.

Canabis

Prevalența pe parcursul vieții: cel puțin 71 milioane de persoane (22 % dintre europenii adulți)

Consumul în ultimul an: circa 23 de milioane de europeni adulți sau o treime din prevalența pe parcursul vieții

Consumul în ultima lună: peste 12 milioane de europeni

Variație de la o țară la alta în ceea ce privește consumul în ultimul an: interval global între 0,8 % și 11,2 %

Cocaină

Prevalența pe parcursul vieții: cel puțin 12 milioane de persoane (3,6 % dintre europenii adulți)

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

Consumul în ultima lună: circa 2 milioane de persoane

Variație de la o țară la alta în ceea ce privește consumul în ultimul an: interval global între 0,1 % și 3,0 %

Ecstasy

Prevalența pe parcursul vieții: circa 9,5 milioane de persoane (2,8 % dintre adulții europeni)

Consumul în ultimul an: peste 2,6 milioane de europeni adulți sau o treime din prevalența pe parcursul vieții

Consumul în ultima lună: peste 1 milion de persoane

Variație de la o țară la alta în ceea ce privește consumul în ultimul an: interval global între 0,2 % și 3,5 %

Amfetaminele

Prevalența pe parcursul vieții: aproape 11 milioane de persoane (3,3 % dintre adulții europeni)

Consumul în ultimul an: circa 2 milioane de europeni adulți sau o cincime din prevalența pe parcursul vieții

Consumul în ultima lună: sub 1 milion de persoane

Variație de la o țară la alta în ceea ce privește consumul în ultimul an: interval global între 0,0 % și 1,3 %

Opiacee

Consumul problematic de opiacee: între unu și șase cazuri la 1 000 de persoane adulte

În perioada 2005-2006, decesele induse de droguri au reprezentat 3,5 % din totalul deceselor europenilor în vârstă de 15-39 de ani, opiaceele fiind implicate în aproximativ 70 % dintre acestea

Drogul principal în aproximativ 50 % din totalul cererilor de tratament

Peste 600 000 de consumatori de opiacee au primit tratament de substituție în 2006.

Extinderea și cota relativă de piață a producției interne de plante de cannabis rămân necunoscute, astfel că OEDT desfășoară un studiu de cartografiere a pieței cannabisului în Europa. De asemenea, există o dezbatere sporită asupra implicațiilor dezvoltării pieței cannabisului. Printre preocupările exprimate se numără impactul negativ al locurilor de producție a cannabisului asupra comunităților locale printr-un nivel crescut al criminalității, precum și faptul că, de obicei, concentrația cannabisului produs pe plan intern este mai mare. De asemenea, producția locală reprezintă o provocare pentru organismele de aplicare a legii, deoarece locurile de producție sunt amplasate aproape de consumatori, sunt relativ ușor de ascuns și nu necesită transportul drogurilor peste frontierele naționale.

Consumul de cocaină continuă să crească pe o piață europeană segmentată a drogurilor stimulatoare

Drogurile stimulatoare joacă un rol important nu numai în tiparele consumului de droguri în rândul populației cronice și marginalizate a consumatorilor problematici de droguri din Europa, ci și în rândul grupurilor mai bine integrate din punct de vedere social ale tinerilor care consumă droguri în context recreativ. Cu toate acestea, tiparele consumului de droguri stimulatoare diferă în Europa: cocaina este în prezent cel mai popular drog stimulator în multe țări din sudul și vestul Europei, iar consumul său este în creștere. În contrast, indicatorii consumului de amfetamină și ecstasy sugerează un tablou de ansamblu stabil sau în scădere. Cu toate acestea, amfetaminele rămân cele mai consumate droguri stimulatoare în majoritatea țărilor din Europa Centrală, de Nord și de Est, unde în anumite cazuri reprezintă o parte importantă a problemei drogurilor. Consumul de metamfetamină rămâne rar în afara Republicii Ceha și a Slovaciei, deși se raportează sporadic disponibilitatea sau consumul drogului în alte țări.

Deoarece există asemănări atât între situațiile în care sunt consumate diverse droguri stimulatoare, cât și între motivele oferite pentru consumul acestora, într-o anumită măsură, aceste substanțe pot fi privite ca produse concurente pe piața europeană a drogurilor. Aceasta ar presupune că, pe lângă vizarea substanțelor în mod separat, intervențiile trebuie să ia în considerare drogurile stimulatoare ca un grup, nu doar ca probleme individuale. Acest element este important, deoarece măsurile împotriva disponibilității uneia dintre aceste substanțe pot fi subminate dacă ele doar îi fac pe consumatori să treacă la produse alternative.

Evoluțiile producției drogurilor sintetice în Europa sporesc preocupările privind costurile de mediu

Țările europene rămân producători majori de amfetamine și MDMA, deși este posibil ca importanța relativă a Europei

să fi scăzut, deoarece producția a crescut în alte părți. De obicei, în fiecare an sunt detectate între 70 și 90 de unități de producție, acestea fiind în principal concentrate în câteva țări din Europa de Vest și de Est. Datele din domeniul de aplicare a legii sugerează că producția drogurilor sintetice, inclusiv metamfetamina, poate să fi devenit mai sofisticată, seriile de producție crescând în dimensiune prin utilizarea de reactoare mai mari, de echipamente industriale și la comandă și de unități mobile.

Creșterea dimensiunii seriilor de producție tipice poate amplifica problema depozitării deșeurilor. În mod tipic, producția unui kilogram de amfetamină sau MDMA generează aproximativ 15-20 de kilograme de deșeurii, inclusiv substanțe chimice toxice și inflamabile care reprezintă un pericol pentru mediu. Costurile în daunele aduse mediului și pentru curățarea locurilor care au fost folosite pentru eliminarea ilegală a deșeurilor chimice generate prin producția drogurilor sintetice pot fi considerabile.

Traficul de cocaină prin Africa de Vest: o zonă de preocupare și acțiune

Deoarece consumul de cocaină continuă să crească în Europa, sunt depuse eforturi sporite pentru interzicerea cocainei. Atât volumul, cât și numărul de capturi de cocaină continuă să crească, capturile anuale depășind în prezent 120 de tone, din care peste trei sferturi sunt înregistrate în Spania și Portugalia. Eforturile de contracarare a traficului de cocaină în Europa au fost susținute prin înființarea, la Lisabona, a Centrului maritim de operațiuni și analize-stupefiante (MAOC-N), care joacă un rol important în coordonarea activităților de interzicere și în schimbul de informații operative între statele membre participante.

Deși cocaina intră în Europa prin mai multe rute, traficul prin țările din Africa de Vest a crescut în mod dramatic, iar acum reprezintă o rută majoră pentru cocaina destinată pieței europene. Această situație are potențialul de a destabiliza și submina eforturile de dezvoltare într-o regiune care deja se confruntă cu numeroase provocări sociale, de sănătate și politice. În special, venitul generat de traficul de cocaină are potențialul considerabil de a submina sistemele de justiție penală și de a încuraja corupția. Uniunea Europeană și statele membre ale acesteia colaborează cu țările din Africa de Vest pentru a elabora o serie de măsuri care să abordeze această amenințare în creștere.

Problemele legate de heroină nu scad, raportându-se totodată un consum sporit de opiacee sintetice

Cele mai recente estimări arată că, la un nivel estimat de 733 de tone, producția globală potențială de heroină a continuat să crească. Cu toate acestea, impactul acestei creșteri

asupra disponibilității și consumului acestui drog în Europa este dificil de estimat. Datele disponibile fac dificilă tragerea unor concluzii în acest domeniu. De exemplu, cantitatea de heroină capturată în Uniunea Europeană a scăzut ușor, dar acest lucru a fost contrabalansat de creșteri considerabile în Turcia.

Nu există dovezi solide care să sugereze o creștere epidemică a problemelor legate de heroină, similare celor experimentate în multe părți ale Europei în anii '90; în ansamblu, datele indică o problemă stabilă, dar care nu mai scade. Ca atare, consumul de heroină din Europa rămâne o problemă gravă de sănătate publică și încă reprezintă o proporție importantă în totalul costurilor sociale și de sănătate asociate consumului de droguri. Conform datelor, consumatorii de opiacee, în cea mai mare parte heroină, reprezintă circa 60 % dintre pacienții aflați în tratament pentru droguri în Europa. Dintre pacienții noi aflați în tratament, procentul consumatorilor de opiacee – dar nu și numărul acestora – a scăzut, dar această tendință pare să se fi stabilizat. Și, chiar dacă există dovezi privind îmbătrânirea lentă a populației europene consumatoare de cocaină, datele sugerează că apar noi consumatori cu o frecvență care garantează că problema nu va scădea în mod semnificativ în viitorul apropiat.

Poate surprinzător, dată fiind situația din Afganistan, problemele cu opiaceele deturnate și opiaceele sintetice produse în mod ilegal par să fie din ce în ce mai frecvente în unele țări. În Letonia, Lituania și Estonia, de exemplu, există indicii cu privire la o problemă sporită datorată disponibilității 3-metilfentanilului care este produs în mod ilegal în afara UE. Datorită puterii sale (fentanilul este mult mai puternic decât heroina), consumul acestui drog poate fi extrem de periculos, acest lucru fiind reflectat de cele peste 70 de intoxicații fatale legate de fentanil raportate în Estonia în 2006. Alte țări constată un număr sporit de persoane care solicită ajutor pentru probleme legate de consumul de opiacee care par să fi fost deturnate de la scopuri terapeutice, iar acest lucru contribuie la creșterea policonsumului de droguri ce caracterizează în prezent consumul cronic de droguri în anumite părți ale Europei.

Consumul de droguri prin injectare și HIV: o imagine de ansamblu pozitivă, dar cu importante diferențe naționale

Peste 40 % din totalul consumatorilor de heroină care încep tratamentul în ambulatoriu raportează injectarea, ceea ce subliniază faptul că această cale foarte nocivă de administrare rămâne o problemă importantă de sănătate în Europa. Injectarea este asociată unei serii de probleme, inclusiv răspândirea infecțiilor transmisibile prin sânge, precum HIV și hepatita C, dar fără a se limita la acestea.

Schimbările în procentajul consumatorilor prin injectare în rândul celor care încep tratamentul sugerează că, în multe țări, tendința generală a fost de reducere a injectării, deși datele prezintă diferențe regionale și naționale. În unele țări, în special în Europa de Est, injectarea de droguri rămâne principala cale de administrare a heroinei și este raportată de peste 80 % dintre consumatorii de heroină care încep tratamentul. De asemenea, în unele state membre par să existe în continuare niveluri relativ ridicate de inițiere, după cum arată studiile realizate în rândul consumatorilor de droguri prin injectare, care indică un procentaj ridicat de consumatori prin injectare tineri și noi.

În ansamblu, rata de noi infecții cu HIV în Europa a scăzut după ce o epidemie localizată în anumite țări a produs un vârf la începutul acestui deceniu. Scăderea consumului prin injectare, împreună cu disponibilitatea sporită a serviciilor de tratament și reducere a riscurilor, par să fi condus la o îmbunătățire generală a situației, iar acolo unde au fost observate unele creșteri ale infecțiilor noi, acestea au fost mici. Cu toate acestea, persistă diferențe importante între țări. Deși datele indică o îmbunătățire a situației în Estonia, Letonia și Portugalia, aceste țări continuă să raporteze rate disproporționate de mari ale infecțiilor noi și reprezintă un procentaj semnificativ din toate cazurile noi de HIV din Europa atribuite consumului de droguri. Datele studiilor regionale și locale sugerează, de asemenea, că transmiterea infecției cu HIV rămâne o problemă în Spania și Italia, deși absența datelor naționale de raportare a cazurilor îngreunează urmărirea tendințelor în aceste țări. În alte țări, comportamentul cu grad ridicat de risc și potențialul unor noi epidemii persistă, sugerând cu tărie necesitatea unei vigilențe constante: de exemplu, Bulgaria a raportat 34 de cazuri noi în 2006, dar practic nu a raportat infecții între anii 2000-2003.

Decesele legate de consumul de droguri: o povară majoră pentru sănătatea publică

OEDT monitorizează intoxicațiile fatale care pot fi atribuite în mod direct consumului de droguri (decese induse de droguri). În medie, în Europa sunt raportate circa 7 000-8 000 de decese induse de droguri în fiecare an și, datorită binecunoscutelor raportări incomplete, această cifră reprezintă o estimare minimă. Opiaceele, în principal heroina, reprezintă drogurile cel mai frecvent asociate supradozelor, deși, de obicei, sunt prezente și alte droguri și alcoolul. După o scădere timp de câțiva ani la începutul acestui deceniu, tendința deceselor induse de droguri s-a stabilizat în prezent. Motivele acestei stabilizări sunt neclare, indicând necesitatea unor cercetări suplimentare atât asupra factorilor asociați supradozelor, cât și asupra eficacității măsurilor de prevenire. În special consumatorii de droguri

care ies din penitenciar pot fi supuși unui risc ridicat, un studiu recent raportând rate ale mortalității de opt ori mai mari decât se anticipase. În ansamblu, prevenirea supradozelor rămâne un domeniu care necesită investiții sporite.

De asemenea, studiile au arătat că mortalitatea totală a consumatorilor de droguri, atunci când se ține cont și de boli, accidente și violență, este de până la 50 de ori mai mare decât în rândul populației generale. Prin urmare, sunt necesare investiții în studii de cohortă bine concepute care să ofere o mai bună înțelegere a cauzelor și amplitudinii mortalității generale legate de droguri și care să examineze riscurile diferențiate, precum cele la care sunt supuși deținuții la eliberare și cei care renunță la tratament.

Internetul și inovațiile de pe piață pun probleme politicii în domeniul drogurilor

O recentă anchetă OEDT a arătat că magazinele online din Europa comercializează peste 200 de produse psihoactive naturale, semisintetice și sintetice. Multe dintre substanțe sunt denumite „droguri legale” sau „droguri din plante” și sunt prezentate ca alternative la substanțele controlate, deși statutul legal efectiv al acestora poate varia în mod considerabil în Europa. Rapoartele sugerează că numărul de vânzători online de astfel de produse este în creștere și că ei se adaptează repede la încercările de controlare a pieței, de exemplu, prin lansarea unor produse noi. În plus, farmaciile online și vânzătorii online care comercializează substanțe psihoactive în scopuri evident legitime reprezintă în mod potențial, de asemenea, noi canale de furnizare a drogurilor ilegale. Luate împreună, vânzările prin internet reprezintă în prezent o provocare considerabilă pentru politicile privind drogurile și pentru mecanismele de control internaționale și naționale. Dată fiind rapiditatea cu care apar și sunt distribuite produsele noi, monitorizarea activităților online devine un domeniu important de dezvoltare.

Recunoaștere sporită a importanței dialogului cu societatea civilă

Problemele legate de droguri se îmbină cu o serie de alte probleme sociale și de sănătate. În consecință,

intervențiile reușite în acest domeniu necesită implicarea unei alianțe extinse de participanți și pot beneficia de sprijinul comunităților în care sunt puse în aplicare. Această înțelegere se reflectă într-o recunoaștere sporită a faptului că dezbaterile privind politicile trebuie să beneficieze de un dialog cu societatea civilă. Având în vedere acest scop, recent au fost luate mai multe măsuri în cadrul discursului european privind drogurile. Printre cele mai remarcabile se numără înființarea de către Comisia Europeană a unui forum al societății civile, care oferă posibilitatea ca experiențele de pe teren să fie incluse în procesul care conduce la noua strategie UE în domeniul drogurilor și să contribuie la evaluarea planului de acțiune al UE în domeniul drogurilor. Importanța consultării cu reprezentanții organizațiilor neguvernamentale și cu comunitățile locale a fost recunoscută și în strategia UE în domeniul drogurilor și a fost reflectată într-un raport adoptat de Parlamentul European în martie 2008, care recunoaște rolul fundamental al societății civile în elaborarea, punerea în aplicare, evaluarea și monitorizarea politicilor în domeniul drogurilor.

Cercetarea europeană în domeniul drogurilor și necesitatea cooperării transnaționale

În ultimul deceniu, cercetarea în domeniul drogurilor și infrastructura care o sprijină (centre de cercetare, jurnale științifice, mecanisme de finanțare) s-a dezvoltat mult în Europa, după cum se arată într-un extras privind cercetarea publicat de OEDT în 2008. Pe de altă parte, acest progres nu a fost însoțit de o creștere comparabilă a cooperării și coordonării eforturilor privind cercetările legate de droguri între statele membre ale UE. Se acordă o atenție sporită acestei chestiuni, iar Comisia Europeană a comandat un nou studiu care să prezinte un inventar al activității de cercetare, împreună cu o analiză comparativă a infrastructurilor disponibile în Europa și în alte regiuni ale lumii. Raportul va include recomandări de îmbunătățire a cooperării la nivelul UE și va contribui la o dezbateră privind îmbunătățirea legăturilor dintre oportunitățile de finanțare a cercetării europene și necesitățile cercetării și politicii.



Capitolul 1

Politici și legislație

Introducere

Politica în domeniul drogurilor va constitui un aspect important în 2008. În acest an, atât Organizația Națiunilor Unite, cât și Uniunea Europeană evaluează rezultatele politicilor lor în domeniul drogurilor în ceea ce privește consumul și riscurile drogurilor ilegale. Organizația Națiunilor Unite analizează progresele realizate în punerea în aplicare a măsurilor și atingerea obiectivelor stabilite în timpul sesiunii speciale a Adunării Generale a Organizației Națiunilor Unite (Ungass) din 1998 privind problema drogurilor la nivel mondial. În Europa, anul 2008 înregistrează evaluarea finală a actualului plan de acțiune al UE în domeniul drogurilor (2005-2008) și întocmirea planului de acțiune pentru 2009-2012. În plus, în cursul acestui an, un număr fără precedent de state membre ale UE își evaluează strategiile naționale în domeniul drogurilor și planurile de acțiune și elaborează noi documente de politică în domeniul drogurilor ⁽¹⁾.

OEDT va discuta concluziile și perspectivele din 2008 în cursul următorului raport anual. Anul acesta, capitolul 1 se axează pe modificările recente ale politicii din domeniul drogurilor, prezintă noi informații despre cheltuielile publice legate de consumul de droguri, analizează trei dimensiuni specifice ale legislației privind drogurile – deținerea pentru consumul personal, alternativele la pedeapsă și accentul pe protejarea publicului – și evidențiază cele mai noi tendințe ale infracțiunilor legate de droguri. Capitolul se încheie cu o privire de ansamblu asupra cercetării privind drogurile în țările membre ale UE.

Realizări internaționale și europene în domeniul politicilor

Analiza Ungass după 10 ani

În iunie 1998, la New York s-a desfășurat cea de a 20-a sesiune specială a Adunării Generale a Organizației Națiunilor Unite (Ungass), pentru a discuta

problema drogurilor la nivel mondial. Acest „summit al drogurilor” a stabilit o agendă nouă pentru comunitatea internațională, prin adoptarea a trei documente cheie ⁽²⁾: o declarație politică, o declarație privind principiile directe pentru reducerea cererii de droguri și o rezoluție în cinci părți cu măsuri de sporire a cooperării internaționale. Prin adoptarea declarației politice, statele membre ale ONU s-au obligat să obțină rezultate măsurabile în reducerea, până în 2008, a cererii și ofertei de droguri ilegale.

Sesiunea din acest an a Comisiei pentru stupefiante a Organizației Națiunilor Unite (CND) a lansat analiza după 10 ani a progreselor realizate în atingerea obiectivelor și țințelor stabilite în cursul Ungass 1998. Raportul prezentat de Biroul Organizației Națiunilor Unite de luptă împotriva drogurilor și a criminalității (ONUDC) a argumentat că în ultimii zece ani s-au obținut progrese semnificative, deși, în unele zone, statele membre ale ONU nu și-au îndeplinit complet obiectivele și țințele menționate în declarația politică ⁽³⁾. Această evaluare va fi urmată de o perioadă de reflecție de un an, în decursul căreia vor avea loc, mai întâi, discuții între grupuri de experți interguvernamentali, aceste discuții urmând a se desfășura apoi în reuniuni între sesiuni. Astfel, se vor putea face pregătiri pentru organizarea în 2009, în cadrul CND, a unei secțiuni dedicate de două zile, la nivel înalt, care va decide asupra unei posibile declarații politice și asupra măsurilor viitoare.

Uniunea Europeană are un rol activ în analiza Ungass. Rezoluțiile elaborate de către UE au fost adoptate la sesiunile CND din 2006 (49/1), 2007 (50/12) și 2008 (51/4), acestea solicitând un proces de analiză științific și transparent. OEDT s-a implicat, de asemenea, în consultații între experți finanțate de către Comisia Europeană și desfășurate în cadrul ONUDC și, în acest context, încă din 1998, a oferit o privire generală asupra strategiilor și reacțiilor din Europa în domeniul drogurilor.

⁽¹⁾ Termenul „document național de politică în domeniul drogurilor” se referă la orice document aprobat de un guvern și care definește principii generale și intervenții sau obiective specifice în domeniul drogurilor, atunci când acesta este numit în mod oficial ca strategie în domeniul drogurilor, plan de acțiune, program sau alt tip de document de politică.

⁽²⁾ <http://www.un.org/ga/20special/>

⁽³⁾ <http://www.unodc.org/unodc/en/commissions/CND/session/51.html>

Evaluarea planului de acțiune al UE în domeniul drogurilor

În decembrie 2007, Comisia Europeană a prezentat cel de-al doilea raport intermediar privind punerea în aplicare a planului de acțiune al UE în domeniul drogurilor (2005-2008). Raportul, care conține date de la statele membre ale UE, OEDT, Europol și de la Comisia Europeană, evaluează măsura în care au fost aplicate măsurile planificate pentru 2007. Una dintre principalele concluzii ale analizei a fost existența indiciilor de convergență între politicile statelor membre în domeniul drogurilor. De asemenea, s-au evidențiat dificultățile întâmpinate la colectarea datelor privind acțiunile de reducere a ofertei de droguri, precum și în corelarea unor acțiuni planificate cu indicatorul ales pentru evaluarea punerii lor în aplicare.

Evaluarea finală a actualului plan de acțiune al UE în domeniul drogurilor a avut loc în 2008, cu implicarea statelor membre ale UE, a Europolului și a OEDT. Raportul de evaluare va fi publicat de către Comisie în toamna anului 2008, iar concluziile sale vor contribui la elaborarea celui de-al doilea plan de acțiune (2009-2012) în cadrul actualei strategii UE din domeniul drogurilor (2005-2012).

Alte realizări din cadrul Uniunii Europene

În septembrie 2007, Consiliul și Parlamentul European au adoptat programul „Prevenirea și informarea cu privire la consumul de stupefiante” ⁽⁴⁾ în cadrul financiar 2007-2013 și programul general pentru justiție civilă și drepturi fundamentale. Obiectivele generale ale programului sunt: prevenirea și reducerea consumului de droguri, a dependenței și a riscurilor legate de droguri, contribuirea la îmbunătățirea informațiilor referitoare la consumul de droguri, precum și sprijinirea măsurilor luate în cadrul strategiei UE în domeniul drogurilor (2005-2012). În cadrul programului, 21,35 milioane EUR vor fi disponibile pentru studiile Comisiei, pentru cheltuielile operaționale ale organizațiilor neguvernamentale europene din domeniul drogurilor și pentru proiecte transnaționale. Acțiuni comune pot fi întreprinse și în colaborare cu alte programe comunitare, de exemplu, cel de-al doilea program de acțiune comunitară în domeniul sănătății (2008-2013) ⁽⁵⁾, care, în partea privind promovarea sănătății referitoare la analiza diferiților factori determinanți ai sănătății, include acțiuni împotriva drogurilor ilegale în medii specifice, precum școli sau locuri de muncă.

În iunie 2006, Comisia Europeană a publicat o cartă verde privind rolul societății civile în politicile în materie de droguri, conform dispozițiilor din planul de acțiune actual în domeniul drogurilor. Aceasta a fost urmată în 2007 de un proces de selecție pentru un nou forum al societății civile în domeniul drogurilor. Scopul forumului este de a fi o platformă pentru schimbul informal de opinii și informații între Comisie și organizațiile societăților civile din UE, țările candidate și, după caz, din țările politicii europene de vecinătate. Forumul include 26 de organizații reprezentând un spectru larg de opinii. Prima întrunire a avut loc în decembrie 2007, iar cea de a doua în mai 2008, pentru a discuta evaluarea planului actual al UE de acțiune în domeniul drogurilor, precum și noul plan de acțiune.

Strategii naționale în domeniul drogurilor

Noi evoluții

Noi planuri de acțiune în domeniul drogurilor sau programe au fost adoptate de patru state membre ale UE (Republica Cehă, Estonia, Ungaria, Finlanda) și de Turcia și Norvegia în cea de a doua jumătate a anului 2007. Toate aceste documente abordează o perioadă de timp între trei și patru ani și, cu excepția planului de acțiune al Turciei, au fost precedate de alte planuri sau programe. În același an, Spania a adoptat un program național complementar împotriva cocainei (2007-2010).

La începutul anului 2008, alte trei state membre au adoptat noi documente de politică în domeniul drogurilor. Primul plan de acțiune în domeniul drogurilor al Italiei are o durată de un an și va fi urmat de un plan de acțiune pe patru ani (2009-2012), care va fi sincronizat cu noul plan de acțiune al UE în domeniul drogurilor. Primul document național al Maltei de politică în domeniul drogurilor, deși nu se întinde pe o perioadă anume, include aproape cincizeci de acțiuni ce urmează a fi puse în aplicare în următorii ani. În sfârșit, strategia pe 10 ani în domeniul drogurilor (2008-2018) a Regatului Unit este, pentru prima dată, completată de un plan de acțiune pe trei ani (2008-2011), care definește acțiuni cheie ce urmează a fi puse în aplicare în viitorul apropiat.

Marea majoritate a documentelor naționale de politică în domeniul drogurilor adoptate la sfârșitul anului 2007 și la începutul anului 2008 se concentrează asupra drogurilor ilegale, în timp ce altele se axează și asupra altor substanțe, precum alcoolul, tutunul, medicamentele și

⁽⁴⁾ Decizia nr. 1150/2007/CE a Parlamentului European și a Consiliului din 25 septembrie 2007 de instituire, pentru perioada 2007-2013, a programului specific „Prevenirea și informarea cu privire la consumul de stupefiante” în cadrul programului general „Drepturile fundamentale și justiția” (JO L 257, 3.10.2007, p. 23).

⁽⁵⁾ Decizia nr. 1350/2007/CE a Parlamentului European și a Consiliului din 23 octombrie 2007 de instituire a unui al doilea program de acțiune comunitară în domeniul sănătății (2008-2013) (JO L 301, 20.11.2007, p. 3).

substanțele dopante. Aceasta reflectă o tendință în rândul țărilor europene, prin care este recunoscută existența legăturilor și similarităților dintre consumul substanțelor legale și ilegale, însă documentele de politică în domeniul drogurilor abordează foarte rar alte substanțe decât drogurile ilegale ⁽⁶⁾. Norvegia continuă să fie una dintre excepții, integrând pe deplin în planul de acțiune recent adoptat atât drogurile ilegale, cât și alcoolul. Numeroasele strategii și planuri de acțiune naționale din domeniul drogurilor ce urmează a fi elaborate pentru 2009, precum și cele recent adoptate, vor permite OEDT să analizeze măsura în care tendințele de creștere a integrării drogurilor legale și ilegale în politicile din domeniul drogurilor, identificate în extrasul din 2006, au avut continuitate.

Situația generală

În prezent, Austria este singurul stat membru al UE care nu a adoptat o strategie sau un plan național de acțiune în domeniul drogurilor, deși fiecare dintre provinciile sale are o strategie sau un plan regional de acțiune în domeniul drogurilor sau al dependenței. În celelalte 26 de state membre, precum și în Croația, Turcia și Norvegia, politica în domeniul drogurilor este stabilită în documentele naționale de politică în domeniul drogurilor. Comparativ, în 1995 doar 10 din cele 30 de state elaboraseră un astfel de instrument (figura 1).

Convergența se poate observa și în formatul strategiilor sau planurilor de acțiune în domeniul drogurilor. Paisprezece state își corelează în prezent documentele naționale de strategie în domeniul drogurilor cu strategiile și planurile de acțiune actuale ale UE. În plus, același număr de state își organizează în prezent politicile naționale în domeniul drogurilor folosind două instrumente complementare: un cadru strategic și un plan de acțiune (figura 1). În 2000, când Uniunea Europeană a folosit această abordare pentru prima dată, doar două state membre aveau două documente complementare de politică în domeniul drogurilor.

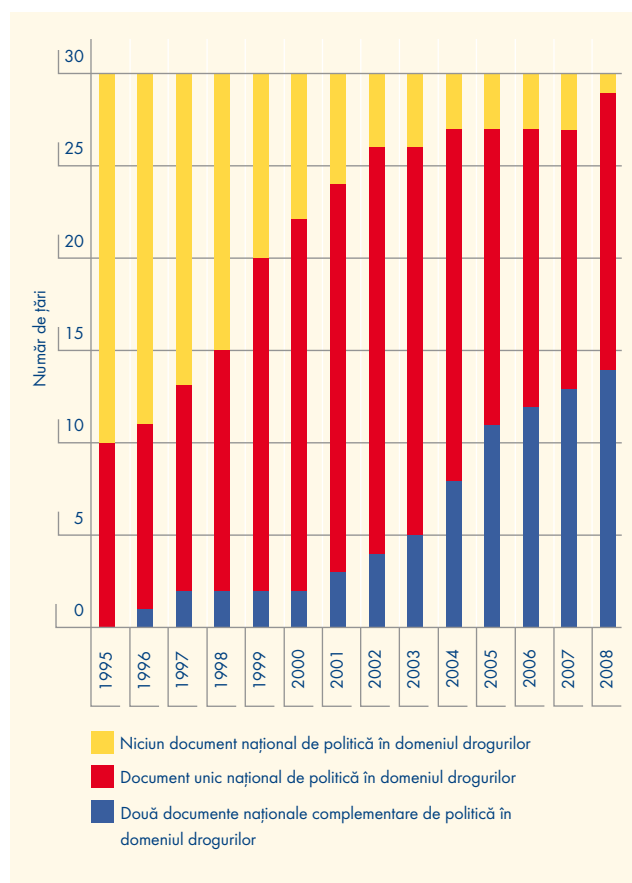
Conținutul documentelor naționale de politică în domeniul drogurilor este o altă zonă unde sunt semne de convergență între statele membre ale UE, Croația, Turcia și Norvegia, existând tot mai multe obiective și intervenții comune în strategiile și planurile naționale în domeniul drogurilor adoptate de diferite state. Totuși, așa cum statele europene au probleme diferite cu drogurile, precum și contexte politice, economice și sociale diferite, diversitatea existentă între politicile naționale din domeniul drogurilor, deși în scădere, se va menține într-o oarecare măsură și în viitor. Câteva dintre exemplele acestei diversități sunt ilustrate în capitolul 2.

Evaluare

În 2008, 13 state membre ale UE deja reformulasera sau erau în curs de revizuire sau reformulare a documentelor de politici naționale în domeniul drogurilor, făcând ca acest an să fie martorul unei activități nemaîntâlnite până acum în ceea ce privește elaborarea politicilor la nivel național. După Italia, Malta și Regatul Unit, Irlanda își va reînnoi strategia în domeniul drogurilor în 2008; Franța, Portugalia și România își vor reînnoi planurile de acțiune în domeniul drogurilor; Bulgaria, Spania, Cipru, Lituania și Slovacia își vor reînnoi atât strategiile în domeniul drogurilor, cât și planurile de acțiune. În fine, Țările de Jos, care au cel mai vechi document de politică națională în domeniul drogurilor din Europa, intenționează să elaboreze unul nou în cursul anului 2008.

În Europa este recunoscută din ce în ce mai mult necesitatea includerii monitorizării și evaluării ca o componentă esențială în strategiile naționale și planurile de acțiune în domeniul drogurilor. Aproape toate țările

Figura 1: Tendințe în numărul de țări cu documente naționale de politică în domeniul drogurilor în rândul celor 27 de state membre ale UE, Croația, Turcia și Norvegia



Surse: Punctele focale naționale Reitox.

⁽⁶⁾ A se vedea extrasul din 2006: „European drug policies: extended beyond illicit drugs?”

menționate mai sus au elaborat deja sau intenționează să elaboreze un raport intermediar privind punerea în aplicare a strategiilor sau a planurilor de acțiune ale acestora în domeniul drogurilor, iar unele dintre ele, de exemplu, Irlanda, Cipru și Portugalia, ar putea elabora evaluări mai aprofundate în 2008.

Statele membre ale UE diferă totuși în ceea ce privește metodele și abordările de evaluare a strategiilor naționale și a planurilor de acțiune în domeniul drogurilor; de asemenea, este necesară identificarea celor mai bune practici din domeniu. Acest lucru a fost evidențiat la o conferință privind evaluarea organizată de președinția portugheză a UE în septembrie 2007. Pentru a răspunde acestei provocări, OEDT, în colaborare cu statele membre, explorează posibilitatea elaborării unor orientări europene în acest domeniu.

Cheltuieli publice legate de droguri

Pentru 2006, patru state membre ale UE (Republica Cehă, Irlanda, Polonia, Portugalia) au furnizat informații detaliate privind cheltuielile publice asociate luptei împotriva drogurilor (rezumate în tabelul 1). Informațiile privind împărțirea cheltuielilor legate de droguri între guvernul central și guvernul regional sau local au fost furnizate de două din cele patru țări, aceasta permițând o comparație a rolului jucat de diferitele niveluri de guvernare. În țările pentru care datele sunt disponibile, cele mai multe dintre cheltuielile publice legate de droguri care au fost raportate sunt alocate activităților finanțate de guvernul central.

Un număr de 11 state membre au furnizat detalii privind cheltuielile publice pentru anumite activități întreprinse drept răspuns la problema drogurilor. Alte două țări au furnizat estimări brute ale cheltuielilor publice totale legate de

problema drogurilor (Spania, Malta), deși fără informații privind activitățile pentru care au fost cheltuiți banii.

În 2005, cheltuielile publice totale legate de droguri ale țărilor europene au fost calculate ca fiind între 13 și 36 miliarde EUR (OEDT, 2007a). Această cifră a fost estimată prin extrapolarea cheltuielilor totale legate de droguri ale șase țări (Belgia, Ungaria, Țările de Jos, Finlanda, Suedia, Regatul Unit) asupra celorlalte state. O estimare revizuită, care include date din alte țări (Republica Cehă, Franța, Luxemburg, Polonia, Slovacia), a fost propusă recent (OEDT, 2008d). Noua estimare a cheltuielilor publice legate de droguri în Europa este de 34 miliarde EUR (interval de încredere de 95 %, 28-40 miliarde EUR), sumă echivalentă cu 0,3 % din produsul intern brut combinat al tuturor statelor membre ale UE. Acest lucru sugerează că cheltuielile publice legate de problema drogurilor se ridică în medie la 60 EUR pe an pentru fiecare cetățean al UE. Aceste cifre trebuie totuși considerate ca fiind orientative, datorită datelor limitate pe care se bazează.

Rapoarte privind costul social al consumului de droguri

Datele privind costul social al consumului de droguri (costuri directe și indirecte datorate consumului de droguri) au fost raportate de patru state membre. Deși aceste rapoarte pot oferi perspective utile asupra impactului consumului de droguri în țara în care au fost realizate, diferențele de metode și de raportare a rezultatelor înseamnă că nu este posibilă compararea țărilor. Lipsa comparabilității datelor din diferite țări evidențiază necesitatea adoptării unei abordări comune pentru monitorizarea costului social al consumului de droguri în Europa.

În Italia, costul social al consumului ilegal de droguri a fost estimat la 6 473 milioane EUR, activitățile de aplicare a

Tabelul 1: Cheltuieli publice explicite legate de droguri ⁽¹⁾ ale anumitor state membre ale UE

Țară	Cheltuielile explicite raportate de către sectorul guvernamental (EUR)				Totalul ca procentaj din cheltuielile publice totale ⁽²⁾ (%)
	Centrale	Regionale	Locale	Total	
Republica Cehă	12 821 000	3 349 000	1 699 000	17 869 000	0,04
Irlanda ⁽³⁾	214 687 000	–	–	214 687 000	0,39
Polonia	68 476 000	644 000	13 253 000	82 373 000	0,08
Portugalia	75 195 175	–	–	75 195 175	0,11

⁽¹⁾ Cheltuieli publice în mod „explicit” legate de consumul de droguri în documentele contabile oficiale.

⁽²⁾ Totalul cheltuielilor publice generale în anul în cauză.

⁽³⁾ În Irlanda, departamentele guvernamentale și agențiile de stat sunt invitate să raporteze cheltuielile anuale legate de consumul de droguri către Department of Community, Rural and Gaeltacht Affairs, care le coordonează. Aceste cheltuieli publice nu sunt în mod necesar explicit legate de consumul de droguri în documentele contabile oficiale.

Surse: Punctele focale naționale Reitox și Eurostat (<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>)

legii având cea mai mare pondere în total (43 %), restul fiind împărțit între servicii medicale și sociale (27 %) și pierderea de productivitate a consumatorilor de droguri și a persoanelor afectate indirect de consumul de droguri (30 %). În plus, s-a estimat că consumatorii de droguri au cheltuit 3 980 milioane EUR pentru cumpărarea drogurilor ilegale. În baza acestor date, costul consumului de droguri în Italia este estimat la 0,7 % din produsul intern brut. În datele raportate pentru Austria, în 2004, împărțirea între costurile directe și cele indirecte a fost opusă față de cea raportată pentru Italia: din costul social al consumului de droguri estimat la 1 444 milioane EUR, 72 % reprezentau costurile indirecte.

Regatul Unit a raportat că, în 2003-2004, costurile economice și sociale ale consumului de droguri din clasa A ⁽⁷⁾ în Anglia și Țara Galilor au fost de 22,26 miliarde EUR, reprezentând un cost anual de 63 940 EUR pentru fiecare consumator problematic de droguri. S-a sugerat că consumul problematic de droguri a reprezentat 99 % din costurile totale. Costurile datorate criminalității legate de droguri, inclusiv aplicarea legii și costurile pentru victimele infracțiunilor legate de droguri, au reprezentat cel mai mare procentaj din costurile totale (90 %, respectiv 20,1 miliarde EUR).

Evoluția legislației naționale

Examinarea schimbărilor aduse legislației privind drogurile după Ungass din 1998 este de interes special în acest an de analize și evaluări internaționale, europene și naționale ale documentelor de politică în domeniul drogurilor. Observând schimbările din trei domenii cheie, prezenta secțiune pune următoarea întrebare: schimbările definițiilor legale și ale reacțiilor față de consumatorii drogurilor indică o tendință nouă mai amplă în modul în care țările privesc consumul drogurilor?

Deținerea pentru consum personal

În ultimii 10 ani, cele mai multe țări europene au trecut la o abordare care diferențiază între traficanții de droguri, care este considerat un infractor, și consumatorul de droguri, care este considerat mai degrabă o persoană bolnavă care are nevoie de tratament. Cu toate acestea, statele membre diferă considerabil în privința modului în care au ales să definească aceste categorii în legile noi pe care le-au adoptat în ultimii ani.

Una dintre problemele la care statele membre au avut cel mai ridicat nivel de divergență este măsura în care se stabilesc cantitățile prag pentru deținerea personală. În perioada 2004-2006, Bulgaria a eliminat conceptul de deținere personală, Italia l-a adoptat din nou după o

Către o mai bună înțelegere a cheltuielilor publice legate de consumul de droguri în Europa – extras OEDT 2008

Ca răspuns la planul de acțiune al UE în domeniul drogurilor 2005-2008, OEDT a elaborat un proiect menit să identifice, să elaboreze și să testeze metode de cuantificare a cheltuielilor publice legate de droguri. Un extras pe această temă oferă o privire de ansamblu asupra cifrelor totale privind cheltuielile publice legate de droguri din 2005 în statele membre ale UE și în Norvegia. Cele mai multe dintre cheltuielile identificate inițial erau „explicite” legate de consumul de droguri și erau depistate în general printr-o analiză exhaustivă a documentelor contabile oficiale, astfel reflectând eventual angajamentul voluntar al statelor în domeniul drogurilor. Atunci când era fezabil, cheltuielile ascunse sau „neexplicite” incluse în programe cu obiective mai largi erau estimate prin tehnici de modelare. Această nouă abordare dublă oferă estimări standardizate care maximizează validitatea și comparațiile transnaționale ale plăților publice în combaterea drogurilor și a toxicomaniei.

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

pauză de 12 ani, iar Regatul Unit a adoptat conceptul, dar apoi a decis să nu-l aplice. Cipru și Belgia au introdus în 2003 cantități limită definite pentru toate drogurile și, respectiv, pentru canabis; în timp ce, în Germania, landurile lucrează la punerea în aplicare mai consecventă a unei decizii a Curții Constituționale a cărei trimitere la „cantități insignifiante” a fost nedefinită, ducând la interpretări între 3 și 30 de grame. În 2005, în Slovacia, definițiile legale ale consumului personal au fost extinse de la un maxim de o doză la un maxim de trei și, pentru o cantitate mai mare, 10 doze. Cu toate acestea, în același timp pedeapsa pentru deținerea unei cantități mai mari a fost ridicată la un minim clar de patru ani de închisoare, ca pentru o infracțiune de trafic de droguri.

Consumul de droguri în grupuri mici reprezintă o altă provocare pentru încercările de a distinge între consumatori și furnizori. În Belgia, infracțiunea specifică de consum în grup a fost abrogată în 2003; în același an, o modificare a codului penal maghiar permitea îndrumarea către tratament a furnizorului unei cantități mici care urma să fie consumată „în comun” (ulterior, aceasta a fost contestată, fiind considerată neclară din punct de vedere legal). În 2006, Malta a constatat că pedeapsa minimă de șase luni pentru furnizori nu era întotdeauna adecvată în situații de consum în grup și a schimbat legea pentru a permite excepții.

(7) Drogurile din clasa A sunt definite ca fiind cele considerate cu cel mai ridicat grad de risc.

Cu privire la pedeapsă, pedepsele maxime sau probabile pentru consum sau deținere pentru consum personal, în absența circumstanțelor agravante, au fost reduse în diverse țări europene după 2001 – fie pentru toate drogurile (Estonia, Grecia, Ungaria, Portugalia, Finlanda), fie doar pentru canabis (Belgia, Luxemburg, Regatul Unit), fie pentru drogurile cu risc mai scăzut (România). Totuși, în cursul acestei perioade, nu toate țările au redus pedepsele: după consultări, Franța și Polonia au decis să nu-și schimbe legile, iar Danemarca a mărit pedepsele „normale” de la cauțiuni la amenzi (care au fost apoi crescute). O lege nouă în Italia a reintrodus statutul de contravenție administrativă al consumului de droguri, iar canabisul a fost reclasificat ca fiind eligibil pentru aceleași pedepse ca și alte substanțe ilegale, precum heroina și cocaina. În Regatul Unit, s-a anunțat că urmează reclasificarea canabisului într-o categorie superioară.

Alternative la pedeapsă

Schimbările privind accesul consumatorilor de droguri la tratament prin intermediul sistemului de justiție penală au, în general, două caracteristici. În primul rând, acestea extind posibilitățile de orientare spre tratament a consumatorilor de droguri. Cu toate acestea, există anumite diferențe între țări în ceea ce privește etapa în care este făcută oferta de tratament, cele mai multe țări oferind tratament în etapa instanței, nu în etapele inițiale ale contactului cu poliția sau procurorii. În al doilea rând, acestea sunt condiționate; încălcarea ordinului de tratament va reporni procedura de inculpare, urmărirea penală sau pedeapsa.

Țările au introdus sau extins opțiuni sau sisteme pentru trimiterea la tratament sau consiliere a infractorilor, ca o alternativă la pedeapsă sau detenție, în conformitate cu obiectivele Ungass și ale planului de acțiune al UE. În Irlanda și Malta, după arestare, consumatorii de droguri pot fi acum trimiși la tratament; acesta este cazul și în Regatul Unit, unde testarea antidrog la arestare este autorizată în anumite împrejurări. În Irlanda, Regatul Unit (Anglia și Scoția) și Norvegia au fost înființate instanțe speciale pentru droguri, acestea fiind discutate și în Malta; Portugalia a instituit un sistem de „comisii pentru descurajarea consumului de droguri” compuse dintr-un jurist, un medic și un asistent social. Legi noi din alte țări au introdus o anumită formă de tratament sau de alternativă la pedeapsă: în Franța, consumatorii ne dependenți care încalcă legea pot participa la cursuri de sensibilizare, plătiind pentru acestea; în Spania, Ungaria și Letonia, pedepsele privative de libertate pot fi suspendate pentru consumatorii de droguri care urmează un tratament; în Bulgaria, Ungaria, România și Turcia, libertatea condiționată poate fi combinată cu tratamentul. Țările de Jos urmăresc să crească utilizarea

tratamentului ca o condiție de eliberare anticipată din închisoare. Atunci când se consideră a fi adecvat, în Finlanda, infractorii condamnați pot fi în prezent orientați către un penitenciar deschis dacă nu mai consumă droguri; în Grecia, aceștia pot fi trimiși către o unitate specială de tratament. Eligibilitatea în programele de tratament pentru consumul de droguri a fost extinsă la cei condamnați pentru infracțiuni mai grave în Italia (în cazul în care infracțiunea se pedepsește cu închisoare de până la șase ani, acest nivel crescând de la cel anterior de patru ani) și Spania (creștere de la trei la cinci ani). În Belgia, la toate nivelurile procesului de justiție penală, există alternative pentru orientarea infractorilor consumatori de droguri către tratament.

Descrieri suplimentare ale diverselor tratamente alternative la pedeapsă și amploarea utilizării acestora pot fi găsite în secțiunile „Imagine de ansamblu” și „Rapoarte juridice” ale ELDD ⁽⁸⁾.

Accent pe protejarea publicului

În ultimul deceniu, dreptul penal a fost utilizat din ce în ce mai mult pentru a proteja publicul de consumatorul de droguri și, în paralel cu distincția dintre consumatorul „bolnav” și traficanțul „criminal”, categoria de „consumator” este, de asemenea, divizată din punct de vedere legal în cei care tulbură sau vătămă alți membri ai societății și cei care se abțin de la asemenea fapte. Măsurile care reduc pedepsele penale pentru consumul personal sau care oferă alternative la pedeapsă, descrise mai sus, fac parte din aceste evoluții. Aceste opțiuni de tratament sau pedepse reduse sunt, de exemplu, acordate cu condiția ca consumatorul să nu provoace o anumită formă de tulburare publică.

De asemenea, criteriile au fost extinse, iar pedepsele au fost crescute pentru acei infractori care riscă să vătămeze alți membri ai societății. Cea mai mare parte a activității legislative s-a concentrat asupra celor care consumă droguri, iar apoi conduc (Belgia, Republica Cehă, Danemarca, Spania, Franța, Letonia, Lituania, Portugalia, Finlanda). Legi noi care reglementează testarea antidrog la locul de muncă în Irlanda, Finlanda și Norvegia subliniază faptul că testarea este permisă în principal în situațiile în care ar apărea un pericol sau risc considerabil în urma consumului de droguri. Consumul de droguri în diverse mijloace de transport este controlat de legi noi: trenuri și nave în Irlanda; ambarcațiuni în Letonia; aviație în Finlanda. De asemenea, în ultimii ani au apărut: legi și strategii de prevenire sau pedepsire a neplăcerilor produse publicului legate de droguri (a se vedea extrasul din 2005); competențe noi privind închiderea barurilor sau a

⁽⁸⁾ <http://eldd.emcdda.europa.eu>

altor localuri sau de excludere a persoanelor din acestea (Belgia, Irlanda, Țările de Jos), precum și competențe de închidere a locuințelor private în care se desfășoară distribuția comercială de droguri sau consumul sistematic de droguri (respectiv Țările de Jos, Regatul Unit). În paralel, de asemenea, în această perioadă au fost introduse în Europa legi noi pentru protejarea neconsumatorilor față de consumul de tutun: din 2004, 24 de state membre ale UE (toate, cu excepția Greciei, Ungariei și Poloniei) au interzis sau limitat sever fumatul în locurile publice închise, deseori cu amenzi considerabile pentru contravenienți.

Pentru a sintetiza schimbările legale analizate aici: se pare că sancțiunile penale au fost adesea reduse pentru consumatorul individual care evită orice circumstanțe agravante, dar, aproape ca o compensare, au fost crescute pentru cei ale căror acțiuni pot afecta alți membri ai societății. Aceasta din urmă reflectă un accent sporit pe utilizarea dreptului penal pentru protejarea publicului.

Criminalitatea legată de droguri

Criminalitatea legată de droguri este un concept vast care poate include toate infracțiunile comise și care sunt, într-un anumit mod, legate de droguri ⁽⁹⁾. În practică, în Europa sunt disponibile date de rutină numai asupra rapoartelor inițiale asupra infracțiunilor la regimul drogurilor, în principal de la poliție. Deși aceste date sunt considerate de obicei indicatori indirecti ai consumului sau traficului de droguri, este important de menționat că ele reflectă diferențele existente între legislațiile naționale și modurile diferite în care se aplică și se asigură respectarea legilor. De asemenea, datele reflectă diferențele de priorități și de resurse alocate de agențiile din sistemul de justiție penală pentru anumite tipuri de infracțiuni. În plus, există diferențe între sistemele naționale de informații referitoare la infracțiunile la regimul drogurilor, în special în ceea ce privește practicile de raportare și de înregistrare. Deoarece aceste diferențe fac dificile comparațiile dintre țări, este mai potrivit să se compare tendințele decât niște cifre absolute.

În general, numărul de infracțiuni la regimul drogurilor raportate în statele membre ale UE a crescut cu o medie de 36 % între 2001 și 2006 (figura 2). Datele indică tendințe de creștere în toate țările raportoare, cu excepția Bulgariei, Greciei, Letoniei și Sloveniei, care au raportat o scădere generală în perioada de cinci ani menționată ⁽¹⁰⁾.

Infracțiuni legate de consum și ofertă

Echilibrul dintre infracțiunile la regimul drogurilor legate de consum și cele legate de ofertă (vânzare, trafic, producție) este similar celui raportat în anii anteriori. Cele mai multe țări europene au raportat faptul că majoritatea infracțiunilor au fost legate de consumul de droguri sau de deținerea în vederea consumului, cifrele din 2006 ajungând până la 93 % în Spania ⁽¹¹⁾. Cu toate acestea, în Republica Cehă, Țările de Jos, Turcia și Norvegia, infracțiunile legate de furnizare au fost predominante, acestea reprezentând între 52 % (Turcia) și 88 % (Republica Cehă) din toate infracțiunile la regimul drogurilor raportate în 2006.

Numărul de infracțiuni la regimul drogurilor legate de consum a crescut cu o medie de 51 % între 2001 și 2006 în Uniunea Europeană, două treimi din țările raportoare indicând o tendință de creștere, numai Slovenia și Norvegia având o tendință de scădere în perioada de cinci ani menționată ⁽¹²⁾. În plus, merită menționat faptul că infracțiunile legate de consum, ca procentaj din toate infracțiunile la regimul drogurilor, au crescut în aceeași perioadă în jumătate din țările raportoare.

Infracțiunile legate de oferta de droguri au crescut la rândul lor în perioada 2001-2006, dar într-un ritm mult mai lent, cu o creștere medie de 12 % în Uniunea Europeană. În această perioadă, numărul de infracțiuni legate de ofertă a crescut în peste jumătate din țările raportoare și a scăzut în patru țări (Germania, Cipru, Țările de Jos, Slovenia) ⁽¹³⁾.

Tendințe în funcție de drog

În cele mai multe țări europene, în 2006, canabisul a continuat să fie drogul ilegal cel mai des implicat în infracțiunile raportate la regimul drogurilor ⁽¹⁴⁾. În țările din această categorie, infracțiunile privind canabisul reprezentau 36-86 % din totalul infracțiunilor la regimul drogurilor. În câteva țări, alte droguri decât canabisul erau predominante în infracțiunile la regimul drogurilor: în Republica Cehă, metamfetamina a reprezentat 60 % din infracțiunile la regimul drogurilor; în Malta, cifra pentru heroină a fost de 41 %. În Luxemburg, infracțiunile la regimul drogurilor au fost distribuite aproape egal între canabis, heroină și cocaină.

În perioada de cinci ani 2001-2006, numărul de infracțiuni la regimul drogurilor în care este implicat canabisul a crescut sau a rămas stabil în cele mai multe țări raportoare, ducând la o creștere medie generală de 34 % în Uniunea

⁽⁹⁾ Pentru o discuție a relațiilor dintre droguri și criminalitate, a se vedea OEDT (2007b).

⁽¹⁰⁾ A se vedea tabelul DLO-1 din buletinul statistic 2008.

⁽¹¹⁾ A se vedea tabelul DLO-2 din buletinul statistic 2008.

⁽¹²⁾ A se vedea figura DLO-2 și tabelul DLO-4 din buletinul statistic 2008.

⁽¹³⁾ A se vedea tabelul DLO-5 din buletinul statistic 2008.

⁽¹⁴⁾ A se vedea tabelul DLO-3 din buletinul statistic 2008.

Europeană (figura 2). Cu toate acestea, Bulgaria, Republica Cehă (2002-2006), Italia și Slovenia au raportat tendințe de scădere ⁽¹⁵⁾.

Infrațiunile legate de cocaină au crescut în perioada 2001-2006 în toate țările europene, cu excepția Bulgariei, Germaniei și Slovaciei. Media pe UE a crescut cu 61 % în timpul aceleiași perioade.

În perioada 2001-2006, infrațiunile la regimul drogurilor legate de heroină oferă un tablou diferit de cel legat de canabis sau cocaină, scăzând cu o medie de 14 % în Uniunea Europeană, în principal între 2001 și 2003. Cu toate acestea, tendințele naționale ale infrațiunilor legate de heroină au fost divergente în perioada menționată, o treime dintre țări raportând tendințe ascendente ⁽¹⁶⁾.

Tendințele medii la nivelul UE privind infrațiunile legate de amfetamină și ecstasy au atins un maxim în 2004. Deși tendința pentru infrațiunile legate de amfetamină a rămas ascendentă (creștere medie de 41 % în 2001-2006), media pe UE pentru infrațiunile legate de ecstasy a fluctuat în perioada menționată, fără o schimbare generală între 2001 și 2006.

Cercetarea națională privind drogurile

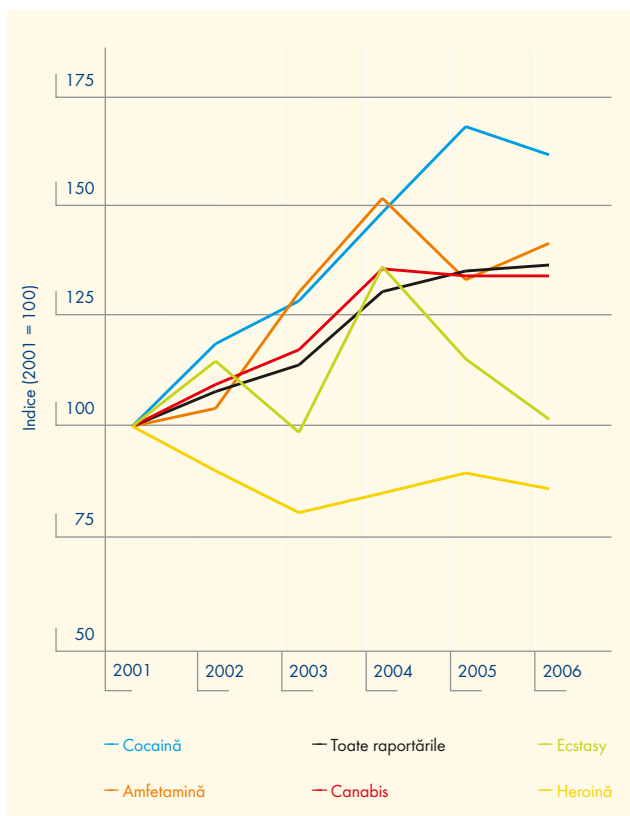
Cercetarea privind problema drogurilor se desfășoară în toate țările europene, unde furnizează informațiile esențiale pentru descrierea și înțelegerea impactului drogurilor ilegale la nivel național. În baza rapoartelor din 25 de state membre, din Croația și din Norvegia, este posibilă prezentarea unei imagini de ansamblu a organizării cercetării legate de droguri în țările europene. Într-o perioadă în care importanța intervențiilor bazate pe dovezi este din ce în ce mai recunoscută, trebuie menționat faptul că 21 de țări au raportat că politica în domeniul drogurilor se bazează, cel puțin într-o anumită măsură, pe rezultatele cercetării.

Coordonare și finanțare

Cercetarea privind drogurile este menționată în strategia națională în domeniul drogurilor sau în planul de acțiune în 20 din cele 27 de țări raportoare, fie ca subiect specific, fie ca o componentă esențială a politicii bazate pe dovezi. În 15 dintre cele 27 de țări raportoare, există structuri de coordonare a cercetării privind drogurile la nivel național. Numai cinci țări raportează că cercetările privind drogurile nu sunt menționate în strategiile naționale ale acestora sau că nu au o structură națională de coordonare în acest domeniu.

Statul este principala sursă de finanțare pentru cercetarea privind drogurile raportată de statele membre, fie prin

Figura 2: Tendințele indexate din rapoartele privind infrațiunile la regimul drogurilor în statele membre ale UE, 2001-2006



NB:

Tendințele reprezintă informațiile disponibile despre numărul de rapoartări naționale privind infrațiunile la regimul drogurilor (penale și nepenale) comunicate de toate agențiile de aplicare a legii din statele membre ale UE; toate seriile sunt indexate la o bază de 100 în 2001 și ponderate în funcție de dimensiunile populației țărilor, pentru a se desprinde tendința globală europeană; numărul total de infrațiuni raportate în 2006 în țările incluse în tendințe (înainte de ponderare) a fost: amfetamină, 41 069; canabis, 550 878; cocaină, 100 117; ecstasy, 17 598; heroină, 77 242; toate raportările, 936 866. Țările care nu dispun de date pentru cel puțin doi ani consecutivi nu sunt incluse în calculul tendințelor: tendința globală se referă la toate statele membre ale UE, cu excepția Regatului Unit; tendința pentru canabis se bazează pe 18 țări, heroina pe 18, cocaina pe 17, amfetaminele pe 12, iar ecstasy pe 13. Pentru informații suplimentare privind metodologia, a se vedea figura DLO-3 în buletinul statistic 2008.

Surse:

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

programe de cercetare generală, fie prin programe de cercetare în domeniul drogurilor. Sănătatea și științele sociale sunt două din domeniile principale de cercetări generale în care poate fi găsită finanțare pentru cercetarea privind drogurile. Finanțarea destinată în mod special cercetării privind drogurile poate fi pusă la dispoziție prin intermediul organismelor naționale de coordonare a luptei împotriva drogurilor (Republica Cehă, Spania, Franța, Luxemburg, Ungaria, Polonia, Portugalia, Norvegia). Ambele tipuri de programe de finanțare

⁽¹⁵⁾ A se vedea tabelul DLO-6 din buletinul statistic 2008. Pentru o analiză complementară a infrațiunilor legate de canabis, a se vedea capitolul 3.

⁽¹⁶⁾ A se vedea tabelul DLO-7 din buletinul statistic 2008.

combină deseori cercetarea privind drogurile ilegale cu alte subiecte din domeniul dependenței, precum alcoolul, tutunul și jocurile de noroc. Fondurile sunt disponibile de cele mai multe ori prin contracte de cercetare sau prin programe cadru pentru care candidează cercetătorii. Alte tipuri de surse de finanțare raportate includ fundațiile, academiile științifice, instituțiile private, fondurile speciale pentru lupta împotriva drogurilor, Comisia Europeană și Organizația Națiunilor Unite.

Structuri și proiecte

Majoritatea țărilor au raportat că cercetarea are loc în cea mai mare parte în universități și în centre specializate, unele dintre ele găzduind puncte focale naționale, acestea fiind urmate de centrele de cercetare publice și private. Câteva țări (Germania, Spania, Portugalia) au raportat rețele naționale de cercetare. Acestea pot juca un rol important în organizarea și finanțarea cercetării și, de asemenea, pot promova mai multe legături directe între cercetare și practică.

Printre studiile majore realizate începând din 2000, raportate de statele membre, peste jumătate au fost în domeniul epidemiologiei, iar circa o treime în cercetarea aplicată (în principal, evaluări ale intervențiilor în prevenire și tratament). De asemenea, au fost citate studii privind factorii determinanți, factorii de risc și de protecție pentru consumul de droguri, consecințele consumului de droguri, precum și mecanismele și efectele drogurilor.

Câteva țări au raportat constrângeri privind cercetarea privind drogurile. Printre problemele identificate au fost

următoarele: aspecte organizatorice, precum lipsa de coordonare și resursele dispersate (Germania, Franța, Austria); lipsa personalului de cercetare calificat (Letonia, Ungaria) și aspecte metodologice (probleme de protecție a datelor, probleme în contactarea populațiilor ascunse, lipsa de continuitate a proiectelor de cercetare). Câteva țări au identificat fondurile limitate disponibile pentru cercetarea privind drogurile ca o constrângere majoră (Belgia, Grecia, Polonia, România, Finlanda).

Difuzare

A fost identificat un total de 25 de jurnale europene cu referenți, specializate în domeniul drogurilor și publicând în alte limbi decât engleza. Cele mai multe dintre aceste jurnale naționale publică rezumate în engleză și acceptă contribuții internaționale. În plus față de publicațiile care se specializează în drogurile ilegale și dependență, sunt publicate articole privind consumul de droguri ilegale și în jurnale cu referenți într-o gamă largă de discipline, precum și în publicațiile profesionale. În 2006, concluzii ale cercetărilor în domeniul drogurilor au fost publicate în peste 100 asemenea jurnale europene. Alte tipuri de publicații, inclusiv cele ale punctelor focale naționale, joacă la rândul lor un rol important în difuzare.

Punctele focale naționale Reitox joacă, de asemenea, un rol important în difuzarea rezultatelor cercetărilor în toate țările raportoare, în principal prin intermediul rapoartelor naționale ale acestora.

Ce urmează în cercetarea în domeniul drogurilor

Informațiile detaliate privind cercetările în domeniul drogurilor desfășurate în țările europene au fost colectate de către OEDT prin rețeaua sa de puncte focale naționale Reitox. Informațiile furnizate de către statele membre includ o descriere a organizațiilor naționale de cercetare și a aranjamentelor de finanțare. De asemenea, statele membre au oferit liste ale principalelor studii desfășurate începând cu anul 2000 și au inclus lucrări și jurnale științifice și site-uri web prin intermediul cărora au fost difuzate concluziile cercetărilor naționale legate de droguri. OEDT pune aceste informații, precum și alte informații suplimentare, la dispoziția publicului, prin diferite produse și canale de difuzare (a se vedea <http://www.emcdda.europa.eu/themes/research>).

Pentru o analiză mai aprofundată a acestei teme, a se vedea extrasul pe 2008 privind cercetarea în domeniul

drogurilor (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues>).

Comisia Europeană a dispus o analiză comparativă aprofundată a cercetărilor în domeniul drogurilor ilegale din Uniunea Europeană. Studiul ar trebui să ofere o privire generală asupra fondurilor disponibile pentru cercetările în domeniul drogurilor din Uniunea Europeană și statele membre, bazată pe rezultatele extrasului privind cercetarea, extinzându-se și la cercetarea în domeniile reducerii ofertei de droguri și securității. Studiul va analiza infrastructurile de cercetare existente în cadrul statelor membre și la nivel european și va face comparații cu alte regiuni, precum America de Nord sau Australia. Acesta va concluziona cu recomandări de opțiuni strategice pentru abordarea lacunelor de informații și pentru îmbunătățirea cooperării la nivel european. De asemenea, va evalua rețelele europene existente, inclusiv cele ale OEDT și punctelor focale naționale Reitox. Rezultatele acestui studiu vor fi disponibile la începutul anului 2009.



Capitolul 2

Răspuns la problema drogurilor în Europa – o privire de ansamblu

Introducere

Acest capitol prezintă o privire de ansamblu asupra răspunsurilor la problema drogurilor în Europa, iar acolo unde este posibil evidențiază tendințe, evoluții și aspecte calitative. Setul de măsuri analizate aici include prevenirea, tratamentul, reducerea riscurilor și reintegrarea socială, care, împreună, formează un sistem cuprinzător de reducere a cererii. Capitolul include și o analiză a datelor disponibile privind nevoile consumatorilor de droguri din penitenciare și răspunsurile existente în această situație specifică. În plus, sunt discutate pe scurt viitoare provocări ale monitorizării în alt domeniu al politicii în domeniul drogurilor, reducerea ofertei de droguri.

Prevenirea

Prevenirea consumului de droguri poate fi împărțită în diferite niveluri sau strategii, de la prevenirea de proximitate la prevenirea indicată, care, în mod ideal, nu se concurează, ci se completează. Următoarea descriere a situației actuale și a tendințelor din Europa se bazează pe date calitative privind furnizarea unei prevenirii universale și selective raportate către OEDT în 2007 ⁽¹⁷⁾ și pe o analiză bibliografică privind prevenirea indicată (OEDT, 2008f).

Prevenirea universală

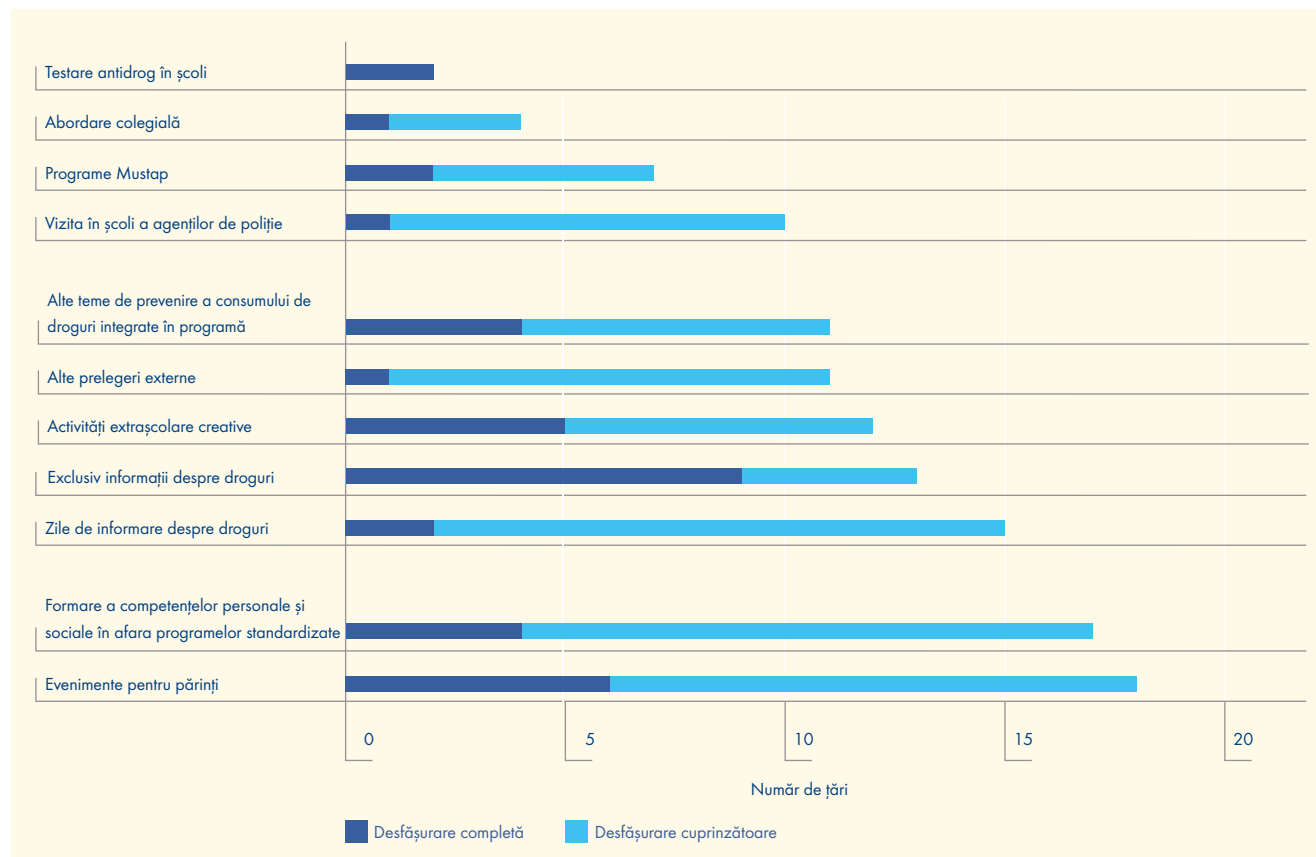
Obiectivele prevenirii universale în școli a consumului de droguri în Europa par să se fi modificat în ultimii ani. În 2007, dezvoltarea aptitudinilor de integrare socială a fost cel mai frecvent raportat obiectiv al activităților de prevenire (12 din 28 de țări raportoare), în timp ce în 2004 jumătate dintre țări (13/26) au raportat sensibilizarea și informarea ca obiectiv principal al acestora. Crearea unui mediu protector în școli, o formă de intervenție structurală, a fost, de asemenea, mai des menționată ca obiectiv principal în 2007 (șase țări) decât în 2004 (patru țări). Schimbările obiectivelor raportate pot reflecta adoptarea unei abordări mai raționale în mai mare

Îmbunătățirea monitorizării reducerii ofertei de droguri

Reducerea ofertei de droguri poate fi definită ca incluzând toate activitățile care urmăresc să împiedice ca drogurile ilegale să ajungă la consumatori. Printre acestea se numără instrumente precum convențiile internaționale, legislația și politicile UE și naționale, precum și acțiuni care abordează diversele procese și actorii implicați în producția și traficul de droguri ilegale, dar și în deturnarea sau producția ilegală a substanțelor legale (medicamente, substanțe chimice precursorare) în scopuri ilegale și în spălarea de bani proveniți din droguri. Activitățile de aplicare a legii, inițiativele și proiectele de dezvoltare alternativă destinate prevenirii criminalității legate de droguri contribuie toate la reducerea ofertei de droguri ilegale. Monitorizarea și analiza constituie, ca și în cazul reducerii cererii de droguri, un sprijin important pentru aceste activități și pentru evaluarea acestora.

Exercițiile recente de colectare a datelor în cadrul analizelor intermediare anuale ale planului UE de acțiune în domeniul drogurilor și analiza Ungass (a se vedea capitolul 1) au constatat un tablou complex în ceea ce privește disponibilitatea datelor privind reacțiile în domeniul reducerii ofertei. Activitățile referitoare la proiectele internaționale sunt de obicei bine documentate, în timp ce datele privind activitățile la nivel național sunt deseori greu de accesat și comparat. Comisia Europeană, Eurostat, Europol și OEDT lucrează în vederea îmbunătățirii acestei situații în cadrul următorului plan UE de acțiune în domeniul drogurilor (2009-2012). Trebuie analizate cadrele conceptuale și sistemele de informații existente, precum și potențialele surse de informații pentru monitorizarea și analizarea activităților de reducere a ofertei în statele membre. De asemenea, este necesară o mai bună înțelegere a piețelor drogurilor, în special aranjamentele de furnizare și distribuție în dimensiunile lor sociale și economice. Două studii finanțate de Comisia Europeană vor explora atât sistemele de informare, cât și sursele privind reducerea ofertei de droguri și piețele internaționale ale drogurilor.

⁽¹⁷⁾ Datele au fost furnizate de experții naționali din statele membre.

Figura 3: Cele mai frecvente tipuri de intervenții în prevenirea universală în școli

NB: Mustap = programe multisesiune, standardizate, cu materiale tipărite.

Surse: Punctele focale naționale Reitox.

măsură bazată pe dovezi, dar este neclar dacă această schimbare a obiectivelor reflectă o aplicare efectivă.

Evenimentele pentru părinți și strategiile exclusiv de informare (zile de informare, vizite ale experților sau ale agenților de poliție în școli) se numără printre tipurile de intervenții în școli raportate de cel mai mare număr de țări (figura 3). Eficacitatea acestor intervenții este neclară. În contrast, unele din cele mai puternice intervenții bazate pe dovezi sunt raportate doar în câteva țări. Printre acestea se numără programe standardizate, abordări colegiale sau intervenții specifice pentru băieți, toate acestea urmărind îmbunătățirea aptitudinilor de comunicare, sporirea capacităților de gestionare a conflictelor, stresului sau frustrării sau de corectare a prejudecăților normative referitoare la consumul de droguri. Prevalența generală a intervențiilor care nu se sprijină pe dovezi sau se sprijină în prea mică măsură pe acestea s-ar putea datora faptului că necesită mai puține resurse și o formare mai redusă a personalului.

În plus față de activitățile care vizează în mod specific consumul de droguri, în școli există și intervenții structurale.

Urmărind să creeze medii sociale protectoare și normative, intervențiile structurale intenționează să influențeze opțiunile tinerilor în privința consumului de droguri (Toumbourou et al., 2007). Această abordare corespunde politicilor generale de prevenire care includ din ce în ce mai mult reglementări mai stricte asupra tutunului și alcoolului în școli. Ca atare, 20 de țări raportează interdicții totale asupra fumatului în toate școlile, iar 18 țări raportează desfășurarea completă sau cuprinzătoare în școli⁽¹⁸⁾ a politicilor în domeniul drogurilor. În Europa Centrală și de Vest, în special, statele membre raportează punerea în aplicare a unor intervenții structurale destinate reducerii consumului de tutun și alcool în școli. De asemenea, aceste măsuri de prevenire pot fi completate cu alte măsuri structurale, precum îmbunătățirea proiectării clădirilor școlilor și a vieții școlare.

Prevenirea în cadrul familiei este o altă abordare de prevenire larg utilizată. Un număr de 11 țări au raportat o desfășurare completă sau cuprinzătoare a reuniunilor și serilor familiale. Similar cu prevenirea în școli, prevenirea în cadrul familiei pare să se concentreze în principal pe

⁽¹⁸⁾ Desfășurare cuprinzătoare: intervenția este prevăzută în majoritatea amplasamentelor în care dimensiunea populației-țintă este suficientă pentru punerea sa în aplicare. Desfășurare completă: intervenția este prevăzută în aproape toate amplasamentele în care dimensiunea populației țintă este suficientă pentru punerea sa în aplicare.

informare. Instruirea și formarea intensive pentru familii, o abordare care s-a dovedit în mod consecvent eficace în studii (Petrie et al., 2007), este oferită în mod limitat, numai șapte țări raportând nivelul cel mai ridicat de furnizare.

Prevenirea selectivă

Prevenirea selectivă este ghidată de indicatori sociali și demografici, precum ratele șomajului, delincvenței și absenteismului. Aceasta intervine asupra unor grupuri specifice, asupra familiilor sau asupra unor comunități întregi, în care persoanele, datorită legăturilor sociale și resurselor reduse, pot fi mai expuse riscului consumului de droguri sau al instaurării dependenței.

Un număr de 13 țări raportează că cea mai mare parte a prevenirii în cadrul familiei este selectivă. Cu toate acestea, condițiile importante de risc ale familiilor sunt rareori abordate în Europa. Din cele 30 de țări raportoare, numai șapte raportează o desfășurare completă sau cuprinzătoare a intervențiilor pentru consumul de substanțe psihoactive în familie, iar cinci raportează desfășurarea de intervenții pentru conflicte și neglijare familială. În plus, următoarele categorii de intervenții au fost fiecare raportate de către patru țări: abordarea dezavantajelor sociale (de exemplu, șomaj), asistență cu problemele de justiție penală sau asistarea familiilor marginalizate din minoritățile etnice. De asemenea, numai trei țări abordează necesitățile familiilor care se confruntă cu probleme de sănătate mintală.

Condițiile de risc ale grupurilor tinere vulnerabile, de exemplu, tinerii infractori, tinerii fără adăpost, cei cu absențe nemotivate, dezavantajați și minoritari, sunt, de asemenea, rareori abordate, în ciuda unei importanțe politice sporite. Din 2004, un număr în creștere de politici în domeniul drogurilor le-au indicat drept ținte primare ale intervențiilor de prevenire, dar nivelul raportat de desfășurare a intervențiilor nu a crescut în această perioadă. Date mai detaliate sunt prezentate în extrasul din 2008 privind tinerii vulnerabili.

Prevenirea indicată

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. Printre aceste persoane se pot număra cei care au abandonat școala și cei cu tulburări psihice, comportament antisocial sau semne timpurii de consum de droguri. Un raport recent publicat de către OEDT (2008f) prezintă studii

longitudinale care definesc traiectoriile problematice, studii neurocomportamentale și cunoștințe sporite despre plasticitatea creierului și rolul neurotransmițătorilor și, de asemenea, evidențiază concluziile intervențiilor raportate de către statele membre.

Copiii cu tulburări comportamentale, precum coexistența tulburării de deficit de atenție (hiperactivitate) cu tulburările de conduită, prezintă un risc ridicat de dezvoltare a problemelor legate de consumul de droguri. Intervenția timpurie asupra copiilor cu tulburări comportamentale necesită o cooperare strânsă între serviciile medicale, sociale și pentru tineret. Conceptul german de „tratament multi-modul”, de exemplu, oferă o combinație de consiliere pentru părinți și îngrijitori, sprijin concomitent medical, psihoterapeutic și psihosocial, precum și sprijin educațional în grădinițe și școli. Abordarea irlandeză de educație specifică și consiliere psihologică pentru tineri, în special pentru prevenirea tulburărilor de dezvoltare în școli, unități educaționale și în familie, a avut în ansamblu rezultate pozitive la evaluare. În Țările de Jos, un studiu privind efectele preventive pe termen lung ale tratării comportamentelor perturbatoare ale tinerilor în copilăria mijlocie (între 8 și 13 ani) a constatat că terapia

Drogurile și grupurile vulnerabile de tineri – extras OEDT 2008

Tinerii din anumite grupuri se confruntă cu riscul excluderii sociale, iar aceasta poate fi asociată cu o probabilitate crescută de consum de droguri și de apariție a unor probleme legate de consumul de droguri. Prin concentrarea intervențiilor de reducere a consumului de droguri și a riscurilor legate de consumul de droguri asupra unor grupuri specifice, cresc șansele de a ieși în întâmpinarea nevoilor acestor grupuri și de reușită a intervențiilor. Acest extras oferă informații detaliate despre factorii de risc și profilurile de vulnerabilitate a unor grupuri specifice și explorează consumul de droguri și probleme legate de consumul de droguri în cadrul acestora. Acesta investighează, de asemenea, consecințele vulnerabilității care rezultă din absenteism, eșec școlar, dezavantaje sociale, probleme familiale și delincvență. De asemenea, sunt discutate răspunsurile specifice la consumul de droguri și la problemele legate de consumul de droguri în cadrul grupurilor vulnerabile, inclusiv legislație, prevenire și tratament.

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

comportamentală manualizată a prezentat urmări semnificativ mai bune asupra fumatului și consumului de cannabis în comparație cu tratamentul obișnuit (Zonnevylle-Bender et al., 2007).

Eficacitatea și riscurile intervențiilor

Consumul de droguri în rândul copiilor și în familii rămâne ținta principală a intervenției specifice în Europa. Un număr mare de studii privind predictorii sociali și neurocomportamentali ai dezvoltării consumului de substanțe psihoactive a arătat că eforturile de prevenire care nu sunt concentrate pe droguri pot avea un efect și asupra consumului de droguri. Atât prevenirea selectivă, cât și cea indicată pot modera efectul unui dezavantaj timpuriu de dezvoltare, transformarea sa în marginalizare socială și evoluția ulterioară în abuz de droguri. Câteva studii de cercetare au arătat că intervențiile realizate în cursul primilor ani de școală, destinate îmbunătățirii mediilor educaționale și reducerii excluderii sociale au, de asemenea, un efect moderator asupra utilizării ulterioare de substanțe psihoactive (Toumbourou et al., 2007).

Eficiența generală a prevenirii în școli a fost pusă sub semnul întrebării (Coggans, 2006; Gorman et al., 2007). Recentele analize bibliografice ⁽¹⁹⁾, cu toate acestea, arată că anumite componente ale prevenirii în școli, precum vizarea credințelor normative și a aptitudinilor de integrare socială, par a fi eficiente. De exemplu, studiul EU-Dap, un studiu clinic controlat randomizat la nivel european, cofinanțat de Comisia Europeană pentru a elabora și evalua un program de prevenire în școli, a raportat rezultate pozitive ⁽²⁰⁾. Un studiu de monitorizare a constatat că, la 15 luni de la intervenție, efectul programului a rămas stabil, cu frecvențe reduse ale beției și ale consumului de cannabis observate la participanți. Programul „Unplugged” folosit în studiul clinic a contestat normele legate de acceptare și credințele referitoare la prevalența consumului de substanțe psihoactive în rândul tinerilor.

Prevenirea nu ar trebui doar să fie eficientă, ar trebui să fie și sigură – efectele nedorite trebuie reduse la minimum. Astfel, riscul efectelor negative ar trebui luat în considerare cu atenție la proiectarea și evaluarea intervențiilor. Acest lucru este foarte important pentru prevenirea universală în școli, care este aplicată unei populații ținută mare și diversă. De exemplu, furnizarea de informații numai asupra efectului drogurilor, o abordare larg răspândită în Europa, nu este doar ineficientă, dar prezintă și riscul unor efecte nedorite (Werch și Owen, 2002). Același lucru este aplicabil campaniilor mass-media, care prezintă

Portalul OEDT privind cele mai bune practici

OEDT a lansat în acest an primul modul al portalului privind cele mai bune practici pe internet, referitor la intervențiile legate de droguri (prevenire, tratament, reducerea riscurilor și reintegrare socială). Portalul oferă o imagine de ansamblu asupra ultimelor dovezi privind eficiența și eficacitatea diferitelor intervenții, prezentând instrumente și standarde destinate îmbunătățirii calității intervențiilor, precum și evidențiind exemple de practici evaluate din întreaga Europă. Acesta este destinat practicienilor, factorilor decizionali și cercetătorilor din domeniul drogurilor și pune accent pe situația la nivel european.

Primul modul al portalului se concentrează pe prevenirea universală, în special pe dovezile eficienței, care se bazează pe câteva analize publicate începând cu anul 2000. Pentru detalii asupra concluziilor, a se vedea <http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice>

Portalul oferă informații privind eficiența diverselor intervenții, dar ar trebui menționat că baza de dovezi rămâne uneori limitată, iar alegerea între diferite intervenții necesită prudență. De asemenea, deoarece studiile clinice controlate măsoară eficacitatea programelor, rămâne sub semnul întrebării comportamentul anumitor intervenții în diverse medii. Noua ediție a bazei de date EDDRA, disponibilă în portal, cuprinde exemple de intervenții evaluate în diferite țări și medii, putând furniza orientări suplimentare.

riscul sporirii înclinației spre consumul de substanțe psihoactive ⁽²¹⁾.

O modalitate de asigurare a fundamentării pe dovezi a programelor de prevenire și a reducerii riscului efectelor nedorite este elaborarea unor standarde pentru realizarea și conținutul proiectelor de prevenire. Numărul de state membre care raportează standarde pentru elaborarea și evaluarea proiectelor a crescut de la trei în 2004 la nouă în 2007. Câteva state membre raportează faptul că acestea elaborează procese de certificare pentru a garanta calitatea programelor și utilizarea eficientă a resurselor din bugetele publice (Republica Cehă, Ungaria, Polonia, Portugalia). În Republica Cehă, de exemplu, certificarea activităților preventive este o condiție pentru primirea subvențiilor de la bugetul de stat.

Tratamentul

Prezenta secțiune urmărește să ofere o imagine de ansamblu asupra tratamentului pentru consumul de droguri în Europa, descriind organizarea și furnizarea serviciilor.

⁽¹⁹⁾ A se vedea portalul privind cele mai bune practici (<http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice>).

⁽²⁰⁾ <http://www.eudap.net>

⁽²¹⁾ A se vedea capitolul 3 din prezentul raport și raportul anual 2007.

Organizare

În general, serviciile de tratament pentru consumul de droguri sunt în principal furnizate prin sectorul public în statele membre ale UE, deși organizațiile neguvernamentale (ONG-urile) pot juca un rol similar (șapte state membre) sau chiar pot fi principalul furnizor de servicii de tratament (cinci state membre). Medicii generaliști joacă, de asemenea, un rol important, iar în anumite țări sunt furnizori esențiali ai tratamentului de substituție. Sectorul privat poate fi implicat la rândul său în anumite țări, în special în domeniul centrelor spitalicești. Cu toate acestea, finanțarea tratamentului pentru consumul de droguri este în principal furnizată din bugetul public sau este legată de asigurările sociale sau de sănătate.

Furnizare

Tratamentul pentru consumul de droguri se desfășoară într-o varietate de situații, inclusiv în centre ambulatorii și cu internare, centre de medicină generală, agenții cu acces necondiționat și penitenciare. Centrele ambulatorii, inclusiv centrele de medicină generală, reprezintă cea mai mare parte a tratamentului pentru consumul de droguri în Europa, în principal deoarece tratamentul de substituție este de obicei realizat în aceste condiții. Consumatorii de droguri care încep tratamentul în ambulatoriu sunt, în conformitate cu cele mai recente cifre ale indicatorului de cerere de tratament, în medie în vârstă de 30 de ani și mai ales bărbați ⁽²²⁾. Aproximativ o treime dintre aceștia vin singuri la tratament, 22 % sunt trimiși la tratament de către sistemul de justiție penală, această cifră crescând în ultimii ani, iar restul sunt trimiși prin serviciile sociale și de asistență medicală sau prin rețele neoficiale ⁽²³⁾.

Jumătate dintre pacienții care încep tratamentul în ambulatoriu au raportat consum primar de opiacee, în timp ce 21 % au menționat cannabisul, iar 16 % cocaina ca drog primar. Creșterea proporției de pacienți, în special pacienți noi, trimiși la tratament pentru probleme cu drogurile neopiacice poate reflecta îmbunătățiri ale disponibilității tratamentelor pentru consumatorii de cannabis și cocaină în mai multe state membre, precum și o creștere a numărului de consumatori care solicită tratament pentru aceste droguri (a se vedea capitolele 3 și 5). Cu toate acestea, disponibilitatea generală a serviciilor orientate în mod specific către necesitățile consumatorilor de droguri neopiacice rămâne limitată.

Tratamentul în centrele cu internare are loc mai ales în comunități terapeutice, spitale psihiatrice și departamente

specializate ale spitalelor generale. Serviciile furnizate variază de la detoxificare pe termen scurt la programe extinse de tratament psihiatric și pe bază de abstenență. Serviciile de tratament spitalicesc pot fi adecvat în mod special pentru consumatorii de droguri cu nevoi complexe de tratament, datorită problemelor de sănătate fizică și mintală comorbide. Pacienții internați sunt, în medie, similari pacienților tratați în ambulatoriu: au o vârstă în jur de 30 de ani, sunt în principal bărbați și încep un tratament împotriva drogurilor pentru consum primar de opiacee ⁽²⁴⁾. Proporția pacienților tratați pentru consum de droguri fără loc de muncă și cu domiciliu instabil este totuși mai mare printre pacienții internați în cele mai multe țări în care această comparație este posibilă ⁽²⁵⁾.

În trecut, serviciile de tratament pentru consumul de droguri au fost organizate în jurul nevoilor consumatorilor de opiacee, care încă reprezintă grupul principal de consumatori în tratament. În majoritatea statelor membre, tratamentul de substituție, combinat cu îngrijirea psihosocială, a devenit opțiunea predominantă pentru consumatorii de opiacee. Odată cu introducerea tratamentului cu buprenorfină în doze mari în Cipru în 2007, tratamentul de substituție este în prezent disponibil în toate statele membre și în Croația și Norvegia ⁽²⁶⁾. În Turcia, tratamentul de substituție încă nu a fost introdus, deși este permis în temeiul unei reglementări din 2004 asupra centrelor de tratament. După metadonă, buprenorfina este al doilea cel mai prescris substitut de opiaceu, iar utilizarea sa în tratamentul dependenței de opiacee a crescut în ultimii ani (a se vedea capitolul 6). În prezent, este disponibilă ca opțiune de tratament în toate statele membre, cu excepția Bulgariei, Ungariei și Poloniei. În 2006, s-a estimat că 600 000 de consumatori de opiacee au primit tratament de substituție în Europa, 16 din cele 22 țări care au furnizat date raportând o creștere față de anul anterior.

Reducerea riscurilor

Prevenirea și reducerea riscurilor legate de droguri este un obiectiv de sănătate publică în toate statele membre și în strategia în domeniul drogurilor și în planul de acțiune ale UE (Comisia Europeană, 2007a). Principalele intervenții din acest domeniu sunt tratamentul de substituție pentru opiacee și programele de schimb pentru ace și seringi (PAS), care vizează decesele prin supradoză și răspândirea bolilor infecțioase. Aceste măsuri sunt raportate ca fiind disponibile în toate țările, cu excepția

⁽²²⁾ A se vedea tabele TDI-10 (partea iii) și TDI-21 (partea ii) din buletinul statistic 2008.

⁽²³⁾ A se vedea tabelul TDI-16 din buletinul statistic 2008.

⁽²⁴⁾ A se vedea tabelele TDI-10 (partea vii) și TDI-21 (partea iv) din buletinul statistic 2008.

⁽²⁵⁾ A se vedea tabelele TDI-13 și TDI-15 din buletinul statistic 2008.

⁽²⁶⁾ A se vedea tabelele HSR-1 și HSR-2 din buletinul statistic 2008.

Turciei (a se vedea, de asemenea, capitolele 6 și 8) și, deși există diferențe considerabile în gama de servicii și nivelul de furnizare a acestora, tendința generală europeană este de creștere și consolidare a măsurilor de reducere a riscurilor.

În plus, cele mai multe țări oferă o gamă de servicii medicale și sociale la agențiile cu acces necondiționat. Cu toate acestea, anumite țări raportează faptul că punerea în aplicare a măsurilor de reducere a riscurilor a fost întârziată datorită absenței sprijinului politic. În Grecia, extinderea serviciilor cu acces necondiționat și a tratamentelor de substituție a stagnat; în România și Polonia programele pentru ace și seringi au fost reduse în 2006, după încetarea finanțării externe; singurul program de schimb de ace și seringi din Cipru nu este aprobat în mod oficial. În Ungaria, acolo unde PAS și activitățile de intervenție de proximitate au crescut, un studiu al populației fără tratament sugerează faptul că furnizarea este încă insuficientă, iar barierele de acces sunt ridicate.

Datorită profilului specific al statelor baltice și al României în ceea ce privește HIV/SIDA, donatorii internaționali continuă să joace un rol important în aceste țări. Sprijinul financiar pentru activitățile de reducere a riscurilor este furnizat de Fondul Global „Programul de combatere a SIDA, malariei și tuberculozei”, în timp ce în Estonia, Lituania și Letonia ONUDC a lansat recent proiectul „Prevenirea HIV/SIDA și îngrijirea consumatorilor de droguri prin injectare și în penitenciare”.

În fine, anumite state membre au studiat recent consecințele introducerii intervențiilor de reducere a riscurilor. În Franța, scăderea observată a ratei mortalității consumatorilor de droguri coincide cu introducerea terapiei antivirale triple, elaborarea unei politici de reducere a riscurilor și disponibilitatea tratamentelor de substituție pentru opiacee; în Spania, numărul în scădere de consumatori de droguri prin injectare, împreună cu accesul facil la tratamentul de menținere cu metadonă, a fost asociat unei scăderi a bolilor infecțioase și a deceselor legate de consumul de droguri printre consumatorii de droguri (De la Fuente et al., 2006), iar în Portugalia, datele disponibile arată o stagnare a bolilor infecțioase, care poate fi probabil atribuită parțial disponibilității sporite a răspunsurilor de reducere a riscurilor și de tratament.

Reintegrarea socială

Consumatorii de droguri incluși în tratament raportează deseori niveluri ridicate de șomaj și pierdere a locuinței. De asemenea, aceste dezavantaje tind să fie mai răspândite în

anumite grupuri specifice de consumatori, în special femei, consumatori de heroină și cocaină crack, cei care aparțin minorităților etnice și cei cu probleme psihiatrice comorbide.

Reintegrarea socială este recunoscută drept o componentă esențială a strategiilor cuprinzătoare în domeniul drogurilor, putând fi pusă în aplicare în orice etapă a consumului de droguri și în diferite situații. Scopurile intervențiilor de reintegrare socială pot fi atinse prin construirea capacității, îmbunătățirea aptitudinilor sociale, măsuri de facilitare și promovare a ocupării și de obținere sau îmbunătățire a locuințelor. În practică, serviciile de reintegrare pot oferi consiliere profesională, locuri de muncă și sprijin pentru locuințe, în timp ce intervențiile în penitenciare pot lega deținuții de locuințe comunitare și servicii de asistență socială în pregătirea eliberării acestora.

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 % din consumatorii de droguri care au început tratamentul în 2006 ⁽²⁷⁾. Deși sprijinul pentru locuințe este acordat pacienților aflați în tratament pentru consumul de droguri, au fost observate și lipsuri, iar două țări raportează faptul că este dificil pentru consumatorii de droguri să aibă acces la serviciile generale pentru cei fără locuințe care în mod tradițional sunt utilizate de consumatorii problematici de alcool (Irlanda, Italia). Măsuri noi care pot satisface nevoile de locuințe ale consumatorilor de droguri sunt luate în trei țări (Belgia, Danemarca, Țările de Jos), care raportează că localurile pentru persoanele dependente pe termen lung fără locuință sunt centralizate și că sunt deschise centre de îngrijire specializată pentru consumatorii de droguri cu comportament problematic și comorbiditate.

Asistarea pacienților aflați în tratament pentru consumul de droguri în găsirea unui loc de muncă este un element cheie pentru reintegrarea socială, deoarece unul din doi pacienți care încep un tratament este șomer ⁽²⁸⁾. Abordările noi în asistarea pacienților la găsirea și păstrarea unui loc de muncă sunt raportate ca având succes, printre acestea numărându-se: „sistemele de asistență profesională”, locurile de muncă subvenționate (posibile din 2006 și în Lituania) și instruirea specială a angajatorilor și angajaților, astfel cum a fost realizată în cadrul proiectului „Ready for work” în Irlanda sau în diverse „agenții de muncă și sociale” din Republica Cehă.

Răspunsuri medicale și sociale în penitenciare

Penitenciarele reprezintă un mediu important de realizare a intervențiilor medicale și sociale pentru consumatorii

⁽²⁷⁾ A se vedea tabelul TDI-15 din buletinul statistic 2008.

⁽²⁸⁾ A se vedea tabelul TDI-20 din buletinul statistic 2008.

de droguri. În această secțiune, datele privind consumul și consumatorii de droguri din penitenciarele europene sunt analizate împreună cu informații recente privind furnizarea de servicii către deținuții consumatori de droguri și legile noi privind tratamentul pentru consumul de droguri în penitenciare.

Consumul de droguri

Datele disponibile dintr-o varietate de studii continuă să indice o suprareprezentare a consumatorilor de droguri în penitenciarele europene, în comparație cu ansamblul populației. Anchetele realizate între 2001 și 2006 arată că proporția deținuților ⁽²⁹⁾ care raportează consumul cel puțin o dată al unui drog ilegal variază mult între populațiile din penitenciare, centrele de detenție și țări, de la o treime sau mai puțin (Bulgaria, Ungaria, România) la peste 50 % în cele mai multe studii și până la 84 % într-un penitenciar de femei din Anglia și Țara Galilor. Canabisul rămâne drogul ilegal cel mai frecvent raportat de către deținuți, cu niveluri de prevalență pe parcursul vieții de până la 78 %. Deși estimările consumului pe parcursul vieții al altor substanțe poate fi foarte redus în anumite penitenciare (chiar de 1 %), unele studii raportează niveluri de prevalență pe parcursul vieții de 50-60 % pentru heroină, amfetamine sau cocaină printre deținuți ⁽³⁰⁾. De asemenea, cele mai dăunătoare forme de consum de

droguri pot fi concentrate în rândul deținuților, unele studii raportând că peste o treime din cei anchetați și-au injectat droguri cel puțin o dată ⁽³¹⁾.

Faptul că drogurile 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. Studiile realizate între 2001 și 2006 în Europa arată că între 1 % și 56 % dintre deținuți raportează că au consumat droguri în penitenciar și până la o treime dintre deținuți că și-au injectat droguri ⁽³²⁾. Acest lucru ridică semne de întrebare cu privire la posibila răspândire a bolilor infecțioase, în special în raport cu partajarea echipamentelor de injectare.

Populația penitenciarelor din Uniunea Europeană este de peste 607 000 de persoane ⁽³³⁾, cu o rotație anuală de peste 860 000 de persoane. În cele mai multe țări, proporția deținuților condamnați pentru infracțiuni la regimul drogurilor este între 10 % și 30 %. Din datele disponibile, se poate estima că peste 400 000 de persoane care au fost sau sunt consumatori de droguri ilegale trec prin penitenciarele UE în fiecare an. Iar între aceștia va fi un număr considerabil de consumatori problematici de droguri. Necesitățile de asistență medicală ale acestei populații mari de foști și actuali consumatori de droguri din penitenciarele europene vor fi determinate într-o anumită măsură de

Legislația recentă privind tratamentul pentru consumul de droguri în penitenciare

În 2006 și la începutul anului 2007, șase țări și-au revizuit cadrul juridic și orientările privind drepturile deținuților la tratament pentru consumul de droguri.

În Belgia, o directivă din 2006 a ministrului justiției prevede că deținuții au dreptul la aceleași opțiuni de tratament ca cele disponibile în afara penitenciarelor. Între timp, în Irlanda, noile orientări ale Prison Service subliniază standardul de asistență medicală pentru serviciile de tratament, care ar trebui să fie comparabile celor disponibile în comunitate, corespunzând totodată situației din penitenciar.

În Danemarca, o schimbare din ianuarie 2007 a legislației acordă deținuților consumatori de droguri dreptul la tratament gratuit pentru consumul de droguri al acestora. Legea prevede că tratamentul ar trebui să înceapă în mod normal în termen de 14 zile de la cererea deținutului adresată Serviciului danez pentru penitenciare și libertate condiționată. Cu toate acestea, nu există un asemenea drept atunci când infractorul urmează a fi eliberat în termen de trei luni sau este considerat necorespunzător sau nemotivat pentru tratament.

În România, în mai 2006 a fost adoptată o nouă bază juridică pentru realizarea tratamentului de substituție în penitenciare, prin Ordinul comun al ministrului justiției, al ministrului administrației și internelor și al ministrului sănătății privind modalitatea de derulare a programelor integrate de asistență medicală, psihologică și socială pentru persoanele aflate în stare privată de libertate.

În Norvegia, o circulară din 2006 a Ministerului Justiției și a Ministerului Sănătății și Afacerilor Sociale a consolidat cooperarea dintre cele două sectoare, destinată unei mai bune monitorizări în cursul și după executarea pedepselor. Mai concret, în Slovacia, o lege din 2006 a permis furnizarea de servicii psihologice consumatorilor de droguri aflați în arest preventiv care suferă de simptome de sevraj. Obiectivul acestei legi este de a furniza consumatorilor de droguri asemenea servicii atunci când au mai multă nevoie de ele, în momentul sevrajului forțat imediat după arestare. De asemenea, aceasta creează un cadru legislativ care sprijină unitățile speciale de tratament existente pentru consumatorii de droguri condamnați.

⁽²⁹⁾ Termenul „deținuți” este utilizat aici în sens larg și include atât deținuții aflați în arest preventiv, cât și persoanele condamnate definitiv și încarcerate.

⁽³⁰⁾ A se vedea tabelul DUP-1 din buletinul statistic 2008.

⁽³¹⁾ A se vedea tabelul DUP-2 din buletinul statistic 2008.

⁽³²⁾ A se vedea tabelele DUP-3 și DUP-4 din buletinul statistic 2008.

⁽³³⁾ Council of Europe Annual Penal Statistics (SPACE), în baza unei anchete a populației penitenciarelor cu referința la 1 septembrie 2006.

problemele de sănătate legate de consumul de droguri, în special bolile infecțioase, precum virusurile hepatitei B și C și HIV/SIDA (a se vedea capitolul 7).

Asistență medicală

Responsabilitatea pentru asistența medicală din penitenciare aparține în cele mai multe țări ministerului justiției. Totuși, acest lucru este în schimbare, iar într-un număr sporit de țări europene responsabilitatea a fost transferată sistemului medical (Franța, Italia, Anglia și Țara Galilor în Regatul Unit, Norvegia). În Spania sunt elaborate strategii cuprinzătoare pentru consumatorii de droguri în toate penitenciarele, în conformitate cu strategia națională în domeniul drogurilor (2000-2008), acestea bazându-se pe un protocol de cooperare între Ministerul Sănătății și Ministerul Internelor, semnat în 2005. În alte țări, pentru a satisface nevoile numărului în creștere de consumatori de droguri încarcerați, penitenciarele au stabilit o cooperare cu serviciile de sănătate publică și agențiile antidrog neguvernamentale specializate din comunitate.

Intervențiile care-i vizează pe deținuții consumatori de droguri s-au extins în Uniunea Europeană. În comparație cu acum cinci ani, mai multe țări raportează în prezent

activități în următoarele domenii: informare și prevenire în legătură cu drogurile; testare pentru boli infecțioase și vaccinare și tratament pentru dependența de droguri, inclusiv tratament de substituție. În plus, aceste intervenții au devenit mai larg disponibile în cadrul țărilor.

Tratamentul de substituție în penitenciare este disponibil în mod oficial în toate țările, cu excepția Bulgariei, Estoniei, Letoniei, Lituaniei, Ciprului, Slovaciei și Turciei, deși, în multe țări, accesibilitatea generală a acestei opțiuni de tratament este limitată. Spania este în prezent singura țară europeană care oferă o gamă largă de măsuri de reducere a riscului în penitenciare.

În 2006, numai patru state membre au raportat date sociodemografice și informații privind tiparele consumului de droguri ale deținuților aflați în tratament pentru consumul de droguri prin intermediul sistemelor naționale de monitorizare a tratamentului ale acestora. În Franța, Cipru și Slovacia, cei care încep un tratament pentru consumul de droguri raportează cel mai adesea un opiaceu, de obicei heroina, ca drog primar, în timp ce în Suedia, consumul primar de amfetamină este motivul principal al începerii tratamentului în penitenciar, reflectând în linii mari tiparele consumului problematic de droguri din țară.

Capitolul 3

Canabisul

Introducere

Tabloul european în privința canabisului 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 aproape toate țările, consumul de cannabis a crescut în cursul anilor '90 și la începutul anilor 2000, acest lucru conducând la un tablou european mult mai puțin variat, deși mai există diferențe 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 etapă nouă, deoarece datele 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 considerându-se că planta este cultivată în 172 de țări și teritorii (ONU DC, 2008) ⁽³⁴⁾. Toate aceste fapte înseamnă că este foarte dificilă realizarea unor estimări a producției mondiale de cannabis. Ultimele cifre ONU DC pentru producția globală de plantă de cannabis se ridică la 41 600 de tone (2006), din care peste jumătate în America (America de Nord și America de Sud) și aproape un sfert în Africa (ONU DC, 2008).

Cultivarea larg răspândită a canabisului înseamnă, de asemenea, că o proporție semnificativă a traficului este probabil de natură intraregională. Acesta este cazul

Oferta și disponibilitatea drogurilor – date și surse

Informațiile sistematice și de rutină pentru descrierea piețelor ilegale de droguri și a traficului sunt încă limitate. Estimările producției de heroină, cocaină și cannabis 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 care nu sunt cultivate în zone geografice limitate, precum cannabisul.

De obicei, se consideră că numărul capturilor de droguri dintr-o țară este un indicator indirect al ofertei, rutelor de trafic și disponibilității drogurilor; totuși, ele reflectă și prioritățile, resursele și strategiile de aplicare a legii, vulnerabilitatea traficantilor și practicile de raportare. 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 ale 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 din Europa. Alte date privind oferta de droguri provin în mare parte de la sistemele de informare ale ONU DC și analizele acestuia, suplimentate de informații suplimentare ale Europol. Informațiile privind precursorii drogurilor sunt obținute de la INCB, care este implicată în inițiative internaționale de prevenire a deturnării substanțelor chimice precursore utilizate la fabricarea drogurilor ilegale.

Deoarece în multe părți ale lumii nu există sisteme sofisticate de informare referitoare la oferta de droguri, unele dintre estimările și celelalte date raportate, deși reprezintă cele mai bune aproximări valabile, trebuie interpretate cu prudență.

pentru o parte din plantele de cannabis din Europa, în cazul cărora, pe lângă producția locală ⁽³⁵⁾, Albania și Țările de Jos au fost menționate ca țări sursă (rapoartele naționale Reitox). Se raportează că plantele de cannabis

⁽³⁴⁾ Pentru informații asupra surselor datelor pentru oferta și disponibilitatea drogurilor, a se vedea „Oferta și disponibilitatea drogurilor - date și surse”.

⁽³⁵⁾ A se vedea „Producția de cannabis în Europa”, p. 38.

din Europa provin și din alte părți ale lumii, inclusiv: Africa vestică și sudică (Nigeria, Angola), Asia de Sud-Est (Tailanda), Asia de Sud-Vest (Pakistan) și America (Columbia, Jamaica) (CND, 2008; Europol, 2008).

Producția globală de rășină de canabis a fost estimată la 6 000 de tone în 2006, în scădere de la 7 500 de tone în 2004 (ONU DC, 2007a), Marocul rămânând

Producția de canabis în Europa

Problema producției interne de canabis a devenit mai importantă în ultimii ani în Europa, reflectând faptul că majoritatea țărilor europene raportează în prezent cultivarea locală a canabisului și unele capturi substanțiale de plante de canabis. Conform rapoartelor, canabisul cultivat în Europa provine atât din structuri de interior, unde este deseori cultivat intensiv, cât și din plantații de exterior. Dimensiunea plantațiilor variază mult, depinzând de motivația și resursele cultivatorilor, de la câteva plante de uz personal la câteva mii pe suprafețe întinse, în scopuri comerciale.

Informațiile disponibile sunt fragmentare și nu permit o evaluare adecvată a extinderii cultivării canabisului în Europa. Cu toate acestea, rapoartele dintr-un număr de țări sugerează că nu mai poate fi considerată marginală. De exemplu, anchetele franceze asupra populației din 2005 au estimat că aproximativ 200 000 de persoane au cultivat canabis cel puțin o dată în viață. În Regatul Unit, s-a raportat că peste 1 500 de „ferme de canabis”, cu o medie de 400 de plante fiecare, au fost închise de poliție în 2005-2006 (Daly, 2007), iar cele mai multe plante de canabis disponibile în prezent se consideră că sunt produse fie local, fie în alte țări europene. Iar în Țările de Jos cultivarea canabisului este răspândită în unele părți ale țării, în 2005 și 2006 fiind desființate în total circa 6 000 de locuri de cultivare.

Producția de canabis pare să fi crescut puternic de la începutul la jumătatea anilor '90 în unele țări vest-europene, parțial drept răspuns al consumatorilor de canabis la presupusa calitate slabă și la prețul ridicat al rășinii importate, pe atunci cel mai utilizat produs din canabis. În unele țări se pare că majoritatea consumatorilor consumă în prezent plante de canabis produse pe plan local. Această înlocuire parțială a rășinii importate cu plante de canabis produse pe plan local a fost posibilă datorită progreselor în cunoștințele și tehnologia de horticultură (pentru maximizarea randamentelor și evitarea detectării), care apoi s-au răspândit pe internet (Hough et al., 2003; Jansen, 2002; Szendrei, 1997/1998). Canabisul care este produs pe plan local are, de asemenea, avantajul că producătorul nu trebuie să-l transporte peste frontierele naționale.

principalul producător internațional. Zona de producție a rășinii de canabis a scăzut de la 134 000 de hectare în 2003 la 76 400 de hectare, producând 1 066 de tone în 2005 (ONU DC și guvernul din Maroc, 2007). Producția de rășină este raportată și în Afganistan, unde crește rapid, în Pakistan, India, Nepal și țările din Asia Centrală și alte țări CSI (ONU DC, 2008). Rășina de canabis produsă în Maroc este în mod tipic introdusă clandestin în Europa prin Peninsula Iberică (Europol, 2008), o parte din aceasta fiind distribuită mai departe din Țările de Jos.

Capturi

În 2006, au fost capturate la nivel global 5 230 de tone de plante de canabis și 1 025 de tone de rășină de canabis, în scădere de la nivelurile de vârf din 2004. America de Nord a continuat să înregistreze cea mai mare cantitate de plante de canabis capturate (58 %), în timp ce cantitățile de rășină capturate au rămas concentrate în Europa de Vest și Centrală (62 %) (ONU DC, 2008).

În 2006, în Europa s-au efectuat aproximativ 177 000 de capturi de plante de canabis, însumând 86 de tone ⁽³⁶⁾. Regatul Unit este statul membru al UE care raportează cele mai multe capturi de plante de canabis, deși încă nu sunt disponibile datele pentru 2006. Turcia a raportat capturi record de plante de canabis în 2006. Numărul de capturi de plante de canabis din Europa a crescut constant din 2001, existând însă până în 2005 o scădere generală a cantității capturate, dar observându-se o creștere în cele mai recente date.

Capturile de rășină de canabis din Europa depășesc capturile de plante atât în ceea ce privește numărul, cât și cantitatea: de două ori mai multe capturi (325 000) și o cantitate interceptată (713 tone) de opt ori mai mare. Cele mai multe capturi de rășină continuă să fie raportate de Spania (care a înregistrat aproximativ jumătate din toate capturile și circa două treimi din cantitatea capturată în 2006), urmată la distanță de Franța și Regatul Unit. După o perioadă de stabilizare în 2001-2003, numărul de capturi de rășină de canabis este în creștere în Europa, în timp ce cantitățile interceptate au crescut până în 2003-2004, dar ulterior au scăzut.

În 2006, un număr estimat de 10 500 de capturi în Europa a condus la recuperarea a circa 2,3 milioane de plante de canabis ⁽³⁷⁾ și 22 de tone de plante de

⁽³⁶⁾ Datele privind capturile europene de droguri menționate în acest capitol se găsesc în tabelele SZR-1, SZR-2, SZR-3, SZR-4, SZR-5 și SZR-6 din buletinul statistic 2008.

⁽³⁷⁾ Deoarece Turcia a raportat că nu a capturat plante de canabis în 2005 și 2006, după raportarea unor niveluri ridicate de capturi în 2001-2004, ea a fost exclusă din analiza europeană.

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 au consumat droguri în intervale determinate de timp. De asemenea, anchetele oferă informații contextuale utile privind tiparele de consum, caracteristicile sociodemografice ale consumatorilor și percepțiile privind riscul și disponibilitatea ⁽¹⁾.

OEDT, în strânsă colaborare cu experții naționali, a elaborat un set de elemente esențiale comune 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 ⁽²⁾. 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 ⁽³⁾.

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

Din cele trei intervale de timp standard utilizate pentru raportarea datelor anchetelor, prevalența pe parcursul vieții este cea mai largă. Acest indicator nu reflectă situația actuală a consumului de droguri în rândul adulților, dar este util pentru rapoartele referitoare la elevi și pentru a oferi o perspectivă asupra tiparelor de consum și incidenței. Pentru adulți, accentul se pune pe consumul din ultimul an și ultima lună ⁽⁴⁾. Identificarea consumatorilor frecvenți sau a celor care au probleme cu consumul drogurilor este importantă, făcându-se progrese în această privință prin elaborarea unor scări scurte de evaluare a formelor mai intensive de consum în ansamblul populației, în rândul adulților și al elevilor (a se vedea caseta privind elaborarea scărilor psihometrice în raportul anual 2007).

⁽¹⁾ Informații suplimentare privind metodologia de anchetă se găsesc în buletinul statistic 2008 (<http://www.emcdda.europa.eu/stats08/gps/methods>).

⁽²⁾ Disponibil la: <http://www.emcdda.europa.eu/themes/monitoring/general-population>

⁽³⁾ Pentru informații suplimentare asupra anchetelor naționale, a se vedea tabelul GPS-121 din buletinul statistic 2008.

⁽⁴⁾ Grupurile de vârstă standard utilizate de OEDT sunt: totalitatea adulților (15-64 de ani) și adulții tineri (15-34 de ani). Prezentul raport utilizează termenii „consum sau prevalență pe parcursul vieții”, „prevalență în ultimul an” și „prevalență în ultima lună” și, uneori, termenii mai colocviali „experiență de-a lungul vieții”, „consum recent” și, respectiv, „consum prezent”.

canabis (64 % înregistrate în Spania). În urma unei creșteri constante din 2001, numărul de capturi de plante de cannabis s-a stabilizat în 2006 ⁽³⁸⁾. După o scădere accentuată în 2002 față de o cantitate record capturată în 2001, numărul de plante capturate în Europa a fost în creștere, deși s-a stabilizat în 2006 la jumătate din numărul raportat în 2001. În aceeași perioadă de cinci ani, cantitatea de plante de cannabis capturată în Europa și raportată în kilograme indică o creștere constantă, accelerându-se în 2006 datorită capturilor record din Lituania.

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 și între diferite mostre și produse din cannabis. Dintr-o serie de rațiuni metodologice, datele sunt greu de interpretat în acest domeniu și este disputabil în ce măsură capturile analizate reflectă ansamblul pieței. Cercetările sugerează faptul că, în general, cannabisul produs pe plan intern în condiții intensive tinde să aibă o concentrație mai mare. În 2006, conținutul de THC

raportat al mostrelor de rășină a variat între 2,3 % și 18,4 %, în timp ce acela al plantelor de cannabis a variat între sub 1 % și 13 %. În perioada 2001-2006, concentrația rășinii și a plantelor de cannabis a rămas stabilă sau a scăzut în multe din cele 16 țări care au furnizat suficiente date; cu toate acestea, au fost observate tendințe de creștere pentru rășina de cannabis importată în Țările de Jos și pentru plantele de cannabis din șapte alte țări. Estimările privind concentrația plantelor de cannabis produse local într-o serie de ani sunt disponibile numai pentru Țările de Jos, care au raportat o scădere la 16,0 % în 2006, de la un vârf de 20,3 % în 2004 ⁽³⁹⁾.

Prețurile tipice de vânzare cu amănuntul ale plantelor de cannabis, precum și ale rășinii de cannabis, au variat de la 2 EUR la 14 EUR pe gram, majoritatea țărilor europene raportând prețuri situate între 4 și 10 EUR pentru ambele produse. În perioada 2001-2006, cu excepția Belgiei și Germaniei, a fost raportată scăderea prețurilor de vânzare cu amănuntul ale rășinii de cannabis (corectate pentru inflație). Datele disponibile din cele mai multe țări indică o situație mai stabilă pentru prețurile plantelor de cannabis în această perioadă, cu excepția Germaniei și Austriei, unde au fost observate semne de creștere a prețurilor.

⁽³⁸⁾ Acest tablou este preliminar, deoarece datele pentru Regatul Unit, țara care a raportat cele mai multe plante de cannabis capturate în 2005, încă nu sunt disponibile pentru 2006.

⁽³⁹⁾ A se vedea tabelele PPP-1 și PPP-5 din buletinul statistic 2008 pentru date privind concentrația și prețul.

Anchete recente efectuate în școli

Ancheta privind „Comportamentul elevilor legat de sănătate” (HBSC) este un studiu în regim de colaborare al OMS care anchetează sănătatea copiilor și comportamentul acestora legat de sănătate și care a inclus, din 2001, întrebări privind consumul de canabis în rândul elevilor de 15 ani. A doua serie a acestei anchete cu întrebări despre consumul de canabis s-a desfășurat între octombrie 2005 și mai 2006, cu participarea a 26 de state membre ale UE și a Croației.

A patra serie a „Proiectului anchetei în școlile europene în materie de alcool și alte droguri” (ESPAD) a fost desfășurată în 2007 cu participarea a 25 de state membre ale UE, a Croației și a Norvegiei. Această anchetă investighează în mod special consumul de substanțe în rândul elevilor care împlinesc 16 ani în cursul anului calendaristic. Rezultatele din ultimele anchete vor fi publicate în decembrie 2008.

Participarea la ambele dintre aceste anchete internaționale în școli, desfășurată fiecare o dată la patru ani, a crescut în fiecare serie, iar acum include cele mai multe țări europene.

De asemenea, Spania, Italia, Portugalia, Slovacia, Suedia și Regatul Unit au raportat în 2006 date privind consumul de canabis din propriile anchete naționale în școli.

fiind raportate în general în rândul tinerilor cu vârsta între 15 și 24 de ani. Acesta este cazul în aproape toate țările europene, excepțiile fiind Belgia, Cipru și Portugalia ⁽⁴⁰⁾.

Datele de anchetă la nivelul populației sugerează faptul că, în medie, 31 % din tinerii adulți europeni (15-34 ani) au consumat cel puțin o dată canabis, în timp ce 13 % au consumat drogul în ultimul an, iar 7 % l-au consumat în ultima lună. Se estimează că proporții chiar mai ridicate de europeni în grupul de vârstă 15-24 de ani au consumat canabis în ultimul an (17 %) sau ultima lună (9 %), deși în medie mai puțini din acest grup de vârstă au încercat drogul (30 %). Estimările naționale de prevalență a consumului de canabis variază mult între țări în privința tuturor indicatorilor de prevalență, țările de la capătul superior al intervalului raportând valori de până la 10 ori mai mari decât cele ale țărilor cu prevalența cea mai scăzută.

Consumul de canabis este mai mare la bărbați decât la femei (a se vedea extrasul din 2006 privind consumul de droguri în funcție de sex), deși se observă diferențe pronunțate între țări. De exemplu, raportul dintre bărbați și femei printre cei care raportează consumul de canabis în ultimul an a variat de la 6,4 bărbați pentru fiecare femeie în Portugalia la 1,3 în Italia.

Prevalența și tiparele de consum

La nivelul populației generale

O estimare prudentă indică faptul că peste 70 de milioane de europeni au consumat canabis cel puțin o dată (prevalența pe parcursul vieții), ceea ce reprezintă una din cinci persoane în segmentul de populație cu vârsta între 15 și 64 de ani (a se vedea tabelul 2 pentru un rezumat al datelor). Deși există diferențe considerabile între țări, cifrele naționale variază de la 2 % la 37 %, jumătate dintre acestea raportează estimări între 11 % și 22 %.

Multe țări raportează niveluri de prevalență comparativ ridicate ale ultimului an și ultimei luni de consum de canabis. Se estimează că circa 23 de milioane de europeni au consumat canabis în ultimul an sau, în medie, circa 7 % 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 (a se vedea mai jos). Se estimează că circa 12,5 de milioane de europeni au consumat drogul în ultima lună, în medie circa 4 % din totalul persoanelor cu vârsta între 15 și 64 de ani.

Consumul de canabis în rândul tinerilor adulți

Consumul de canabis este concentrat în cea mai mare parte printre tineri (15-34 ani), cele mai ridicate niveluri

Consumul de canabis în rândul elevilor

După tutun și alcool, canabisul continuă, de asemenea, să fie substanța psihoactivă cea mai frecvent consumată de către elevi.

Consumul de canabis cel puțin o dată în viață al elevilor între 15 și 16 ani poate fi considerat ca reflectând consumul recent sau actual, deoarece vârsta primei experiențe cu această substanță se găsește adesea în jurul acestei vârste. Datele din ancheta HBSC din 2005-2006 asupra tinerilor în vârstă de 15 ani au arătat variații mari în prevalența pe parcursul vieții a consumului de canabis între cele 27 de țări. Estimări ale prevalenței pentru consumul de canabis cel puțin o dată în viață de sub 10 % au fost raportate de către cinci țări; 11 țări au raportat valori între 10 % și 20 %, iar 11 țări între 21 % și 31 % (Currie et al., 2008) ⁽⁴¹⁾. În acest grup de vârstă, băieții, în general, raportează o prevalență mai ridicată a consumului de canabis decât fetele, dar diferența dintre sexe în prevalența raportată este mică sau chiar absentă în unele din țările cu cele mai mari estimări ale prevalenței.

Ca și în cazul experienței de-a lungul vieții, există variații mari între țări în privința estimărilor consumului în ultimele 30 de zile în rândul studenților. În anumite țări acesta practic nu este raportat, în timp ce în alte țări circa 15 % din cei chestionați raportează consumul în ultimele 30

⁽⁴⁰⁾ A se vedea figura GPS-1 din buletinul statistic 2008.

⁽⁴¹⁾ A se vedea figura EYE-5 din buletinul statistic 2008.

Tabelul 2: 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			
Număr estimat de consumatori în Europa	71,5 milioane	23 milioane	12,5 milioane
Media europeană	21,8%	6,8%	3,8%
Interval	1,7–36,5%	0,8–11,2%	0,5–8,7%
Țări cu prevalența cea mai scăzută	România (1,7 %) Malta (3,5 %) Bulgaria (4,4 %) Cipru (6,6 %)	Malta (0,8 %) Bulgaria (1,5 %) Grecia (1,7 %) Suedia (2,0 %)	Malta (0,5 %) Suedia (0,6 %) Lituania (0,7 %) Bulgaria (0,8 %)
Țări cu prevalența cea mai ridicată	Danemarca (36,5 %) Franța (30,6 %) Regatul Unit (30,1 %) Italia (29,3 %)	Italia, Spania (11,2 %) Republica Cehă (9,3 %) Franța (8,6 %)	Spania (8,7 %) Italia (5,8 %) Regatul Unit, Franța, Republica Cehă (4,8 %)
15-34 de ani			
Număr estimat de consumatori în Europa	42 milioane	17,5 milioane	10 milioane
Media europeană	31,2%	13%	7,3%
Interval	2,9–49,5%	1,9–20,3%	1,5–15,5%
Țări cu prevalența cea mai scăzută	România (2,9 %) Malta (4,8 %) Bulgaria (8,7 %) Cipru (9,9 %)	Malta (1,9 %) Grecia (3,2 %) Cipru (3,4 %) Bulgaria (3,5 %)	Grecia, Lituania, Suedia (1,5 %) Bulgaria (1,7 %)
Țări cu prevalența cea mai ridicată	Danemarca (49,5 %) Franța (43,6 %) Regatul Unit (41,4 %) Spania (38,6 %)	Spania (20,3 %) Republica Cehă (19,3 %) Franța (16,7 %) Italia (16,5 %)	Spania (15,5 %) Franța, Republica Cehă (9,8 %) Regatul Unit (9,2 %)
15-24 de ani			
Număr estimat de consumatori în Europa	20 milioane	11 milioane	6 milioane
Media europeană	30,7%	16,7%	9,1%
Interval	2,7–44,2%	3,6–28,2%	1,2–18,6%
Țări cu prevalența cea mai scăzută	România (2,7 %) Malta (4,9 %) Cipru (6,9 %) Grecia (9,0 %)	Grecia, Cipru (3,6 %) Suedia (6,0 %) Bulgaria, Portugalia (6,6 %)	Grecia (1,2 %) Suedia (1,6 %) Cipru, Lituania (2,0 %)
Țări cu prevalența cea mai ridicată	Danemarca (44,2 %) Republica Cehă (43,9 %) Franța (42,0 %) Regatul Unit (39,5 %)	Republica Cehă (28,2 %) Spania (24,3 %) Franța (21,7 %) Regatul Unit (20,9 %)	Spania (18,6 %) Republica Cehă (15,4 %) Franța (12,7 %) Regatul Unit (12,0 %)

Informații bazate pe ultima anchetă disponibilă pentru fiecare țară. Anul de studiu variază între 2001 și 2007. 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. Populații folosite ca bază: 15-64 (328 milioane), 15-34 (134 milioane) și 15-24 (64 milioane). Datele rezumate aici sunt disponibile la „Anchete în rândul populației generale” din buletinul statistic 2008.

de zile, uneori cu cifre chiar mai ridicate în rândul băieților. În baza datelor colectate în anchetele ESPAD anterioare, se estimează că în 2003 circa 3,5 milioane (22,1 %) de elevi între 15 și 16 ani au consumat cannabis cel puțin o dată pe parcursul vieții în statele membre ale UE, împreună cu Croația și Turcia, și aproximativ 1,7 milioane (11 %) au consumat drogul în luna anterioară anchetei.

Comparații internaționale

Cifrele europene pot fi comparate cu cele din alte părți ale lumii. De exemplu, în Statele Unite, ancheta națională privind consumul de droguri și sănătatea (Samhsa, 2005) 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 (2004), cifrele au fost de 48 % și 20 %. Toate aceste cifre sunt deasupra mediilor europene corespunzătoare, care sunt de 31 % și, respectiv, 13 %.

Tipare ale consumului de cannabis

Datele disponibile indică o varietate de tipare ale consumului de cannabis. Dintre cei cu vârstă între 15 și 64 de ani care au consumat cannabis cel puțin o dată, numai 30 % au făcut acest lucru în ultimul an ⁽⁴²⁾. Dar dintre cei care au consumat cannabis în ultimul an, în medie 56 % au făcut acest lucru în ultima lună.

Estimarea tiparelor intensive și pe termen lung este o problemă importantă de sănătate publică. Consumul zilnic sau aproape zilnic (consumul în cel puțin 20 de zile din ultimele 30 de zile) poate fi un indicator al consumului intensiv. Datele cu privire la această formă de consum de cannabis în Europa au fost colectate în 2007-2008 ca parte a unui „studiu de teren” coordonat de OEDT în colaborare cu experții naționali și punctele focale Reitox din 13 țări. Pe baza acestor date, chiar dacă sunt limitate, 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 acest grup de vârstă ⁽⁴³⁾.

Tendențele consumului intensiv de cannabis în Europa sunt dificil de evaluat, dar printre țările care au participat la ambele studii de teren din 2004 și 2007 (Franța, Spania, Irlanda, Grecia, Italia, Țările de Jos, Portugalia), creșterea medie a fost de circa 20 %, deși această estimare este în mare parte influențată de cifrele din Franța, Spania și Italia.

Consumul repetat de cannabis poate fi destul de stabil pe perioade lungi de timp, chiar în rândul consumatorilor tineri. Un studiu german recent publicat, care a monitorizat timp de 10 ani o cohortă de tineri între 14 și 24 de ani, a arătat că, în rândul celor care au consumat cannabis în mod repetat (de cinci ori sau mai mult în viață) la începutul perioadei de studiu, o proporție ridicată dintre aceștia continua să consume drogul, 56 % raportând consumul după patru ani, iar 46 % consumându-l și după 10 ani. Pe de altă parte, consumul ocazional al drogului la începutul perioadei (1-4 ori) nu părea asociat dezvoltării ulterioare a unor forme de consum pe termen lung și mai problematice (Perkonig, 2008).

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 apărea mai reduse decât cele întâlnite în cazul altor substanțe psihoactive. Cu toate acestea, datorită proporției relativ mari a populației care consumă cannabis în mod frecvent, impactul de ansamblu al formelor intensive de consum de cannabis asupra sănătății publice poate fi semnificativ. Analiza datelor anchetei naționale asupra populației pentru Statele Unite arată că circa 20-30 % din consumatorii zilnici au avut rezultate pozitive privind dependența între 2000 și 2006 ⁽⁴⁴⁾. Într-un studiu australian, 92 % din consumatorii pe termen lung de cannabis au fost clasificați ca dependenți la un anumit moment pe parcursul vieții, peste jumătate dintre aceștia fiind considerați ca dependenți în momentul studiului. Un studiu de monitorizare realizat după un an a sugerat că, în rândul consumatorilor pe termen lung, indicatorii consumului și dependenței de cannabis pot fi stabiliți pentru această durată de timp (Swift et al., 2000).

OEDT elaborează, în colaborare cu mai multe țări, metode de monitorizare a formelor mai intensive și semnificative pe termen lung ale consumului de cannabis, inclusiv a dependenței. În câteva țări din UE sunt testate scări psihometrice, iar dovezile disponibile vor fi analizate în cursul acestui an. Aceste informații pot ajuta statele membre ale UE în evaluarea implicațiilor formelor mai problematice

⁽⁴²⁾ A se vedea figura GPS-2 din buletinul statistic 2008.

⁽⁴³⁾ Mediile europene prezentate sunt o estimare brută bazată pe o medie ponderată (în funcție de populație) a țărilor pentru care există informații. Țărilor fără informații li se atribuie rezultatul mediu. 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 2008.

⁽⁴⁴⁾ 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.

de consum de canabis asupra sănătății publice și în planificarea intervențiilor corespunzătoare ⁽⁴⁵⁾.

Tiparele consumului de canabis în rândul elevilor

Datele HBSC arată că consumul frecvent de canabis rămâne rar în rândul elevilor de 15 ani. Numai șase țări raportează o prevalență a consumului frecvent de canabis (definit aici ca de 40 de ori sau mai mult în ultimele 12 luni) de peste 2%. Cu toate acestea, consumul frecvent este în general mai prevalent în rândul băieților, cu estimări de până la 5% în șapte țări. Rapoartele indică existența unor corelații între tiparele mai problematice de consum de canabis și apartenența la un grup vulnerabil (de exemplu, tinerii infractori, cei cu absențe nemotivate, cei cu rezultate scăzute), sugerând necesitatea unor strategii specifice pentru oferirea unei plase de siguranță acestor tineri deosebit de vulnerabili. Această problemă este evidențiată în extrasul din 2008 privind tinerii vulnerabili.

În cooperare cu ESPAD, a fost realizată o anchetă asupra policonsumului de droguri, comparând elevii cu vârsta între 15 și 16 ani în 2003 care au consumat canabis în ultimele 30 de zile cu ceilalți elevi. Compararea a arătat că, în medie, este mai probabil ca elevii care au consumat canabis să fi consumat și alte substanțe psihoactive. Deși în rândul

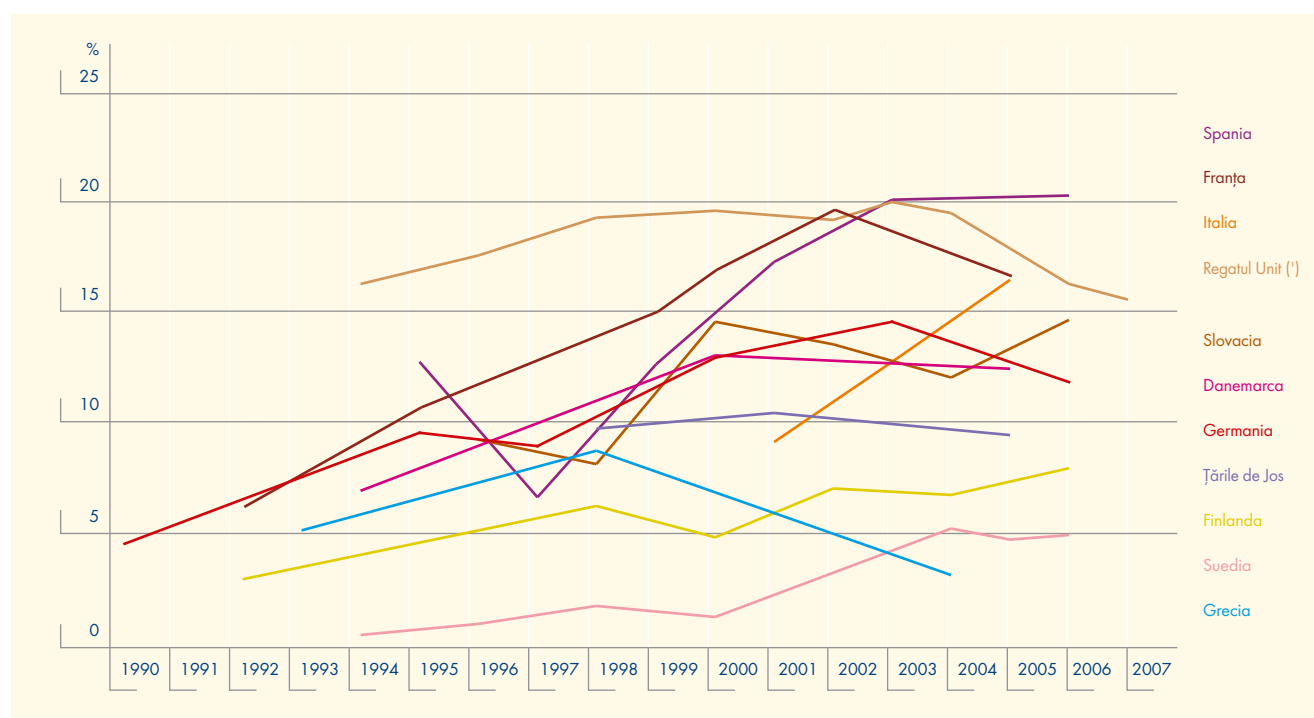
consumatorilor de canabis prevalența consumului altor droguri în ultima lună a rămas scăzută (sub 10%), nivelurile fumatului și consumului excesiv ocazional de alcool în rândul consumatorilor de canabis a fost aproximativ dublu (80%) decât cel constatat în rândul populației totale de elevi. Aceste comparații arată faptul că consumul de canabis este asociat unor niveluri mult peste medie ale consumului de droguri, atât legale, cât și ilegale ⁽⁴⁶⁾.

Tendențe în consumul de canabis

Numai Suedia și Norvegia raportează serii de anchete asupra tinerilor sau recruților care datează din anii '70. Un prim val de consum a fost observat în anii '70, acesta fiind urmat de un declin în anii '80 și o creștere substanțială în anii '90. Analiza anului de inițiere din anchetele recente a identificat, de asemenea, o creștere substanțială a consumului de canabis în Spania (la jumătatea anilor '70) și Germania (la începutul anilor '90) (a se vedea rapoartele anuale din 2004 și 2007).

Datele anchetelor naționale raportate către OEDT arată că, în aproape toate țările UE, consumul de canabis a crescut în mod pronunțat în anii '90, în special printre tineri (figura 4) și elevi. În jurul anului 2000, prevalența

Figura 4: Tendențe ale prevalenței consumului de canabis în ultimul an 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 2008.

Surse: Rapoartele naționale Reitox (2007), preluate din anchetele asupra populației, rapoarte sau articole științifice.

⁽⁴⁵⁾ Intervențiile, de exemplu, formele de tratament, sunt prezentate în „Furnizarea tratamentului”, p. 45.

⁽⁴⁶⁾ Analiza se bazează pe date care provin din baza de date realizată în cadrul proiectului școlilor europene în materie de alcool și alte droguri (ESPAD) și corespunde normelor de utilizare a bazei de date ESPAD. Anchetații naționali principali care furnizează datele pentru fiecare țară inclusă se găsesc pe site-ul web al proiectului (www.espad.org).

consumului de canabis pe parcursul vieții în grupul de vârstă de 15-34 de ani a crescut la niveluri de peste 30 % în nouă țări și la circa 40 % în două cazuri, în timp ce prevalența în ultimul an a ajuns la 15-20 % în șapte țări, iar prevalența în ultima lună la 8-15 % în șase țări. De interes special este tendința consumului de canabis în Regatul Unit (Anglia și Țara Galilor), țara care a raportat cele mai ridicate estimări ale prevalenței în Europa la începutul și jumătatea anilor '90, dar unde în ultima vreme a fost observată o tendință descrescătoare constantă, în special în grupul de vârstă 16-24 de ani ⁽⁴⁷⁾.

Informațiile din anchetele naționale recente sugerează stabilizarea consumului de canabis în numeroase țări. Din cele 16 țări pentru care este posibilă analizarea tendinței între 2001 și 2006, prevalența în ultimul an în rândul adulților tineri a crescut cu 15 % sau mai mult în șase țări, a scăzut în trei țări în mod similar și a fost stabilă în șapte ⁽⁴⁸⁾.

De asemenea, sunt evidente tendințele de stabilizare sau scădere din cele mai recente date publicate privind consumul de canabis în rândul elevilor. O comparație a datelor HBSC din 2001-2002 și 2005-2006 arată o tendință de stabilizare sau scădere atât a consumului de canabis pe parcursul vieții, cât și a celui mai frecvent în rândul elevilor de 15 ani din cele mai multe țări ale UE ⁽⁴⁹⁾. Alte anchete naționale recente în școli desfășurate în Spania, Portugalia, Slovacia, Suedia și Regatul Unit arată, de asemenea, tendințe de stabilizare sau scădere.

Deoarece disponibilitatea canabisului la nivel european nu pare să se fi schimbat, iar prețurile par să scadă în cele mai multe țări care oferă informații, o explicație a stabilizării sau scăderii actuale trebuie găsită în altă parte. Ancheta efectuată în 2005 în Franța (Baromètre Santé) a observat că, în rândul celor care au renunțat la consumul de canabis, 80 % au menționat lipsa de interes ca motiv al renunțării. O parte a explicației se poate găsi și în reducerea observată a consumului de tutun, care împarte cu canabisul același mod de administrare și, prin urmare, comportamentul poate fi asociat la un anumit nivel (rapoartele naționale Reitox și Currie et al., 2008).

Scăderile consumului experimental sau ocazional de canabis nu sunt în mod necesar legate direct de tendințele consumului frecvent al drogului. Acest lucru poate fi văzut în datele din două anchete consecutive în rândul adolescenților din Germania, care au arătat scăderi în prevalența pe parcursul vieții și în ultimul an, în timp ce

„consumul frecvent” de canabis (de peste 10 ori în ultimul an) a rămas neschimbat (2,3 %) (BZgA, 2004 și BZgA, 2007, citate în raportul național german).

Tratamentul pentru consumul de canabis

Tipare de cerere de tratament

În 2006, din 390 000 de cereri de tratament raportate (date disponibile din 24 de țări), canabisul era motivul principal de începere a tratamentului în circa 21 % din toate cazurile, făcându-l al doilea cel mai raportat drog, după heroină ⁽⁵⁰⁾. Cu toate acestea, diferențele dintre țări erau considerabile, canabisul fiind citat ca motivul principal al începerii tratamentului de sub 5 % din totalul pacienților în Bulgaria, Lituania, Luxemburg și România, în timp ce acesta este raportat ca drog principal de peste 30 % din pacienți aflați sub tratament în Franța, Ungaria și Țările de Jos ⁽⁵¹⁾.

De asemenea, există variații considerabile cu privire la cererile noi de tratament, canabisul fiind citat ca drog primar de sub 10 % din pacienții noi în Bulgaria, Lituania și România și de peste 50 % în Danemarca, Germania, Franța și Ungaria ⁽⁵²⁾. Aceste variații pot fi explicate de diferențe în prevalența consumului intensiv de canabis, organizarea tratamentului pentru consumul de droguri sau practicile de trimitere. De exemplu, în unele țări cu proporții ridicate de pacienți pentru canabis (de exemplu, Germania, Ungaria, Austria, Suedia), tratamentul pentru consumul de droguri este oferit ca alternativă la pedeapsă, iar uneori este obligatoriu în cazul arestului; în Franța, care raportează cea mai mare proporție de pacienți pentru canabis din Europa, au fost create recent centre specializate pentru consumatorii de canabis, iar acest lucru va avea un impact direct asupra raportării.

Consumatorii de canabis sunt în principal tratați în centre de tratament în ambulatoriu, dar în anumite țări (Irlanda, Slovacia, Finlanda, Suedia), se raportează că circa o treime solicită tratament cu internare ⁽⁵³⁾. Se raportează că cei mai mulți pacienți tratați pentru consumul de canabis se prezintă din proprie inițiativă la tratament, dar acest lucru este mai puțin frecvent în rândul acestora decât printre cei care solicită ajutor pentru probleme cu alte droguri.

Cei care solicită tratament în ambulatoriu pentru consumul primar de canabis raportează și consumul altor droguri: 21 % raportează consumul de alcool ca

⁽⁴⁷⁾ A se vedea figura GPS-10 din buletinul statistic 2008.

⁽⁴⁸⁾ Atunci când informațiile privind anii exacți nu au fost disponibile, au fost utilizate informațiile din anul anterior sau anul următor; atunci când aceste informații nu au fost disponibile, analiza nu a fost desfășurată.

⁽⁴⁹⁾ A se vedea figurile EYE-4 și EYE-5 din buletinul statistic 2008.

⁽⁵⁰⁾ A se vedea figura TDI-2 (partea ii) din buletinul statistic 2008.

⁽⁵¹⁾ A se vedea tabelul TDI-5 (partea ii) din buletinul statistic 2008.

⁽⁵²⁾ A se vedea tabelul TDI-4 (partea ii) din buletinul statistic 2008.

⁽⁵³⁾ A se vedea tabelul TDI-24 din buletinul statistic 2008.

substanță secundară, 12 % amfetamine și ecstasy, iar 10 % cocaină. Dintre cei care primesc tratament pentru alte droguri primare, cannabisul este raportat ca a doua cea mai frecventă substanță secundară (21 %) după alcool (32 %) ⁽⁵⁴⁾.

Tendențele în cererile noi de tratament pentru consumul de droguri

Dintre cele aproximativ 160 000 de noi cereri de tratament pentru consumul de droguri (date disponibile din 24 de țări) raportate în 2006, pacienții tratați pentru consumul de cannabis reprezintă al doilea grup ca mărime (28 %), după pacienții tratați pentru heroină (34 %). În comparație cu procentajul tuturor pacienților care raportează cannabisul ca drog primar, procentajul este mai mare în rând pacienților noi. Jumătate din țări raportează că proporția pacienților noi care solicită tratament pentru cannabis ca drog primar este în creștere. Numărul absolut de cereri noi de tratament pentru consumul de cannabis a crescut în perioada 2002-2006, în timp ce proporția pacienților noi care au începutul tratamentului pentru consumul primar de cannabis a crescut între 2002 și 2005 și a rămas la același nivel în 2006 ⁽⁵⁵⁾.

Tendința de creștere observată a cererilor de tratament pentru consumul de cannabis poate fi legată de o serie de factori: creșterea consumului de cannabis sau a consumului intensiv și pe termen lung; îmbunătățiri ale colectării datelor; extindere și diversificare recentă a sistemului de tratament, care anterior s-a concentrat pe consumatorii de heroină, dar acum vizează consumatorii altor droguri; schimbări ale legislației și politicilor, care conduc uneori la o creștere a trimiterilor la tratament pentru consumul de cannabis din partea sistemului de justiție penală (OEDT, 2008a). Recenta stabilizare a cererilor noi de tratament legate de consumul de cannabis s-ar putea explica și prin tendințele mai recente legate de consumul de cannabis, schimbările sistemului de tratament sau modificările căilor prin care se ajunge la tratament.

Profilurile pacienților

Consumatorii de cannabis care încep tratamentul în ambulatoriu sunt mai ales bărbați tineri, cu un raport între cele două sexe de 5,2 bărbați pentru fiecare femeie și o vârstă medie de 24 de ani. Cannabisul este drogul primar cel mai frecvent raportat în rândul celor mai tinere grupuri de vârstă. În rândul celor care încep tratamentul prima dată, consumul primar de cannabis este raportat de 67 % din cei cu vârste între 15 și 19 ani și de 80 % din cei sub 15 ani ⁽⁵⁶⁾.

Cei mai mulți pacienți tratați pentru consumul de cannabis par să fie destul de bine integrați social în comparație cu cei care solicită ajutor pentru problemele cu alte tipuri de droguri. Mulți sunt încă în școală și trăiesc într-o locuință stabilă, adesea cu părinții acestora; totuși, cercetările recente raportează și un profil social de pacienți tratați pentru cannabis care diferă de populația generală din același grup de vârstă și care raportează medii mai defavorizate (OEDT, 2008a).

În general, consumatorii primari de cannabis care încep tratamentul pot fi împărțiți în trei grupuri, în funcție de frecvența consumului: cei care îl consumă ocazional (30 %), cei care îl consumă de câteva ori pe săptămână (30 %) și cei care îl consumă zilnic (40 %) ⁽⁵⁷⁾. Cu toate acestea, sunt observate diferențe considerabile între țări, în special în proporția consumatorilor regulați de cannabis care încep tratamentul. În țările în care pacienții tratați pentru cannabis sunt mai numeroși, proporția consumatorilor zilnici variază de la peste 70 % în Țările de Jos și Danemarca la 40-60 % în Spania, Franța și Italia și la 20-30 % în Germania și Ungaria.

Furnizarea tratamentului

O anchetă comandată de OEDT privind furnizarea de tratament pentru consumul de cannabis într-un eșantion de servicii de tratament pentru consumul de droguri din 19 state membre a constatat că jumătate din serviciile anchetate nu aveau programe dedicate special problemelor legate de cannabis (OEDT, 2008a). Această constatare sugerează faptul că mulți consumatori de cannabis sunt tratați în aceleași condiții ca și consumatorii altor droguri, ceea ce poate ridica dificultăți, atât pentru personalul de tratament, cât și pentru pacienți.

Dintre serviciile specializate anchetate, cele mai multe ofereau cursuri scurte de tratament pentru consumul de cannabis, având de obicei sub 20 de sesiuni. În general, tratamentul lua forma consilierii individuale și a terapiei sau consilierii cu privire la implicațiile posibile ale consumului de cannabis. Unele agenții au raportat detoxificarea de cannabis, terapia familială, comunitatea terapeutică și grupurile de ajutor reciproc drept componente posibile ale tratamentului. Îngrijirea în centre spitalicești pentru tratamentul dependenței de cannabis a fost furnizată în general în contextul problemelor sociocomportamentale.

Literatura științifică din acest domeniu sugerează faptul că o serie de psihoterapii s-au dovedit eficiente pentru tratamentul consumului de cannabis, inclusiv terapia motivațională și terapia cognitiv-comportamentală, dar

⁽⁵⁴⁾ A se vedea tabelele TDI-22 și TDI-23 (partea i) și (partea iv) din buletinul statistic 2008.

⁽⁵⁵⁾ A se vedea figurile TDI-1 și TDI-2 și tabelele TDI-3 (partea iv) și TDI-5 (partea ii) din buletinul statistic 2008.

⁽⁵⁶⁾ A se vedea tabelele TDI-10 și TDI-21 (partea ii) din buletinul statistic 2008.

⁽⁵⁷⁾ A se vedea tabelul TDI-18 din buletinul statistic 2008.

nu s-a constatat că o formă de psihoterapie ar fi mai eficientă decât alta (Nordstrom și Levin, 2007). Deși cele mai multe studii privind eficiența tratamentului pentru cannabis au fost desfășurate în Statele Unite și Australia, în prezent au început să fie lansate sau raportate și studii europene. În 2004 a început un studiu clinic controlat randomizat german care examinează un program de tratament pentru adolescenții cu probleme legate de consumul de cannabis, „Candis”. Programul se bazează pe îmbunătățirea motivației, terapia cognitiv-comportamentală și rezolvarea problemelor psihosociale. Rezultatele inițiale arată că jumătate dintre pacienți au renunțat la consumul de cannabis până la sfârșitul tratamentului. Alți 30 % și-au redus consumul de cannabis. În plus, a fost raportată o scădere vizibilă a problemelor mintale și sociale asociate. Este planificat un studiu de monitorizare.

Inițiative de a oferi tratament pentru tinerii consumatori de cannabis au fost raportate de mai multe țări. În Franța au fost înființate în toată țara, începând din 2005, circa 250 de centre de consultații pentru cannabis, acestea oferind consiliere și sprijin consumatorilor și familiilor acestora. În Danemarca, au fost alocate recent fonduri speciale pentru dezvoltarea unor programe specifice pentru tinerii consumatori de cannabis. În plus, Belgia, Germania, Franța, Țările de Jos și Elveția colaborează într-un studiu internațional privind eficacitatea unui tratament cuprinzător în cadrul familiei pentru consumul problematic de cannabis (Incant) ⁽⁵⁸⁾.

În Germania, există încercări de a transfera programul online de renunțare la cannabis „Quit the shit” ⁽⁵⁹⁾, care oferă consiliere interactivă în colaborare cu unități de tratament în ambulatoriu, către structurile locale de

protecție a tineretului și de asistență privind drogurile sau către unitățile de prevenire a dependenței de droguri.

Utilizarea tehnologiei informației și comunicațiilor în intervențiile de reducere a cererii de droguri continuă să crească în Europa. În 2006/2007, disponibilitatea consilierii și a sfaturilor privind consumul de droguri a fost menționată de nouă state membre, opt raportând utilizarea internetului (Republica Cehă, Germania, Estonia, Țările de Jos, Portugalia, Austria, Slovacia, Regatul Unit), în timp ce Danemarca a raportat utilizarea SMS-urilor. Aceste servicii bazate pe internet vizează tinerii și se concentrează pe problemele referitoare la alcool și cannabis.

Consumatorii de cannabis în contact cu sistemul de justiție penală

Canabisul este drogul ilegal cel mai des menționat în rapoartele poliției privind infracțiunile la regimul drogurilor ⁽⁶⁰⁾ în Europa, iar infracțiunile referitoare la acest drog în Uniunea Europeană au crescut cu o medie de 34 % între 2001 și 2006 (figura 2). Datele disponibile arată că majoritatea infracțiunilor raportate asociate cu cannabisul sunt legate de consumul și deținerea în vederea consumului, nu de trafic și ofertă, infracțiunile legate de consum în majoritatea țărilor raportate reprezentând 62-95 % din toate infracțiunile raportate legate de cannabis.

Mulți infractori la regimul drogurilor fiind tineri consumatori de cannabis, care altfel nu ar ajunge în contact cu serviciile antidrog, au existat rapoarte privind o cooperare crescută între autoritățile judiciare și serviciile de prevenire și consiliere în școli și unități de protecție a tineretului. Germania, Spania (Catalonia), Luxemburg și Austria au pus în aplicare protocoale și programe pentru tinerii infractori la regimul drogurilor sau pentru cei care au fost

Interdicțiile asupra fumatului și cannabisul

Legăturile posibile dintre politicile privind tutunul și fumatul cannabisului reprezintă o problemă care merită atenție. Interdicțiile asupra fumatului devin mai răspândite în Europa, iar nouă state membre au în prezent interdicții totale ale fumatului (locuri publice și locuri de muncă, inclusiv restaurante și baruri), iar Belgia, Danemarca, Germania, Țările de Jos și Portugalia au introdus recent cel puțin interdicții parțiale ale fumatului.

Legătura dintre consumul de tutun și consumul ulterior de droguri ilegale tinde să dispară atunci când se ajustează pentru factori subiacenți de risc, după cum s-a arătat într-o analiză a studiilor prospective (Mathers et al., 2006). Cu toate acestea, consumul de cannabis este mai frecvent în

rândul consumatorilor de tutun decât în rândul nefumătorilor, iar politicile puternice de reglementare a tutunului pot influența favorabil normele percepute, care sunt predictorii atât pentru consumul de tutun, cât și pentru cel de cannabis.

Există, de asemenea, probe conform cărora cannabisul este un complement economic (respectiv, răspunde în aceeași direcție în funcție de preț și disponibilitate) al țigărilor (Cameron și Williams, 2001). Studii izolate au constatat că taxele mai mari asupra țigărilor par să reducă consumul de marijuana și că pot avea un efect negativ modest asupra probabilității consumului în rândul bărbaților (Farrelly et al., 2001).

În fine, trebuie menționat că interdicția olandeză asupra consumului de tutun în restaurante și baruri se aplică și cafelelor și că orașul Amsterdam a decis să interzică fumatul cannabisului în public.

⁽⁵⁸⁾ <http://www.incant.eu>

⁽⁵⁹⁾ <http://www.drugcom.de>

⁽⁶⁰⁾ A se vedea tabelul DLO-6 din buletinul statistic 2008.

condamnați pentru consumul sau deținerea de droguri, în cea mai mare parte cannabis. Infractorului i se oferă opțiunea urmării unui curs în locul plății unei amenzi. Programele oferite în diverse țări urmăresc să prevină dezvoltarea consumului de droguri și recidiva, acestea putând include familia, școala și consilierea psihologică.

O evaluare ulterioară a programului german FReD pentru tinerii infractori (100 de respondenți) a constatat

că 44 % din foștii participanți și-au redus consumul de alcool și tutun, 79 % au redus sau renunțat la consumul de droguri ilegale, iar 69 % nu au raportat recidive după încheierea cursului. O evaluare a echipelor similare de tineri infractori (YOT) din Regatul Unit a găsit că această abordare avea considerabile beneficii potențiale (Matrix Research, 2007).

Capitolul 4

Amfetaminele, ecstasy și LSD

Introducere

La nivel global, după cannabis, amfetaminele (un termen generic care include atât amfetamina, cât și metamfetamina) și ecstasy sunt printre cele mai frecvent consumate droguri ilegale. În Europa de astăzi, în cifre absolute, consumul de cocaină poate fi mai ridicat, dar concentrarea geografică a cocainei în câteva țări înseamnă că în cea mai mare parte a Uniunii Europene o anumită formă de drog sintetic rămâne a doua substanță ilegală cea mai consumată. De asemenea, în anumite părți ale Europei, consumul de amfetamine constituie o parte importantă a problemei drogurilor, reprezentând o proporție substanțială a celor care au nevoie de tratament

Amfetamina și metamfetamina: diferențe și asemănări

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

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

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

Surse: Profilurile drogurilor, OEDT (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/methamphetamine>).

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 dramatic în anii '90. Popularitatea sa a fost legată în mod tradițional de scena muzicii dance și, în general, consumul de droguri sintetice cu prevalență ridicată este asociat anumitor subgrupuri culturale sau medii sociale.

Estimările consumului dietilamidei acidului lisergic (LSD), de departe cel mai cunoscut drog halucinogen, au fost scăzute și oarecum stabile pe parcursul unei lungi perioade de timp. Cu toate acestea, pare să existe un interes sporit al tinerilor față de substanțele halucinogene de origine naturală.

Ofertă și disponibilitate

Amfetamina

Producția globală de amfetamină, estimată la 126 de tone în 2006, rămâne concentrată în Europa, care a înregistrat 79 % din laboratoarele de amfetamină raportate în 2006 (ONU DC, 2008), deși aceasta se răspândește în alte părți ale lumii, în special în America de Nord și în Asia de Sud-Est ⁽⁶¹⁾. La nivel global, în 2006 s-au capturat peste 19 tone de amfetamine, majoritatea în Orientul Apropiat și Mijlociu (67 %), legate de tabletele „Captagon” ⁽⁶²⁾ produse în Europa de Sud-Est, acestea fiind urmate de capturile de amfetamine din Europa de Vest și Centrală (27 %), reflectând rolul Europei atât ca producător, cât și ca consumator major al acestui drog (CND, 2008; ONU DC, 2008).

⁽⁶¹⁾ Pentru informații asupra surselor datelor pentru oferta și disponibilitatea drogurilor, a se vedea p. 37.

⁽⁶²⁾ Captagon este una din mărcile înregistrate pentru fenetilină, o substanță sintetică stimulatoare a sistemului nervos central, deși tabletele vândute cu această siglă pe piața ilegală conțin de obicei amfetamină amestecată cu cafeină.

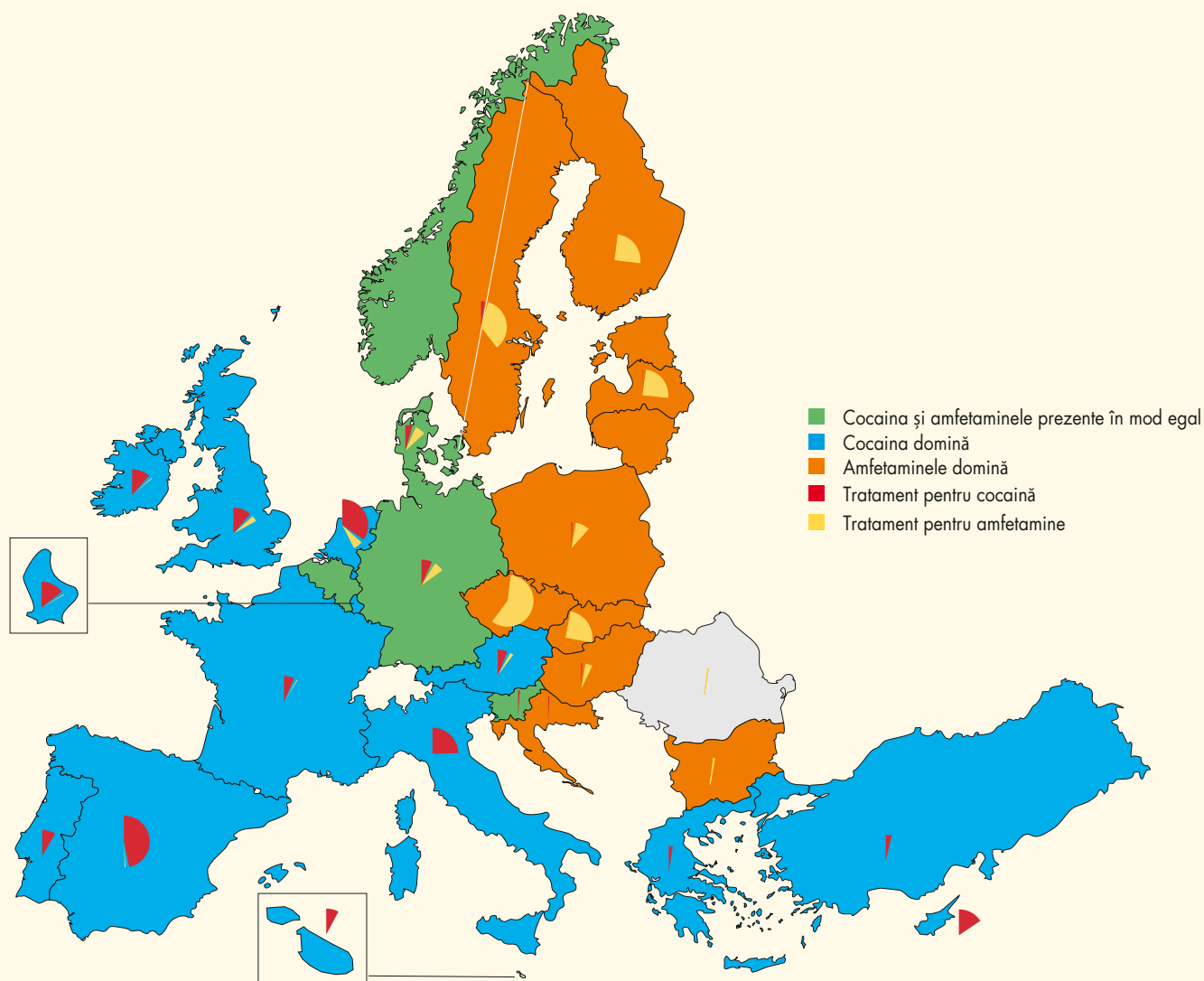
Piața europeană a drogurilor stimulatoare: „țări ale cocainei” și „țări ale amfetaminei”?

O sinteză a informațiilor provenite din diferite surse sugerează că diferitele droguri stimulatoare pot juca un rol similar în diferite țări și, prin urmare, poate fi util să se ia în considerare la elaborarea politicii din acest domeniu nu doar substanțele individuale, cât și ansamblul pieței drogurilor stimulatoare. În unele țări, cocaina pare a fi drogul stimulator dominant, în timp ce în altele amfetamina sau metamfetamina par utilizate mai mult. Tabloul care apare din combinarea datelor

anchetelor generale ale populației și ale rapoartelor privind capturile sugerează că țările din Europa Nordică și Centrală tind în general să aparțină unui „grup al amfetaminelor”, în timp ce în țările din Europa de Vest și de Sud predomină consumul de cocaină.

De asemenea, importanța relativă a drogurilor stimulatoare în ansamblul problemei drogurilor variază mult între țări. Acest lucru se poate vedea în datele privind tratamentul, unde,

Piața de droguri stimulatoare din Europa: prevalența relativă a cocainei sau a amfetaminelor în capturi și în anchetele populației și proporția consumatorilor de droguri aflați sub tratament care au raportat aceste substanțe ca droguri primare



pentru un grup restrâns de țări, drogurile stimulatoare sunt responsabile de o proporție relativ ridicată din toate cererile de tratament pentru consumul de droguri (metamfetamina în Republica Cehă și Slovacia; amfetamina în Letonia, Suedia și Finlanda; cocaina în Spania, Italia și Țările de Jos); în timp ce în alte țări, proporția pacienților aflați în tratament care raportează aceste substanțe ca motiv principal pentru care au solicitat ajutor este foarte mică sau chiar neglijabilă.

De asemenea, datele pacienților aflați în tratament sugerează faptul că cei tratați pentru probleme provocate de drogurile stimulatoare tind să aibă probleme cu o singură clasă de droguri stimulatoare. De exemplu, în rândul celor care primesc tratament pentru cocaină în ambulatoriu (toate cererile), numai circa 8 % au raportat amfetaminele ca drog secundar, în timp ce sub 9 % au raportat cocaina drept drog problematic secundar în rândul pacienților aflați în tratament pentru consumul de amfetamină. De asemenea, rapoartele din anumite țări sugerează că un drog stimulator îl poate disloca pe altul pe piața drogurilor. De exemplu, există date care sugerează că este posibilă înlocuirea amfetaminelor și ecstasy de către cocaină în rândul anumitor populații consumatoare de droguri, iar în Țările de Jos, amfetaminele pot fi utilizate ca înlocuitor mai ieftin al cocainei în afara zonelor urbane.

Deși drogurile stimulatoare pot diferi în ceea ce privește efectele și consecințele, în privința tratamentului pentru consum de droguri, opțiunile, ratele de reținere și rezultatele sunt în linii mari similare (Rawson et al., 2000; Copeland și Sorensen, 2001). Într-o anumită măsură, pot fi văzute similități și în tiparele în care sunt consumate aceste droguri și în tipologia generală a consumatorilor. De exemplu, tiparele de consum recreaționale și mai puțin intensive și dăunătoare în rândul consumatorilor bine integrați din punct de vedere social pot coexista cu un consum intensiv în rândul grupurilor mai marginalizate, cu o mai mare asociere a problemelor de dependență și modalități mai riscante de administrare, precum injectare și fumat.

NB: Culoarea din fundal indică dominația relativă a cocainei sau a amfetaminelor în conformitate cu anchetele efectuate asupra populației (prevalența consumului în ultimul an în rândul populației cu vârstă între 15 și 34 de ani) și datele provenind din capturi; diagramele circulare reprezintă proporțiile tuturor solicitărilor de tratament înregistrate pentru aceste două droguri – sunt reprezentate doar segmentele pentru cocaină și amfetamine. Pentru Italia, Țările de Jos și Polonia, acolo unde datele referitoare la capturi nu au fost disponibile, s-au folosit doar datele din anchetele asupra populației. Pentru Croația, s-au folosit doar datele din capturi. Pentru Norvegia și Belgia, nu au fost disponibile date privind tratamentul. Datele disponibile din România nu au permis tragerea unor concluzii la nivel național. În Republica Cehă și Slovacia, metamfetamina constituie cea mai consumată amfetamină.

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 2006, în Uniunea Europeană au fost descoperite 40 de amplasamente implicate în producția, ambalarea sau depozitarea de amfetamine (Europol, 2007a), iar ONUDC (2008) raportează desființarea a 123 de laboratoare în țările europene.

Turcia a raportat capturi de circa 20 de milioane de tablete de amfetamină cu sigla „Captagon”. Producția de amfetamină în această formă este raportată în Bulgaria și Turcia și se consideră că aceasta este în mare parte destinată exportului în țările consumatoare din Orientul Apropiat și Mijlociu.

În 2006, în Europa s-au făcut aproximativ 38 000 de capturi, însumând 6,2 tone de praf de amfetamină. În timp ce cifrele provizorii pentru 2006 sugerează un declin față de nivelurile mai ridicate raportate în 2004 și 2005, atât capturile, cât și cantitățile de amfetamine interceptate au crescut în perioada de cinci ani 2001-2006⁽⁶³⁾. Cu toate acestea, această concluzie este provizorie, întrucât cele mai recente date din Regatul Unit, țara din Europa care în mod tipic raportează cele mai multe capturi, nu sunt încă disponibile. Capturile de tablete de amfetamine, spre deosebire de praf, sunt raportate din ce în ce mai mult de câteva țări, cu un total de 390 000 de tablete capturate în Uniunea Europeană (în cea mai mare parte în Spania) în 2006.

Puritatea eșantioanelor de amfetamină interceptate în Europa în 2006 a variat considerabil și într-o asemenea măsură încât orice comentariu asupra valorilor tipice trebuie făcut cu prudență. Cu toate acestea, țările care raportează date pentru 2006 pot fi împărțite în două grupuri, 10 țări raportând valori între 2 % și 10 %, iar celelalte raportând niveluri mai ridicate de puritate (25-47 %). Acest din urmă grup include în general țările cunoscute ca având o implicare mai mare în producția, traficul sau consumul de amfetamină (Țările de Jos, Polonia, țările baltice și nordice). În ultimii cinci ani, puritatea amfetaminei a fost stabilă sau în scădere în cele mai multe dintre cele 19 țări în care există date suficiente pentru a permite o analiză.

În 2006, prețul tipic de vânzare cu amănuntul al amfetaminei a variat între 10 EUR și 15 EUR pe gram în jumătate din țările raportoare. În perioada 2001-2006, cu excepția Republicii Cehe, Spaniei și României, s-a raportat scăderea prețului de vânzare cu amănuntul al amfetaminei în toate cele 16 țări care au raportat date suficiente pentru analiză.

⁽⁶³⁾ Datele privind capturile europene de droguri menționate în acest capitol se găsesc în tabelele SZR-11 - SZR-18 din buletinul statistic 2008. De reținut faptul că, acolo unde lipsesc datele pe 2006, sunt utilizate datele corespunzătoare pentru 2005 pentru a estima totalurile europene.

Metamfetamina

Producția de metamfetamină este concentrată în America de Nord și în Asia de Est și Sud-Est. În 2006, producția globală de metamfetamină a fost estimată la 266 de tone, depășind-o pe cea a oricărui alt drog sintetic ilegal. Circa 15,8 tone de metamfetamină au fost recuperate la nivel mondial în 2006, cea mai mare parte fiind capturată în Asia de Est și de Sud-Est, aceasta fiind urmată de America de Nord, sub 1 % din capturi provenind din Europa (ONU DC, 2007a, 2008).

Metamfetamina se produce ilegal și în Europa, deși producția este limitată în mare parte la Republica Cehă, unde în 2006 au fost detectate peste 400 de mici „laboratoare de bucătărie”. De asemenea, se raportează producerea drogului în Slovacia și, într-o mai mică măsură, în Lituania (INCB, 2008a).

În 2006 au fost raportate circa 3 000 de capturi de metamfetamină, însumând 154 kg de drog în 17 țări europene. Norvegia înregistrează cele mai multe capturi și cantități recuperate, fiind urmată de Suedia, Republica Cehă și Slovacia. În aceste din urmă două țări, capturile au avut tendința să fie mici, de obicei câteva grame sau mai puțin. Între 2001 și 2006, atât numărul, cât și cantitatea de metamfetamină capturată în Europa au fost în creștere, deși rămân scăzute în comparație cu alte droguri. În 2006, datele limitate disponibile sugerează că puritatea medie a metamfetaminei a scăzut undeva între 20 % și 55 %.

Ecstasy

Producția globală de ecstasy a fost raportată de ONU DC (2007a) ca fiind în scădere, la circa 102 tone în 2006. Producția pare să fi devenit mai difuză din punct de vedere geografic, producția pentru consumul local fiind mult mai frecventă în prezent în America de Nord și Asia de Est și Sud-Est. În ciuda acestui lucru, Europa rămâne principala zonă de producție de ecstasy, producția fiind concentrată în Țările de Jos (unde, după câțiva ani de declin, este posibil ca producția să fi crescut din nou în 2006), Belgia și, într-o mai mică măsură, Polonia și Regatul Unit.

Importanța relativă a Europei, atât ca consumator, cât și ca producător de ecstasy poate fi văzută din datele privind capturile de droguri. Europa a raportat peste 20 000 de capturi, acestea conducând la interceptarea a 14 milioane de tablete de ecstasy în 2006. Țările de Jos au înregistrat cea mai mare cantitate de ecstasy capturată (4,1 milioane de tablete), fiind urmate de Regatul Unit, Turcia, Franța și Germania. În ansamblu, numărul de capturi de ecstasy a scăzut în perioada 2001-2006,

Acțiunea internațională împotriva producției și deturnării precursorilor sintetici ai drogurilor

Eforturile de aplicare a legii vizează din ce în ce mai mult precursorii chimici necesari pentru producția drogurilor ilegale ca o măsură suplimentară de răspuns, iar acesta este un domeniu în care cooperarea internațională este foarte valoroasă. Proiectul Prisma este o inițiativă internațională instituită pentru a preveni deturnarea precursorilor chimici utilizați în fabricarea ilegală de droguri sintetice, 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, 2008b).

La nivel global, rapoartele sugerează că în 2006 au fost capturate peste 11 tone de efedrină și pseudoefedrină, precursori cheie ai metamfetaminei. China a reprezentat jumătate din acest total, fiind urmată de Canada și Myanmar. Statele membre ale UE (mai ales Belgia și Ungaria), împreună cu Federația Rusă și Ucraina, au reprezentat doar 0,3 tone, deși Europol (2008) raportează o creștere recentă a exportului, transbordării și deturnării acestor substanțe chimice în Uniunea Europeană.

Capturile globale de 1-fenil-2-propanonă (P-2-P), utilizată în producția ilegală de metamfetamină și de amfetamină, au scăzut în 2006. O excepție la această tendință a fost reprezentată de statele membre ale UE (în principal Danemarca, Țările de Jos și Polonia), împreună cu Turcia și Federația Rusă, care împreună au înregistrat cea mai mare parte a capturilor globale de 2 600 de litri de P-2-P. Acest precursor este folosit mai ales pentru fabricarea amfetaminei în Europa, de obicei producătorii importând P-2-P din țările asiatice (China), deși începând cu 2004 s-au raportat importul și traficul din Federația Rusă (Europol, 2007a).

Capturile globale de 3,4-metilendioxfenil-2-propanonă (3,4-MDP-2-P), utilizată pentru producția de MDMA, au scăzut în 2006 la 7 500 de litri, din care Canada a înregistrat întreaga cantitate, cu excepția a 105 litri capturați de Țările de Jos. Capturile de safrol, care poate înlocui 3,4 MDP-2-P în sinteza MDMA, au rămas marginale în 2006, fiind capturați 62 de litri la nivel mondial, cei mai mulți în Australia, în Europa doar Franța raportând o captură de safrol (7 litri).

iar cantitatea capturată a scăzut la rândul său, după un vârf în 2002 ⁽⁶⁴⁾. Din cele 4,5 tone de ecstasy capturate la nivel global în 2006, Europa de Vest și Centrală a înregistrat 43 % din aceste capturi; în comparație, America de Nord a înregistrat 34 % (ONU DC, 2008).

În Europa, majoritatea tabletelor de ecstasy analizate în 2006 conțineau MDMA sau altă substanță de tipul ecstasy (MDEA, MDA), ca singură substanță psihoactivă

⁽⁶⁴⁾ Acest tablou este preliminar, deoarece datele pentru Regatul Unit, țara care a raportat cele mai multe capturi în 2005, încă nu sunt disponibile pentru 2006.

prezentă, 17 țări raportând că aceasta era situația în peste 70 % din numărul total de tablete analizate. Spania și Polonia au făcut excepție, raportând că analiza tabletelor comercializate ca ecstasy a stabilit în mod frecvent prezența amfetaminei sau a metamfetaminei, deseori în combinație cu MDMA sau una din substanțele similare acestora. În Letonia și Malta, cele mai multe tablete analizate nu conțineau vreo substanță controlată.

Cele mai multe țări au raportat un conținut tipic de MDMA al tabletelor de ecstasy undeva între 25 și 65 mg – deși existau variații considerabile în eșantioanele analizate (9-90 mg). În plus, anumite țări (Belgia, Danemarca, Germania, Franța, Țările de Jos, Norvegia) au raportat tablete de ecstasy cu doze mari, conținând peste 130 mg de MDMA, iar MDMA sub formă de praf a devenit în prezent disponibilă în anumite piețe. Nu se poate observa o tendință clară pe termen mediu în privința conținutului de MDMA al tabletelor de ecstasy. Este totuși clar că, în comparație cu perioada în care drogul a devenit pentru prima dată disponibil pe scară largă în Europa, la începutul anilor '90, ecstasy s-a ieftinit considerabil. Deși există anumite rapoarte privind tablete vândute chiar la un preț de 1 EUR, cele mai multe țări raportează în prezent prețuri între 3 și 9 EUR pe tabletă, iar datele disponibile pentru 2001-2006 sugerează că prețul de vânzare cu amănuntul (ajustat pentru inflație) a continuat să scadă.

LSD

Consumul și traficul de LSD încă este considerat marginal, deși capturile din Europa ar putea sugera o redeșteptare a interesului pentru drog în ultimii câțiva ani. După o tendință descrescătoare pe termen lung datând din anii '90, atât numărul, cât și cantitatea de capturi au crescut începând cu 2003. Situația actuală este neclară, întrucât, deși datele disponibile în mod provizoriu indică o ușoară scădere a ambilor indicatori, Regatul Unit, țara care de obicei raportează cele mai mari cantități de LSD capturate, încă nu a raportat. Prețurile cu amănuntul ale LSD (ajustate pentru inflație) au scăzut ușor din 2001 și au variat în 2006 între 5 EUR și 11 EUR pe unitate în cele mai multe țări europene.

Prevalența și tiparele de consum

Dintre statele membre ale UE, consumul de amfetamine sau ecstasy este relativ ridicat în Republica Cehă, Estonia și Regatul Unit și relativ ridicat, în ceea ce privește situația generală națională în domeniul drogurilor, în anumite țări din Europa Centrală și Nordică. În contrast, în ansamblu,

nivelurile consumului de droguri halucinogene sintetice, precum dietilamida acidului lisergic (LSD), sunt mai scăzute și au fost în mare parte stabile o perioadă considerabilă.

Nivelurile ridicate de prevalență în anumite țări trebuie înțelese, cel puțin în termeni simpli, în contextul a două tipare distincte de consum. Într-un număr limitat de țări, consumul, adesea prin injectare, de amfetamină și metamfetamină reprezintă un procentaj ridicat al numărului total de consumatori problematici de droguri și al celor care solicită ajutor pentru problemele legate de droguri. În contrast cu aceste populații cronice, există o asocierie mai generală între drogurile sintetice, în special ecstasy, și cluburile de noapte, muzica dance și anumite subculturi; acest lucru conduce la niveluri semnificativ mai ridicate de consum raportate în rândul tinerilor, în comparație cu populația generală, și la niveluri foarte ridicate de consum constatate în anumite medii sau subpopulații specifice.

Amfetaminele

Anchetele recente ale populației arată că prevalența pe parcursul vieții a consumului de amfetamine ⁽⁶⁵⁾ în Europa variază între țări, de la 0,1 % la 11,9 % din toți adulții (15-64 ani). În medie, 3,3 % din toți adulții europeni raportează utilizarea cel puțin o dată a amfetaminelor. Consumul drogului în ultimul an este mult mai scăzut, cu o medie europeană de 0,6 % (interval de 0,0-1,3 %). Estimările sugerează că circa 11 milioane de europeni au încercat amfetaminele, iar circa 2 milioane au consumat drogul în ultimul an (a se vedea tabelul 3 pentru un rezumat al datelor).

În rândul tinerilor adulți (15-34 de ani), prevalența consumului de amfetamină pe parcursul vieții variază considerabil între țări, de la 0,2 % la 16,5 %, cu o medie europeană de circa 5 %. Consumul de amfetamine în ultimul an în acest grup de vârstă variază de la 0,1 % la 2,9 %, majoritatea țărilor raportând estimări ale prevalenței între 0,7 % și 1,9 %. Se estimează că, în medie, 1,3 % din tinerii europeni au consumat amfetamine în ultimul an.

Consumul problematic de amfetamină

Indicatorul OEDT privind consumul problematic de droguri (CPD) poate fi utilizat în sens restrâns pentru amfetamine, unde definește ca atare consumul prin injectare sau consumul pe termen lung / frecvent al substanței. Un singur stat membru (Finlanda) a furnizat o estimare națională recentă a consumului problematic de amfetamină, care a fost estimat pentru 2005 la

⁽⁶⁵⁾ Datele de anchetă privind „consumul de amfetamină” deseori nu disting între amfetamină și metamfetamină, deși în mod tipic acesta se referă la consumul de amfetamină (sulfat sau dexamfetamină), deoarece consumul de metamfetamină este rar în Europa, sub 1 % din capturile mondiale de metamfetamină fiind raportate în acest continent.

Tabelul 3: 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	11 milioane	2 milioane
Media europeană	3,3 %	0,6 %
Interval	0,1 – 11,9 %	0,0 – 1,3 %
Țări cu prevalența cea mai scăzută	Grecia (0,1 %) România (0,2 %) Malta (0,4 %) Cipru (0,8 %)	Grecia, Malta (0,0 %) Franța (0,1 %) Portugalia (0,2 %)
Țări cu prevalența cea mai ridicată	Regatul Unit (11,9 %) Danemarca (6,9 %) Norvegia (3,6 %) Irlanda (3,5 %)	Regatul Unit, Estonia (1,3 %) Norvegia, Letonia (1,1 %)
15-34 de ani		
Număr estimat de consumatori în Europa	7 milioane	2 milioane
Media europeană	5,1 %	1,3 %
Interval	0,2 – 16,5 %	0,1 – 2,9 %
Țări cu prevalența cea mai scăzută	Grecia (0,2 %) România (0,5 %) Malta (0,7 %) Cipru (0,8 %)	Grecia (0,1 %) Franța (0,2 %) Cipru (0,3 %) Portugalia (0,4 %)
Țări cu prevalența cea mai ridicată	Regatul Unit (16,5 %) Danemarca (12,7 %) Norvegia (5,9 %) Spania, Letonia (5,3 %)	Estonia (2,9 %) Regatul Unit (2,7 %) Letonia (2,4 %) Danemarca (2,2 %)
Informații bazate pe ultima anchetă disponibilă pentru fiecare țară. Anul de studiu variază între 2001 și 2007. 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. Populații folosite ca bază: 15-64 (328 milioane), 15-34 (134 milioane) și 15-24 (64 milioane). Datele rezumate aici sunt disponibile la „Anchete în rândul populației generale” din buletinul statistic 2008.		

12 000-22 000 de consumatori problematici de amfetamină (4,3-7,9 cazuri la 1 000 de persoane cu vârsta între 15 și 54 de ani), 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 este relativ mic în cele mai multe țări europene. Tratamentul pentru consumul de amfetamină reprezintă o proporție ridicată din cererea totală de tratament raportată în Letonia, Suedia și Finlanda, unde între 25 % și 35 % dintre pacienții tratați pentru consum de droguri care încep tratamentul au raportat amfetamina ca drog problematic primar. În afara acestor țări, tratamentul pentru amfetamină reprezintă peste 5 % din tratamentul raportat pentru consumul de droguri numai în Danemarca, Germania, Țările de Jos și Polonia, unde între 6 % și 9 %

din consumatorii aflați în tratament raportează amfetamina ca drog primar ⁽⁶⁶⁾.

În cele mai multe țări, deși nu în Suedia și Finlanda, procentul de noi pacienți care încep tratamentul pentru consum primar de amfetamină este mai mare decât procentul tuturor pacienților care primesc tratament pentru consumul acestui drog. Între 2002 și 2006, procentul de noi pacienți care au început tratamentul pentru consum primar de amfetamină a fost relativ stabil în ansamblul Europei, deși în această perioadă a fost raportată o creștere de către Letonia și Danemarca, în timp ce în Suedia și Finlanda procentajul de noi consumatori de amfetamină a scăzut, sugerând eventual o populație în curs de îmbătrânire ⁽⁶⁷⁾.

Consumatorii de amfetamină care încep tratamentul au, în medie, vârsta de 29 de ani și sunt bărbați. Deși raportul

⁽⁶⁶⁾ A se vedea tabelul TDI-5 (partea ii) din buletinul statistic 2008.

⁽⁶⁷⁾ A se vedea figura TDI-1 și tabelele TDI-4 (partea ii), TDI-5 (partea ii) și TDI-36 din buletinul statistic 2008.

dintre bărbați și femei este de circa 2:1, procentul general de femei în rândul consumatorilor de amfetamină este mai ridicat decât pentru alte droguri ⁽⁶⁸⁾.

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 (Griffiths et al., 2008). În trecut, consumul acestui drog în Europa a fost concentrat în Republica Cehă și, într-o anumită măsură, în Slovacia. Și numai aceste două țări raportează estimări recente ale consumului problematic. S-a estimat că în 2006 existau, în Republica Cehă, 17 500-22 500 de consumatori de metamfetamină (2,4-3,1 cazuri la 1 000 de persoane cu vârsta între 15-64 de ani), aproape dublu față de numărul consumatorilor problematici de opiacee, iar în Slovacia erau aproximativ 6 200-15 500 de consumatori de metamfetamină (1,6-4,0 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 ultimii cinci ani, cererea raportată de tratament legat de consumul de metamfetamină a crescut în ambele țări. Metamfetamina a devenit drogul primar cel mai des raportat de către cei care solicită tratament pentru prima dată în Slovacia, unde reprezintă 25 % din toate cererile de tratament pentru consumul de droguri. În Republica Cehă, 59 % din toți pacienții aflați în tratament pentru consumul de droguri raportează metamfetamina ca drog primar ⁽⁶⁹⁾. Pacienții aflați în tratament pentru metamfetamină raportează niveluri ridicate de consum prin injectare: circa 50 % în Slovacia și 80 % în Republica Cehă.

Ecstasy

Se estimează că circa 9,5 milioane de adulți europeni (în medie 3 %) au încercat ecstasy și că aproape 3 milioane (0,8 %) au consumat această substanță în ultimul an (a se vedea tabelul 4 pentru un rezumat al datelor). Există variații considerabile între țări, anchete recente sugerând că între 0,3 % și 7,3 % din toți adulții (15-64 ani) au încercat drogul cel puțin o dată, cele mai multe țări raportând estimări ale prevalenței pe parcursul vieții între 1,3 % și 3,1 %. Consumul drogului în ultimul an a variat în Europa, de la 0,2 % la 3,5 %. La toți indicatorii, ca și în cazul celor mai multe droguri ilegale, consumul raportat a fost mult mai ridicat în rândul bărbaților decât în rândul femeilor.

Consumul de ecstasy a fost mult mai frecvent în rândul adulților tineri (15-34 ani), unde estimările prevalenței pe parcursul vieții au variat la nivel național între 0,5 % și 14,6 %, între 0,4 % 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 2,5 milioane (1,8 %) raportând consumul în ultimul an. Estimările prevalenței sunt și mai ridicate dacă analizăm un segment de vârstă mai tânăr: în rândul grupului de 15-24 ani, prevalența pe parcursul vieții variază între 0,4 % și 18,7 %, deși cele mai multe țări au raportat estimări în intervalul 2,5 %-8 % ⁽⁷⁰⁾. Deși cele mai multe țări au raportat estimări de 1,3-4,6 % pentru consumul în ultimul an al acestui grup de vârstă, a existat o diferență considerabilă între cea mai scăzută estimare națională, de 0,3 %, și cea mai ridicată, de 12 %, reflectând experiențele diferite ale anumitor state membre.

În rândul elevilor, creșteri mari ale nivelurilor de prevalență pot apărea odată cu creșteri mici ale vârstei, de exemplu, datele disponibile din 16 țări arată că, în comparație cu elevii mai mici, prevalența consumului de ecstasy pe parcursul vieții în rândul elevilor de 17-18 ani este în general considerabil mai ridicată, sugerând faptul că primul consum al drogului are loc de obicei după vârsta de 16 ani ⁽⁷¹⁾.

În ciuda unui număr de consumatori de ecstasy în Europa similar celui al consumatorilor de amfetamină, foarte puțini ajung la serviciile de tratament. În 2006, în cele mai multe țări, sub 1 % din consumatorii de droguri care încep tratamentul au menționat ecstasy ca drog problematic primar, iar în cele mai multe țări doar un număr nesemnificativ de pacienți sunt tratați pentru probleme legate de ecstasy. Numai cinci țări raportează peste 100 de pacienți care încep tratamentul pentru ecstasy (Franța, Italia, Ungaria, Regatul Unit, Turcia), reprezentând între 0,5 % și 4 % din toți pacienții aflați în tratament pentru consumul de droguri din aceste țări. Cu o vârstă medie de 24-25 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 ⁽⁷²⁾.

LSD

Prevalența LSD pe parcursul vieții în rândul populației adulte (15-64 ani) variază de la aproape zero la 5,4 %. În rândul adulților tineri (15-34 ani), estimările

⁽⁶⁸⁾ A se vedea tabelul TDI-37 din buletinul statistic 2008.

⁽⁶⁹⁾ A se vedea tabelul TDI-5 (partea ii) din buletinul statistic 2008.

⁽⁷⁰⁾ A se vedea tabelul GPS-17 din buletinul statistic 2008.

⁽⁷¹⁾ A se vedea tabelele EYE-1 și EYE-2 din buletinul statistic 2008.

⁽⁷²⁾ A se vedea tabelele TDI-5 și TDI-37 (partea i), (partea ii) și (partea iii) din buletinul statistic 2008.

Tabelul 4: 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 în Europa	9,5 milioane	2,6 milioane
Media europeană	2,8 %	0,8 %
Interval	0,3–7,3 %	0,2–3,5 %
Țări cu prevalența cea mai scăzută	România (0,3 %) Grecia (0,4 %) Malta (0,7 %) Lituania (1,0 %)	Grecia, Malta (0,2 %) Danemarca, Polonia (0,3 %)
Țări cu prevalența cea mai ridicată	Regatul Unit (7,3 %), Republica Cehă (7,1 %) Irlanda (5,4 %) Spania (4,4 %)	Republica Cehă (3,5 %) Regatul Unit (1,8 %) Estonia (1,7 %) Slovacia (1,6 %)
15-34 de ani		
Număr estimat de consumatori în Europa	7,5 milioane	2,5 milioane
Media europeană	5,6 %	1,8 %
Interval	0,5–14,6 %	0,4–7,7 %
Țări cu prevalența cea mai scăzută	România (0,5 %) Grecia (0,6 %) Malta (1,4 %) Lituania, Polonia (2,1 %)	Grecia (0,4 %) Italia, Polonia (0,7 %) Danemarca, Lituania, Portugalia (0,9 %)
Țări cu prevalența cea mai ridicată	Republica Cehă (14,6 %) Regatul Unit (13,0 %) Irlanda (9,0 %) Slovacia (8,4 %)	Republica Cehă (7,7 %) Regatul Unit (3,9 %) Estonia (3,7 %) Țările de Jos, Slovacia (2,7 %)
Informații bazate pe ultima anchetă disponibilă pentru fiecare țară. Anul de studiu variază între 2001 și 2007. 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. Populații folosite ca bază: 15-64 (328 milioane), 15-34 (134 milioane) și 15-24 (64 milioane). Datele rezumate aici sunt disponibile la „Anchete în rândul populației generale” din buletinul statistic 2008.		

prevalenței pe parcursul vieții sunt ușor mai ridicate (între 0,3 % și 7,1 %), deși sunt raportate niveluri mai scăzute de prevalență în grupul de vârstă 15-24 ani. În contrast, 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 1 % și 9 %, iar estimările prevalenței în ultimul an variază între 0,3 % și 3 % (OEDT, 2006).

Tendențe în consumul de amfetamine și ecstasy

Rapoartele privind tendințele de stabilizare sau chiar de scădere ale consumului de amfetamină și ecstasy în Europa 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.

Consumul de amfetamină (ultimele 12 luni) în rândul tinerilor adulți (15-34 de ani) a scăzut substanțial în Regatul Unit între 1996 (6,5 %) și 2002 (3,1 %), cifrele rămânând stabile ulterior. O creștere pronunțată a consumului de amfetamină este raportată în Danemarca între 1994 și 2000, dar rezultatele anchetei din 2005 indică o scădere a consumului acestei substanțe de la începutul acestui deceniu ⁽⁷³⁾. 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 ⁽⁷⁴⁾. În perioada de cinci ani 2001-2006,

⁽⁷³⁾ În Danemarca, informațiile din 1994 se referă la „droguri tari”, considerate în principal a fi amfetamine.

⁽⁷⁴⁾ A se vedea figura GPS-8 din buletinul statistic 2008.

din cele 14 țări cu date suficiente privind prevalența consumului de amfetamină în ultimul an în grupul de vârstă 15-34 de ani, trei raportează o scădere de 15 % sau mai mult, patru raportează o stabilizare, iar șapte raportează o creștere de 15 % sau mai mult.

Pentru consumul de ecstasy în rândul adulților tineri (15-34 ani), tabloul este mai complex, nivelurile consumului fiind încă ridicate în rândul bărbaților tineri ⁽⁷⁵⁾ și în studiile anumitor locuri de recreere specifice. 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 rămas substanțial mai ridicată în Regatul Unit decât în celelalte țări ⁽⁷⁶⁾. În perioada de cinci ani 2001-2006, prevalența consumului de ecstasy în ultimul an în rândul adulților tineri a scăzut în trei din cele 14 țări care au furnizat informații suficiente, rămânând stabilă în cinci țări și crescând în șase.

Datele din câteva țări sugerează posibilitatea înlocuirii amfetaminelor și ecstasy de către cocaină în anumite sectoare ale populației consumatoare de droguri. Aceasta poate fi situația în Regatul Unit și Danemarca și, într-o anumită măsură, în Spania. Atât Regatul Unit, cât și Danemarca raportează estimări relativ ridicate ale prevalenței pe parcursul vieții a consumului de amfetamine, de 11,9 % și, respectiv, 6,9 %, dar nivelurile consumului raportat în ultimul an și ultima lună corespund în mai mare măsură celor constatate în alte țări. Creșterile consumului de cocaină în aceste țări au corespuns într-o anumită măsură unei scăderi a consumului de amfetamine, aceasta indicând posibilitatea ca un drog stimulator să-l înlocuiască pe celălalt pe aceste piețe ⁽⁷⁷⁾. Posibilele schimbări ale tiparelor consumului de droguri în alte țări (Germania, Franța, Italia, Țările de Jos) sunt mai puțin clare. În ansamblu, interacțiunea dintre diferite droguri care pot prezenta un interes similar pentru consumatori rămâne prost înțeleasă.

O analiză a datelor acestor anchete naționale realizate în școli, nou disponibile în 2007 (Republica Cehă, Spania, Portugalia, Slovacia, Suedia, Regatul Unit), sprijină sugestia unei stabilizări generale a situației, fără schimbări sau chiar cu unele scăderi observate în consumul de amfetamină și ecstasy raportat pe parcursul vieții.

Locuri de recreere

Consumul de amfetamine și ecstasy în locurile de recreere

Studiile privind consumul de droguri în locurile de recreere unde se reunesc tinerii și care sunt cunoscute ca fiind uneori asociate consumului de droguri, precum evenimentele dance sau festivalurile muzicale, pot oferi o perspectivă utilă asupra comportamentului celor care consumă amfetamine și ecstasy în mod frecvent și intensiv. Estimările consumului de droguri în aceste medii sunt în general ridicate, dar nu pot fi generalizate la o populație mai extinsă.

Un studiu asupra tinerilor între 15 și 30 de ani care frecventează în mod regulat localuri de noapte, desfășurat în 2006 în nouă orașe europene (Atena, Berlin, Brno, Lisabona, Liverpool, Ljubljana, Palma, Veneția, Viena) a raportat estimări ale prevalenței pe parcursul vieții de 27 % pentru ecstasy și de 17 % pentru amfetamină. Consumul frecvent al acestor droguri a fost mult mai scăzut, astfel că numai 1,4 % dintre respondenți au raportat că consumau ecstasy săptămânal sau mai des și sub 1 % o situație similară pentru amfetamină. Vârsta medie la primul consum pentru ambele droguri în rândul grupului de studiu era de 18 ani ⁽⁷⁸⁾. Consumul concomitent de alcool era frecvent, 34 % din cei intervievați raportând că au fost în stare de ebrietate de peste două ori în cele patru săptămâni anterioare interviului. Acest nivel de ebrietate a fost raportat mai frecvent de bărbați decât de femei: 42 % și, respectiv, 27 % (Comisia Europeană, 2007b).

O anchetă franceză realizată în 2004 și 2005 în cinci localuri de muzică electronică a raportat o prevalență în ultima lună de 32 % pentru ecstasy și de 13 % pentru amfetamină într-un eșantion de 1 496 respondenți. Cu toate acestea, ar trebui menționat faptul că prevalența era mai ridicată în rândul unor subpopulații specifice caracterizate de elementele lor de contracultură și etichetate drept „alternative”. În rândul acestor subpopulații, estimările prevalenței pentru ecstasy și amfetamină au fost de 54 %, respectiv 29 %.

Intervenții în locurile de recreere

O tendință din ce în ce mai frecvent raportată în Europa este ca autoritățile să abordeze împreună aspectele drogurilor legale și ilegale la analizarea problemelor locale de ordine publică sau sănătate. Această abordare este relevantă în special pentru intervențiile care vizează

⁽⁷⁵⁾ A se vedea figura GPS-9 (partea ii) din buletinul statistic 2008.

⁽⁷⁶⁾ A se vedea figura GPS-21 din buletinul statistic 2008.

⁽⁷⁷⁾ A se vedea „Piața europeană a drogurilor stimulatoare: «țări ale cocainei» și «țări ale amfetaminei»?”, p. 50.

⁽⁷⁸⁾ A se vedea tabelul EYE-2 din buletinul statistic 2008.

mediile în care se consumă atât droguri sintetice și stimulatoare, cât și alcool, precum barurile de noapte și cluburile. În acest domeniu, o problemă este faptul că rolurile relative ale substanțelor ilegale și legale pot fi greu de separat. Consumul de alcool în rândul tinerilor este o preocupare în creștere în Europa, iar în 2006 Comisia Europeană a adoptat o strategie europeană privind alcoolul pentru a sprijini statele membre în reducerea riscurilor legate de alcool în rândul tinerilor. Într-adevăr, consumul riscant de alcool este asociat cu unul din patru decese în rândul bărbaților tineri (15-29 de ani) și unul din zece în rândul femeilor tinere ⁽⁷⁹⁾.

Preocupările cu privire la consumul combinat de droguri și alcool de către tineri în locuri publice au condus la elaborarea unor strategii care urmăresc modificarea mediilor sociale, economice și fizice asociate consumului de alcool și droguri, în scopul modificării comportamentelor și normelor de consum, creării unor condiții mai puțin favorabile intoxicației și reducerii șanselor apariției problemelor legate de alcool și droguri ⁽⁸⁰⁾. Statele membre raportează luarea unei serii de măsuri în și în jurul localurilor de noapte, cu obiectivul specific de a reduce riscurile sau de a modifica în mod pozitiv mediul social. Printre acestea se numără următoarele: formare pentru personalul de la baruri și de securitate; aplicare sporită a legislației existente; sensibilizare cu privire la riscurile prezentate de substanțe; furnizarea de servicii de transport de noapte; și îmbunătățiri destinate să ofere un mediu de noapte mai sigur. Măsurile din acest domeniu sunt diverse, inclusiv: îmbunătățiri ale iluminatului stradal; disponibilitatea apei potabile; ventilație corespunzătoare; sau chiar măsuri de furnizare a unui răspuns rapid la urgențe medicale. Deseori, o trăsătură comună a acestei abordări este că se bazează pe un dialog între diferite părți interesate, precum poliția, autoritățile de licențiere, proprietarii cluburilor și furnizorii de servicii de asistență medicală, care trebuie să lucreze împreună în parteneriat pentru a identifica atât necesitățile locale, cât și soluțiile posibile.

Un exemplu de activitate în acest domeniu este în Danemarca, unde, în cooperare cu autoritățile locale și cu poliția, proprietarilor de restaurante și persoanelor care lucrează în localurile de noapte li se oferă cursuri de promovare a atitudinilor comune de limitare a consumului și vânzării de droguri și alcool. Unele abordări din acest domeniu elaborate de statele membre individuale încep, de asemenea, să atragă o atenție mai largă, după cum ilustrează faptul că orientările „safe-dance” elaborate în Regatul Unit au fost puse în aplicare în cluburile din Paris și Bruxelles. Proprietarii cluburilor,

cu participarea lucrătorilor de intervenție de proximitate și a autorităților locale, ajută la promovarea consumului moderat de alcool, sensibilizarea cu privire la riscurile drogurilor și alcoolului, îmbunătățind totodată elementele de siguranță ale localurilor (de exemplu, oferind apă gratuit, personal format în acordarea primului ajutor, zone „chill-out”).

Relația dintre condus și consumul de droguri și alcool a fost o problemă inclusă în anumite strategii de proximitate. Printre exemple se numără transportul alternativ pentru șoferii aflați în stare de ebrietate, disponibil în anumite cluburi de noapte pariziene, precum și promovarea opțiunilor de transport public în Bruxelles. În Spania, au fost desfășurate campanii de prevenire care se concentrează pe „anumiți șoferi” și pe sensibilizarea cu privire la riscurile șofatului sub influența substanțelor psihoactive, în special la sfârșit de săptămână. Este posibil ca aceste campanii să fi contribuit la scăderea cu 16 % observată în Spania a numărului de accidente rutiere implicând tineri în vârstă de 18-20 de ani în 2006 ⁽⁸¹⁾.

Strategiile care abordează mediul în care tinerii consumă atât droguri, cât și alcool, par să aibă un potențial considerabil de protejare a sănătății publice și de îmbunătățire a siguranței publice, cu beneficii ce se pot extinde dincolo de cei care consumă droguri, către comunitatea mai extinsă. Cu toate acestea, în prezent, în Europa asemenea abordări tind să fie limitate la anumite zone problematice cunoscute, deseori în centrele marilor orașe, și sunt rareori puse în aplicare în mod cuprinzător, aceasta sugerând cu tărie că există un potențial considerabil de investiții suplimentare și dezvoltare în acest domeniu. Mai general, activitățile din acest domeniu au avut tendința să fie limitate la intervenții care vizează anumite comportamente problematice sau aspecte ale mediului, nu pe sarcina mai amplă de abordare a credințelor normative și a atitudinilor tinerilor față de consumul de droguri și alcool în medii specifice.

Furnizarea tratamentului

În cele mai multe state membre, cererea limitată se reflectă în disponibilitatea limitată a serviciilor de tratament destinate în mod special consumatorilor de amfetamină, metamfetamină sau ecstasy. Această situație este oarecum diferită în câteva state membre cu populații de multă vreme consumatoare cronice de amfetamină sau metamfetamină. În aceste țări (în principal, Republica Cehă, Slovacia, Finlanda, Suedia), consumatorii de

⁽⁷⁹⁾ http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_factsheet_en.pdf

⁽⁸⁰⁾ <http://www.emcdda.europa.eu/themes/prevention/environmental-strategies>

⁽⁸¹⁾ Pentru informații suplimentare asupra campaniilor de prevenire din Europa, a se vedea extrasul din 2007 privind drogurile și conducerea autovehiculelor.

amfetamină sau metamfetamină sunt tratați în cadrul unor servicii specializate. Opțiunile de tratament par să constea în detoxificare urmată de terapie individuală în ambulatoriu sau terapie de grup în ambulatoriu sau centre spitalicești.

În general lipsesc opțiunile terapeutice cu dovezi solide de eficacitate care să ghideze tratamentul dependenței de psihostimulatoare, precum amfetaminele și cocaina.

După cum se menționează în capitolul 5, în prezent nu sunt disponibili agenți farmacologici care să-i ajute pe consumatori să gestioneze abstinența sau să reducă impulsurile asociate dependenței de psihostimulatoare. De asemenea, literatura de specialitate ar sugera că nicio intervenție psihosocială specifică nu a prezentat dovezi puternice de eficacitate în ajutarea consumatorilor de psihostimulatoare să mențină abstinența.

Capitolul 5

Cocaina și cocaina crack

Introducere

Cele mai recente date continuă să indice o creștere generală a consumului de cocaină în Europa. Anchetele asupra populației desfășurate într-o serie de țări au înregistrat o creștere pronunțată a consumului în rândul tinerilor începând cu jumătatea anilor '90. Aceste concluzii sunt susținute de rezultatele unor studii specifice, care au observat niveluri foarte ridicate de consum de cocaină în anumite locuri de recreere (localuri de noapte și de muzică dance). În paralel, indicatorii privind disponibilitatea cocainei în Europa, inclusiv numărul de capturi de drog și cantitatea capturată, au crescut în mod dramatic.

În anumite state membre ale UE, cererea de tratament pentru consumul de cocaină a crescut substanțial în ultimii ani, iar în prezent chiar o depășește pe cea de tratament pentru consumul de opiacee în anumite țări, orașe și regiuni. De asemenea, un procent substanțial de consumatori de opiacee aflați în tratament raportează cocaina ca drog secundar, ceea ce poate contribui la problemele lor și le poate complica îngrijirea. În multe țări, cocaina este raportată, de asemenea, în analizele toxicologice ale unei proporții ridicate de decese legate de droguri, în general în combinație cu opiacee și alte substanțe.

Existența unor diferențe considerabile între țări, multe țări încă raportând niveluri foarte scăzute de consum, este un avertisment important pentru observația că, în general, consumul de cocaină crește în Europa. Experiențele naționale privind problemele legate de cocaină sunt, de asemenea, foarte complexe, astfel că un număr relativ mic de țări înregistrează majoritatea cererilor de tratament pentru consumul de cocaină raportate în Europa.

Ofertă și disponibilitate

Producția și traficul

Cultivarea arbustului de coca, sursa cocainei, continuă să fie concentrată în câteva țări din regiunea Anzilor ⁽⁸²⁾. Biroul Organizației Națiunilor de luptă împotriva drogurilor și a criminalității (2008) a estimat producția potențială de

cocaină la 994 de tone de hidrociorură de cocaină pură pentru anul 2007, din care Columbia producea 61 %, Peru 29 %, iar Bolivia 10 %. Analiza numărului de laboratoare desființate sugerează că cea mai mare parte a producției rămâne localizată în aceste trei țări, deși poate apărea și în alte țări sud-americane, înaintea exportului către principalele piețe de consum din America de Nord și Europa. Informațiile privind traficul ilegal de permanganat de potasiu (un reactiv chimic utilizat în sinteza hidrociorurii de cocaină) sprijină această concluzie, Columbia raportând 99 din cele 101 tone de permanganat de potasiu capturate la nivel global în 2006 (INCB, 2008b).

Cocaina produsă în regiunea Anzilor este apoi introdusă clandestin în Europa din țările sud-americane (prin Brazilia, Ecuador, Venezuela). În timp ce țările din Caraibe continuă să fie o importantă zonă de tranzit pentru cocaina destinată Europei, transbordarea prin intermediul țărilor din Africa de Vest, în special în Golful Guineea și în largul coastelor statelor Capul Verde, Guineea și Guineea-Bissau, a crescut în mod pronunțat în ultimii ani (CND, 2008; INCB, 2008a) ⁽⁸³⁾. Spania și Portugalia rămân principalele puncte de intrare ale cocainei în Europa, rolul acestora din urmă crescând substanțial din 2005. Cocaina continuă totuși să intre în Europa și mai direct, fie prin transporturi peste Atlantic sau pe calea aerului, în special în Țările de Jos, Belgia, Italia, Franța, Regatul Unit și Germania. Se raportează că atât Țările de Jos, cât și Franța sunt țări principale de tranzit pentru distribuția în continuare a cocainei în Europa (Europol, 2007b). Rapoarte recente privind importul cocainei prin intermediul țărilor est-europene (Bulgaria, Estonia, Letonia, Lituania, România, Rusia) pot indica dezvoltarea unor noi rute de trafic în această parte a Europei.

Capturi

Cocaina este cel mai traficat drog din lume, după plantele de canabis și rășina de canabis. În 2006, capturile globale de cocaină au scăzut ușor la 706 tone. America de Sud a continuat să raporteze cele mai mari cantități capturate, reprezentând 45 % din cifra globală, aceasta

⁽⁸²⁾ Pentru informații asupra surselor datelor pentru oferta și disponibilitatea drogurilor, a se vedea p. 37.

⁽⁸³⁾ A se vedea și „Africa de Vest: în prezent un centru regional de tranzit pentru traficul spre Europa”, p. 62.

Africa de Vest: în prezent un centru regional de tranzit pentru traficul spre Europa

În ultimii cinci ani, Africa de Vest s-a dezvoltat ca o regiune importantă pentru traficul de cocaină spre Europa (¹⁾), acționând ca zonă de tranzit, depozitare și reambalare (Europol, 2007b; ONUDC 2007b; USDS, 2008). Se estimează că aproape un sfert din cocaina traficată spre Europa în 2007 a fost tranzitată prin această regiune (ONUDC, 2008). Într-un context de consum sporit de cocaină în Europa, se consideră că creșterea traficului prin ruta vest-africană a contribuit la scăderea prețului drogului, consolidând totodată rolul Peninsulei Iberice ca punct de intrare pentru distribuția cocainei în Europa (Europol, 2007b).

Cocaina este traficată din Africa de Vest în Europa în principal pe mare, loturi mari fiind transportate de navele de pescuit către locurile de descărcare de pe coasta Portugaliei nordice și din Galicia în Spania. Loturile mai mici de cocaină sunt traficate pe calea aerului sau prin intermediul transportului terestru, fiind tot mai adesea asociate introducerii clandestine a rășinii de canabis din Africa de Nord.

Dezvoltarea rutei vest-africane a traficului de cocaină a fost atribuită mai multor factori. Printre acestea se numără controale mai eficiente asupra rutelor alternative de trafic (Europol, 2007b), poziția geografică a Africii de Vest, precum și vulnerabilitatea economică a țărilor din această zonă, ce conduce adesea la sisteme judiciare și de aplicare a legii slabe.

Comunitatea internațională a lansat mai multe inițiative pentru abordarea acestei probleme. Printre alte inițiative luate de Uniunea Europeană, Consiliul, prin Grupul de lucru orizontal în domeniul drogurilor, a plasat Africa de Vest pe prima pagină a agendei și a prezentat în 2008 Comisiei pentru stupefiante a Organizației Națiunilor Unite o rezoluție privind întărirea sprijinului internațional pentru Africa de Vest. De asemenea, șapte state membre, cu sprijinul UE, au acționat împreună pentru a înființa Centrul maritim de operațiuni și analize – stupefiante (MAOC-N), un centru pentru aplicarea legii situat la Lisabona, cu sprijin militar, care urmărește suprimarea traficului de cocaină, cu un accent special pe partea estică a Atlanticului.

(¹) ONUDC (2007b) raportează faptul că cele mai mari capturi din 2006-2007 au fost înregistrate în Senegal, Ghana, Mauritania, Guineea Bissau, Capul Verde, Nigeria, Benin și Sierra Leone.

fiind urmată de America de Nord cu 24 % și Europa de Vest și Centrală cu 17 % (ONUDC, 2008).

Numărul de capturi de cocaină a crescut în ultimii 20 de ani în Europa și a continuat să crească în perioada 2001-2006, cu excepția unei scăderi în 2003. De asemenea, cantitatea de cocaină capturată a crescut în ultimul deceniu, dar cu fluctuații frecvente. În 2006, capturile de cocaină din Europa au crescut la 72 700 de cazuri, iar cantitatea recuperată a fost de 121 de tone (⁸⁴). Spania a continuat să fie țara care raportează cele mai multe capturi, acestea reprezentând 58 % din toate capturile și 41 % din cantitatea interceptată în Europa în acest an. Creșterea uriașă a cantității capturate în Portugalia începând cu 2005, reprezentând 28 % din totalul european din 2006, indică utilizarea sporită a Peninsulei Iberice de către traficanții de cocaină ca punct de intrare pe piața europeană.

Puritatea și prețul

Puritatea tipică a cocainei în Europa a variat între 1 % și 90 % în 2006, deși cele mai multe țări au raportat valori între 25 % și 55 % (⁸⁵). Din cele 23 de țări care au furnizat suficiente date, cele mai multe au raportat o tendință de scădere a purității cocainei în perioada 2001-2006; totuși au fost observate creșteri în Grecia și Franța în perioada 2003-2006.

În 2006, prețul tipic de vânzare cu amănuntul al cocainei a variat între 50 EUR și 75 EUR pe gram în cele mai multe țări europene, deși Cipru, România, Suedia și Turcia au raportat valori mult mai ridicate. În perioada 2001-2006, cocaina vândută pe stradă a devenit mai ieftină în cele 18 țări care au raportat suficiente date, cu excepția României, unde a fost observată o creștere a prețului (ajustată pentru inflație).

Prevalența și tiparele de consum

Diversitatea nu se întâlnește numai în nivelurile generale ale consumului de cocaină raportate de statele membre, aceasta fiind reflectată și de caracteristicile consumatorilor de cocaină, care acoperă un spectru social larg, de la unii dintre cei mai privilegiați la cei mai marginalizați membri ai societății. Tiparele consumului de cocaină pot fi la fel de diverse, variind de la consumul ocazional și recreațional până la consumul foarte compulsiv și dependent. Forma în care este consumată cocaina (hidroclorură de cocaină sau cocaină crack) și modul de administrare prin care este consumată sunt factori suplimentari care sporesc complexitatea. Această

(⁸⁴) Datele privind capturile europene de droguri menționate în acest capitol se găsesc în tabelele SZR-9 și SZR-10 din buletinul statistic 2008. De reținut faptul că, în cuprinsul capitolului, acolo unde lipsesc datele pe 2006, sunt utilizate datele corespunzătoare pentru 2005 pentru a estima totalurile europene.

(⁸⁵) A se vedea tabelele PPP-3 și PPP-7 din buletinul statistic 2008 pentru date privind puritatea și prețul.

diversitate este un considerent important, atât pentru înțelegerea gamei de probleme de natură a fi asociate diferitelor tipare de consum al cocainei, cât și pentru informarea, vizarea și dezvoltarea de servicii pentru un grup dispartat de consumatori de droguri.

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 12 milioane de europeni au consumat cocaină cel puțin o dată în viață, în medie 3,6 % din adulții cu vârsta între 15 și 64 de ani (a se vedea tabelul 5 pentru un rezumat al datelor). Cifrele naționale variază de la 0,4 % la 7,7 %, 12 țări, în cea mai mare parte state membre care au aderat la Uniunea Europeană începând cu 2004, raportând niveluri foarte scăzute de prevalență pe parcursul vieții în rândul adulților (0,4 %-1,2 %).

Se estimează că circa 4 milioane de europeni au consumat drogul în ultimul an (în medie 1,2 %), deși iarăși variațiile naționale dintre țări sunt considerabile. Acest lucru poate fi văzut în rezultatele recentelor anchete naționale, care raportează estimări ale prevalenței pe parcursul ultimului an între 0,1 % și 3 %, deși numai în patru țări nivelurile consumului depășesc 1 %. Ridicându-se la 2 milioane de persoane, estimarea prevalenței consumului în ultima luna este aproximativ jumătate din prevalența în ultimul an, reprezentând 0,5 % din populația adultă. Aceste estimări sunt probabil conservatoare.

În ansamblu, consumul de cocaină pare a fi concentrat în câteva țări, în special Spania și Regatul Unit și, într-o mai mică măsură, în Italia, Danemarca și Irlanda, în timp ce consumul drogului este relativ scăzut în cele mai multe alte țări europene. În țările în care amfetaminele domină piața de droguri stimulatoare ilegale, estimările consumului de cocaină sunt scăzute 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 ⁽⁸⁶⁾.

Consumul de cocaină în rândul tinerilor adulți

Consumul de cocaină este concentrat în principal în rândul tinerilor adulți (15-34 ani). De exemplu, din cele 4 milioane de europeni care au consumat drogul în ultimul an, circa 7 din 8 sunt probabil tineri adulți.

În Europa, se estimează că 7,5 milioane de tineri adulți (15-34 ani) sau 5,4 %, în medie, au consumat cocaină cel puțin o dată în viață. Cifrele naționale variază de la 0,7 % la 12,7 %. Media europeană pentru consumul de

Estimarea consumului de cocaină prin analizarea apelor reziduale municipale

Aplicarea evoluțiilor recente din chimia analitică la detectarea cocainei în apele reziduale a introdus o nouă abordare în monitorizarea consumului de droguri ilegale în comunitate, cunoscută sub numele de „epidemiologia canalizării”. Metoda presupune măsurarea nivelurilor produșilor de descompunere ai drogurilor ilegale excretați în urina consumatorilor. Nivelul produșilor de descompunere măsurați în apele reziduale este apoi extrapolat pentru a calcula consumul de droguri ilegale în rândul populației. În cazul cocainei, principalul metabolit excretat în urină este benzoilecgonina. Ca produs de descompunere al cocainei în corpul uman, este singura sursă probabilă de benzoilecgonină în sistemele de canalizare, iar cu anumite ipoteze se poate calcula, în baza cantității de metabolit din apele reziduale, cantitatea de cocaină consumată în comunitate (deși nu și numărul consumatorilor).

Epidemiologia canalizării este încă într-un nivel incipient de dezvoltare și, împreună cu importante probleme tehnice și etice, informațiile pe care le oferă trebuie integrate în cercetările curente. Aceste probleme sunt abordate în noua publicație a OEDT privind analiza apelor reziduale (OEDT, 2008b). Reunind experți din numeroase discipline, raportul concluzionează că, deși sunt necesare evoluții suplimentare, epidemiologia canalizării are potențial în privința supravegherii consumului de droguri la nivelul comunității. De asemenea, abordarea ar putea avea potențial ca instrument de supraveghere a consumului de droguri, pentru a asista profesioniștii din domeniul sănătății publice și aplicării legii în identificarea tiparelor consumului de droguri în localități de diverse mărimi. Și, deoarece eșantionarea și analizarea apelor reziduale poate fi realizată zilnic, săptămânal sau lunar, datele ar putea fi utilizate pentru a oferi un indicator mai prompt care oferă comunităților mai multe posibilități de monitorizare a impactului și eficacității activităților de prevenire și intervenție.

cocaină în ultimul an în rândul acestui grup de vârstă este estimată la 2,3 % (3,5 milioane), iar pentru consumul în ultima lună la 1 % (1,5 milioane).

Consumul este foarte ridicat în rândul bărbaților tineri (15-34 ani), prevalența consumului de cocaină în ultimul an fiind între 4 % și 7 % în Spania, Danemarca, Irlanda, Italia și Regatul Unit ⁽⁸⁷⁾. Raportul de prevalență între bărbați și femei pentru consumul în ultimul an a variat între 1:1 și 1:13 pentru adulții tineri din diferite țări. Mediile ponderate pentru ansamblul Uniunii Europene sugerează că, în rândul consumatorilor de cocaină cu vârsta între 15 și 34 de ani, raportul dintre bărbați și femei a fost de aproape 4:1 (3:8 bărbați pentru fiecare femeie).

⁽⁸⁶⁾ A se vedea „Piața europeană a drogurilor stimulatoare: «țări ale cocainei» și «țări ale amfetaminei?»”, p. 50.

⁽⁸⁷⁾ A se vedea figura GPS-13 din buletinul statistic 2008.

Tabelul 5: 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 în Europa	12 milioane	4 milioane	2 milioane
Media europeană	3,6 %	1,2 %	0,5 %
Interval	0,4–7,7 %	0,1–3,0 %	0–1,6 %
Țări cu prevalența cea mai scăzută	România, Malta Lituania (0,4 %) Grecia (0,7 %)	Grecia (0,1 %) Polonia, Letonia, Republica Cehă (0,2 %)	Grecia, Estonia, Republica Cehă (0,0 %) Malta, Lituania, Polonia, Finlanda, Letonia (0,1 %)
Țări cu prevalența cea mai ridicată	Regatul Unit (7,7 %) Spania (7,0 %) Italia (6,6 %) Irlanda (5,3 %)	Spania (3,0 %) Regatul Unit (2,6 %) Italia (2,2 %) Irlanda (1,7 %)	Spania (1,6 %) Regatul Unit (1,3 %) Italia (0,8 %) Irlanda (0,5 %)
15-34 de ani			
Număr estimat de consumatori în Europa	7,5 milioane	3,5 milioane	1,5 milioane
Media europeană	5,4 %	2,3 %	1 %
Interval	0,7–12,7 %	0,2–5,4 %	0,0–2,8 %
Țări cu prevalența cea mai scăzută	România, Lituania (0,7 %) Malta (0,9 %) Grecia (1,0 %)	Grecia (0,2 %) Polonia (0,3 %) Letonia, Republica Cehă (0,4 %)	Estonia (0,0 %) Grecia, Polonia, Letonia, Republica Cehă (0,1 %)
Țări cu prevalența cea mai ridicată	Regatul Unit (12,7 %) Spania (9,6 %) Danemarca (9,1 %) Irlanda (8,2 %)	Regatul Unit (5,4 %) Spania (5,2 %) Italia (3,2 %) Irlanda (3,1 %)	Spania (2,8 %) Regatul Unit (2,7 %) Italia (1,2 %) Danemarca, Irlanda (1,0 %)
15-24 de ani			
Număr estimat de consumatori în Europa	3 milioane	2 milioane	800 000
Media europeană	4,5 %	2,6 %	1,2 %
Interval	0,4–11,2 %	0,2–6,1 %	0,0–3,2 %
Țări cu prevalența cea mai scăzută	România (0,4 %) Grecia (0,6 %) Lituania (0,7 %) Malta, Polonia (1,1 %)	Grecia (0,2 %) Polonia (0,3 %) Republica Cehă (0,4 %) Letonia (0,6 %)	Estonia (0,0 %) Grecia, Letonia, (0,1 %) Republica Cehă, Polonia, Portugalia (0,2 %)
Țări cu prevalența cea mai ridicată	Regatul Unit (11,2 %) Spania (8,7 %) Danemarca (8,0 %) Irlanda (7,0 %)	Regatul Unit (6,1 %) Spania (5,8 %) Irlanda (3,8 %) Danemarca, Italia (3,3 %)	Regatul Unit (3,2 %) Spania (3,1 %) Italia (1,3 %) Bulgaria, Irlanda (1,1 %)
Informații bazate pe ultima anchetă disponibilă pentru fiecare țară. Anul de studiu variază între 2001 și 2007. 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. Populații folosite ca bază: 15-64 (328 milioane), 15-34 (134 milioane) și 15-24 (64 milioane). Datele rezumate aici sunt disponibile la „Anchete în rândul populației generale” din buletinul statistic 2008.			

Indicatorii acestui consum mai recent de cocaină (ultimul an și ultima lună) sunt cei mai ridicați în rândul grupului de vârstă de 15-24 de ani, deși acest fenomen este mai puțin pronunțat decât în cazul canabisului sau ecstasy ⁽⁸⁸⁾. Prevalența consumului de cocaină în ultimul an pentru acest grup de vârstă este estimată la 2,6 %, ceea ce se traduce în 2 milioane de persoane între 15 și 24 de ani care au consumat drogul în ultimul an.

De asemenea, consumul de cocaină este asociat cu anumite stiluri de viață. O analiză a datelor British Crime Survey 2003/2004 a estimat că circa 13 % din cei cu vârsta între 16 și 29 de ani care vizitează frecvent puburile sau barurile cu vin raportează consum de cocaină în ultimul an, în comparație cu 3,7 % în rândul vizitatorilor mai puțin frecvenți. În rândul celor în vârstă de 30-59 de ani, cifrele erau de 3,1 % și, respectiv, 1 %. Consumul raportat de cocaină crack în aceeași anchetă era foarte scăzut, chiar în cadrul grupului care raporta cele mai ridicate niveluri de prevalență. Aceasta susține concluziile unor studii mai specifice, care raportează un profil diferit al consumatorului de cocaină praf în comparație cu cel al cocainei crack. Este probabil ca și în alte țări consumul de cocaină să fie asociat cu alți factori similari de stil de viață.

Studiile desfășurate în locurile de recreere raportează adesea o prevalență ridicată a consumului de cocaină. De exemplu, un studiu din 2006 realizat în nouă orașe europene (Atena, Berlin, Brno, Palma, Lisabona, Liverpool, Ljubljana, Veneția, Viena) asupra a 1 383 de tineri cu vârsta între 15 și 30 de ani care „frecventează în mod regulat localuri de noapte” a constatat că 29 % au raportat consumul drogului cel puțin o dată și că aproape 4 % au raportat consumul de cocaină o dată pe săptămână sau mai mult la un anumit moment (Comisia Europeană, 2007b). Niveluri mai ridicate de prevalență au fost raportate și într-o anchetă franceză din 2004-2005 asupra a 1 496 de persoane intervievate în cinci localuri diferite de muzică electronică. Aproape 35 % din eșantion consumase cocaină, iar 6 % cocaină crack sau bază în ultima lună. De asemenea, studiul a raportat diferențe între subpopulații: prevalența în ultima lună a fost de 50 % pentru consumul de cocaină și 13 % pentru consumul de cocaină crack în rândul celor etichetați „alternativi”, în timp ce aproximativ o pătrime din populațiile mai obișnuite consumase cocaină și 2 % cocaină crack în ultima lună.

Consumul de cocaină în rândul elevilor

În rândul elevilor, nivelurile globale de prevalență a consumului de cocaină sunt mult mai mici decât cele corespunzătoare consumului de canabis. Prevalența

consumului de cocaină pe parcursul vieții în rândul elevilor de 15-16 ani este de 2 % sau mai puțin în cele mai multe țări, ridicându-se la 4 % în Spania și la 5 % în Regatul Unit ⁽⁸⁹⁾. În țările care au raportat date recente din anchetele naționale realizate în școli (Spania, Portugalia, Slovacia, Suedia, Regatul Unit), prevalența consumului de cocaină este stabilă sau în ușoară scădere, deși schimbările nivelurilor de prevalență sunt de obicei prea mici pentru a fi semnificative din punct de vedere statistic. În Spania, cele mai recente date de anchetă au arătat o scădere semnificativă în rândul elevilor de 17-18 ani.

Tipare ale consumului de cocaină

Datele obținute din anchete efectuate în rândul populației generale sugerează rate ridicate de renunțare în rândul consumatorilor de cocaină: în țările în care prevalența în ultimul an este de peste 2 %, între 80 % și 90 % dintre adulții care au consumat cocaină cel puțin o dată în viață nu au consumat-o în ultima lună ⁽⁹⁰⁾.

Sunt disponibile numai informații limitate asupra frecvenței consumului de cocaină în Europa. O analiză a British Crime Survey a constatat că circa 20 % dintre tinerii (16-24 ani) care au consumat cocaină în anul anterior au consumat drogul mai des de o dată pe lună. Un studiu european în mai multe orașe care a vizat eșantioane de consumatori de cocaină din nouă orașe (Prinzleve et al., 2004) a constatat că frecvența raportată a consumului era în medie mai scăzută în rândul consumatorilor integrați (șapte zile pe lună) decât în rândul consumatorilor excluși de societate (11 zile) sau în rândul consumatorilor de opiacee aflați în tratament (14 zile).

Consumul problematic de cocaină și cererea de tratament

Estimări naționale ale consumului problematic de cocaină (consum prin injectare sau pe termen lung/frecvent) sunt disponibile numai pentru Spania și Italia, iar estimări regionale sunt disponibile pentru Regatul Unit. Conform celor mai recente date pentru Spania, în 2002 existau între 4,5 și 6 consumatori problematici de cocaină la 1 000 de persoane adulte (15-64 ani). Similar, în Italia, în 2006 au fost estimați între 3,7 și 4,5 consumatori problematici de cocaină la 1 000 de adulți. Informațiile pentru Regatul Unit nu sunt direct comparabile cu cele din Spania și Italia, fiind bazate pe consumul de cocaină crack. În 2004-2005, un studiu a estimat numărul de consumatori problematici de cocaină crack din Anglia între 5,7 și 6,4 la 1 000 de adulți.

⁽⁸⁸⁾ A se vedea figura GPS-15 și tabelele GPS-14 - GSP-16 pentru toți anii; tabelele GPS-17 - GPS-19 pentru ultimele date din buletinul statistic 2008.

⁽⁸⁹⁾ A se vedea tabelul EYE-1 din buletinul statistic 2008.

⁽⁹⁰⁾ A se vedea figura GPS-16 din buletinul statistic 2008.

Cocaina, în principal cocaina praf, a fost citată drept motiv principal pentru începerea tratamentului pentru consumul de droguri în Europa în 2006 de circa 16 % din toți pacienții aflați în tratament, corespunzând la circa 61 000 de cazuri raportate în 24 de țări ⁽⁹¹⁾. De asemenea, cocaina a fost raportată ca drog secundar de circa 18 % din totalul pacienților tratați în ambulatoriu pentru consumul de droguri ⁽⁹²⁾. Există o variație largă de la o țară la alta, consumatorii de cocaină reprezentând un procentaj mai ridicat din pacienții aflați în tratament numai în Spania (47 %) și Țările de Jos (35 %); totuși, acest drog înregistrează 25 % din cererile de tratament din Italia. În alte părți ale Europei, cocaina reprezintă între 5 % și 10 % din toate cererile de tratament (10 țări) sau sub 5 % (12 țări) ⁽⁹³⁾.

Procentajul de consumatori de cocaină este mai ridicat în rândul celor care încep prima dată tratamentul pentru consumul de droguri. În întreaga Europă, în 2006, cocaina a fost raportată ca drog primar de către 23 % dintre pacienții noi (circa 37 000 de persoane) ⁽⁹⁴⁾. În Spania, conform ultimelor date, în 2005 cocaina era drogul primar cel mai des citat de cei care începeau tratamentul, iar noi pacienții pentru cocaină reprezentau 63 % din toți pacienții spanioli noi aflați sub tratament pentru consumul de droguri.

Tendențe în consumul de cocaină

Utilizând prevalența în ultimul an în rândul adulților (15-34 ani) ca indicator al tendințelor în nivelurile consumului recent (consumul de cocaină concentrându-se în acest grup de vârstă), se observă o creștere considerabilă a consumului de cocaină în a doua jumătate a anilor '90 în Spania, Danemarca și Regatul Unit. Datele noi (anchete din 2005-2007) confirmă tendința de creștere deja raportată anul trecut în Franța, Irlanda, Spania, Regatul Unit, Italia, Danemarca și Portugalia; în Germania, Țările de Jos, Slovacia și Finlanda este observată o stabilizare a prevalenței, iar în Polonia a fost raportată o scădere (figura 5).

De asemenea, tendința de creștere a consumului de cocaină observată în anii anteriori pare să continue, deși este influențată în mod disproporționat de câteva țări. Între 2002 și 2006, procentul noilor pacienți care solicită tratament pentru consumul primar de cocaină a crescut de la 13 % la 25 %, iar numărul cazurilor raportate a crescut de la 13 000 la aproape 30 000. De asemenea, a fost

observată o creștere a numărului și procentajului pacienților pentru cocaină care încep un tratament pentru consumul de droguri: de la 22 000 de pacienți (13 % din toate cererile de tratament) în 2002 la 50 000 (19 %) în 2006. Cele mai mari creșteri au fost raportate de către Italia și Spania ⁽⁹⁵⁾.

Tendința de creștere a numărului consumatorilor de cocaină care încep tratamentul pentru consumul de droguri poate fi legată de creșteri ale prevalenței consumului de cocaină și ale problemelor conexe, dar și de alți factori (de exemplu, creșterea numărului de trimeri la tratament sau de intervenții destinate în mod specific consumatorilor de cocaină), iar proporțiile pe tip de drog sunt în mod evident influențate de schimbările în cererea de tratament a consumatorilor altor substanțe.

Comparații internaționale

În ansamblu, prevalența estimată a consumului de cocaină pe parcursul vieții este mai mică în rândul tinerilor adulți din Uniunea Europeană decât în Australia, Canada și SUA. Cu toate acestea, la nivel național, Danemarca, Irlanda, Spania, Italia și Regatul Unit (Anglia și Țara Galilor) raportează cifre mai ridicate decât Australia. Numai Regatul Unit (Anglia și Țara Galilor) raportează o estimare a prevalenței pe parcursul vieții care este similară celei din SUA ⁽⁹⁶⁾. Într-o anumită măsură, se poate considera că acest indicator reflectă evoluția istorică a problemelor cu cocaina și experiența anterioară a SUA și, în context european, a Regatului Unit în privința consumului larg răspândit de cocaină.

Tratamentul și reducerea riscurilor

Profilul pacienților aflați în tratament

Centrele în ambulatoriu reprezintă aproape toate (94 %) cererile raportate de tratament pentru consumul de cocaină din Europa ⁽⁹⁷⁾. Cu toate acestea, ar trebui menționat faptul că tratamentul pentru consumul de cocaină are loc uneori și în clinici private, uneori în centre spitalicești, iar această formă de îngrijire nu este bine reprezentată în sistemul actual de monitorizare.

Pacienții aflați în tratament pentru cocaină care încep un tratament în ambulatoriu au cel mai mare raport dintre bărbați și femei în rândul pacienților aflați în tratament pentru consumul de droguri (5 bărbați pentru fiecare

⁽⁹¹⁾ A se vedea tabelul TDI-115 și figura TDI-2 din buletinul statistic 2008.

⁽⁹²⁾ A se vedea tabelul TDI-22 (partea i) din buletinul statistic.

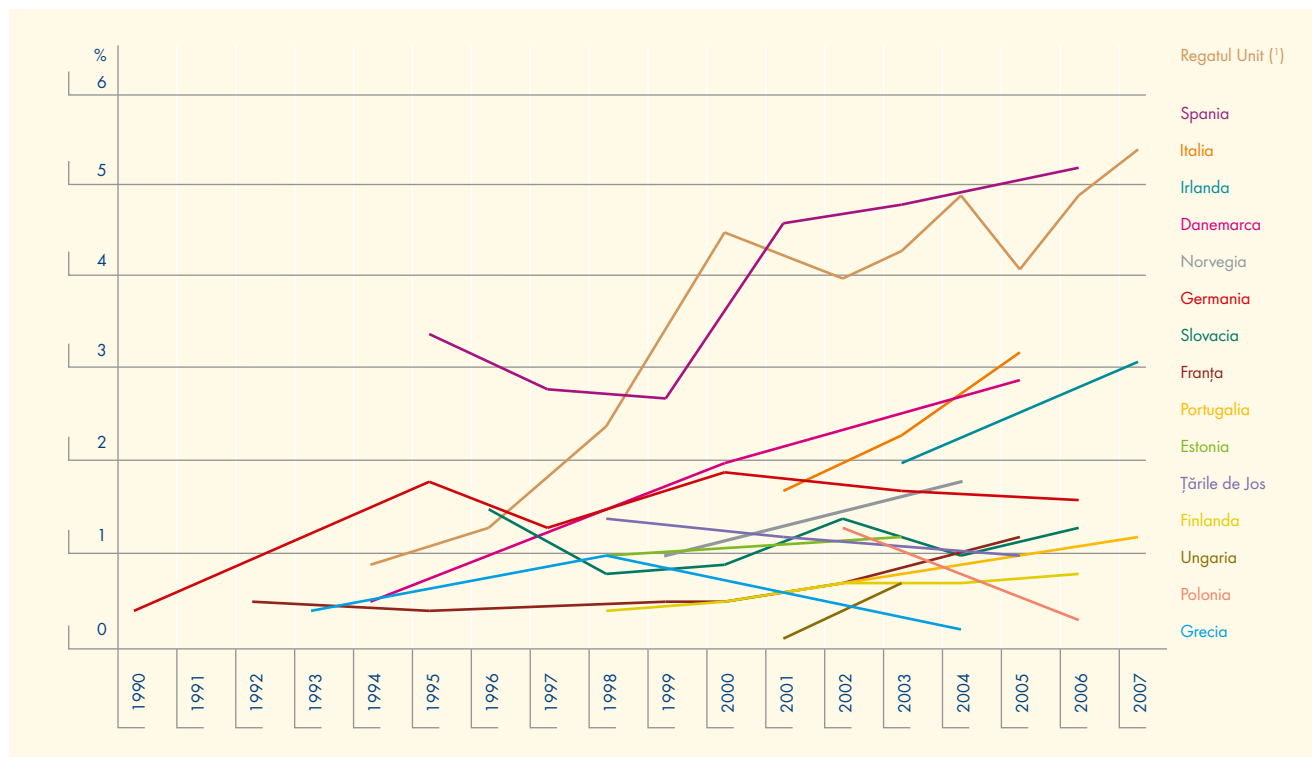
⁽⁹³⁾ A se vedea tabelul TDI-5 (partea ii) din buletinul statistic 2008; pentru Spania, datele se referă la 2005.

⁽⁹⁴⁾ A se vedea figura TDI-2 din buletinul statistic 2008.

⁽⁹⁵⁾ A se vedea figurile TDI-1 și TDI-3 și tabelul TDI-3 (partea ii) din buletinul statistic 2008.

⁽⁹⁶⁾ A se vedea figura GPS-20 din buletinul statistic 2008.

⁽⁹⁷⁾ A se vedea tabelul TDI-24 din buletinul statistic 2008.

Figura 5: Tendințe ale prevalenței consumului de cocaină în ultimul an în rândul adulților tineri (cu vârste între 15 și 34 de ani)

(¹) Anglia și Țara Galilor.

NB: În Danemarca, valoarea pentru 1994 corespunde „drogurilor tari”. Pentru informații suplimentare, a se vedea figura GPS-14 din buletinul statistic 2008.

Surse: Rapoartele naționale ReitoX (2007), preluate din anchetele asupra populației, rapoarte sau articole științifice.

femeie). Vârsta lor medie este de 31 de ani (⁹⁸), fiind astfel al treilea grup de pacienți ca vârstă, după consumatorii de opiacee și consumatorii de substanțe hipnotice și sedative. Cei mai mulți pacienți aflați în tratament pentru cocaină raportează că au început consumul drogului între vârsta de 15 și 24 de ani (⁹⁹).

Este raportată o variație considerabilă între țări în ceea ce privește modul de administrare pentru pacienții aflați în tratament pentru cocaină. În ansamblu, circa jumătate (55 %) din pacienții aflați în tratament pentru cocaină raportează prizarea drogului, aproape o treime (32 %) îl fumează, iar o proporție mult mai mică (9 %) îl injectează (¹⁰⁰). În linii mari, în rândul celor aflați în tratament pot fi identificate două grupuri principale de consumatori de cocaină. Primul dintre acestea este în mod tipic mai bine integrat social, raportând locuințe și locuri de muncă stabile și, aceștia, în general, raportează prizarea drogului. Al doilea este un grup mai marginalizat de pacienți care de obicei fumează sau își injectează cocaina (a se vedea OEDT, 2006) și raportează mai des

consumul cocainei crack sau al combinației dintre cocaină și heroină. Pacienții pentru cocaină crack, în special, de obicei locuiesc în orașe mari, aparțin grupurilor etnice minoritare și raportează niveluri ridicate de șomaj și condiții precare de trai (¹⁰¹). Această problemă este mică la nivel european și limitată din punct de vedere geografic, problemele semnificative cu cocaina crack fiind reduse la un număr relativ mic de orașe. În 2006, circa 8 000 de pacienți pentru cocaina crack (aproximativ 2 % din toți pacienții pentru consumul de droguri) au fost raportați ca începând tratamentul pentru consumul de droguri în 20 de țări europene, deși cei mai mulți au fost raportați de Regatul Unit (¹⁰²).

Tratarea problemelor asociate consumului concomitent de cocaină și heroină devine o problemă din ce în ce mai importantă în anumite țări. Consumatorii aflați în tratament pot fi consumatori actuali sau foști consumatori de heroină, uneori aflați sub tratament de substituție. În unele țări, ei reprezintă cel mai mare grup de pacienți aflați sub tratament pentru cocaină. Conform anumitor

(⁹⁸) A se vedea tabelele TDI-10 și TDI-21 din buletinul statistic 2008.

(⁹⁹) A se vedea tabelul TDI-11 (partea iii) din buletinul statistic 2008.

(¹⁰⁰) A se vedea tabelele TDI-17 (partea ii) și (partea vi) și TDI-111 (partea vii) și (partea viii) din buletinul statistic 2008.

(¹⁰¹) A se vedea extrasul din 2007 privind cocaina.

(¹⁰²) A se vedea tabelul TDI-115 din buletinul statistic 2008.

studii, consumul concomitent de cocaină și heroină poate fi asociat prezenței diagnosticării duale sau poate agrava problemele psihologice subiacente, precum tulburarea bipolară. De asemenea, consumul concomitent de cocaină în cursul tratamentului de menținere cu metadonă s-a dovedit a contribui la consumul persistent de heroină sau la reînceperea acestuia – un risc de HIV sau alte infecții transmisibile prin sânge și probleme medicale, sociale și penale grave.

Tratamentul pentru consumul de cocaină

În urma creșterii consumului de cocaină și a problemelor asociate în câteva state membre, centrele specializate în tratamentul dependenței se confruntă cu sarcina dificilă de a-și adopta serviciile în mod tradițional orientate spre opiacee către diversele populații consumatoare de cocaină și cocaină crack. Cu toate acestea, cu excepția Spaniei, în 2006, statele membre au evaluat disponibilitatea și accesibilitatea programelor de tratament specifice pentru cocaină drept scăzute.

Dintre statele membre care raportează niveluri ridicate de prevalență ale cocainei sau cocainei crack, câteva au fost foarte active în a răspunde acestei probleme. În 2007,

Spania a introdus un program național de acțiune specific pentru cocaină, în timp ce Irlanda a pus în aplicare și a evaluat o serie de programe specifice destinate către diferite grupuri de consumatori de cocaină. Aceste programe vizează consumatorii problematici de cocaină prin administrare intranasală, policonsumatorii de droguri care au probleme legate de cocaină, precum și femeile și lucrătoarele sexuale care consumă cocaină. În Italia, în 2008 se va desfășura un studiu clinic pe scară mare, pentru a investiga eficacitatea a două medicamente (aripirazol și ropinirol) pentru tratamentul dependenței de cocaină.

Informațiile cu privire la natura serviciile furnizate consumatorilor problematici de cocaină din Europa sunt rare. Cu toate acestea, publicațiile sau anchetele clinice naționale în rândul profesioniștilor oferă o bună perspectivă asupra practicilor actuale. Conform unui raport recent al Regatului Unit (NICE, 2007), problemele legate de cocaină din centrele specializate de tratament britanice par a fi abordate numai atunci când problema primară privind drogurile este legată de opiacee. De asemenea, o anchetă italiană recentă în rândul experților implicați în tratamentul consumului de cocaină a indicat dificultăți în aplicarea unora din elementele considerate de aceștia factori cruciali pentru rezultate pozitive ale tratamentelor,

Probleme de sănătate legate de consumul de cocaină

Conștientizarea legăturilor dintre consumul de cocaină și boală este adesea limitată, chiar în rândul profesioniștilor medicali. În consecință, unele probleme legate de cocaină vor rămâne neidentificate, iar cei care suferă datorită lor pot să nu primească îngrijirea corespunzătoare. Subraportarea problemelor legate de cocaină va îngreuna înțelegerea impactului drogului asupra sănătății publice.

Riscurile asociate anumitor modalități problematice ale consumului de cocaină sunt bine cunoscute și afectează în cea mai mare parte anumite grupuri recunoscute de consumatori (foști sau actuali consumatori de opiacee, grupuri marginalizate). De exemplu, consumul de cocaină prin injectare este asociat riscului de infectare și unui risc ridicat de supradoză, în timp ce consumul în combinație cu opiaceele pare a fi legat de un risc mai ridicat de supradoză cu opiacee.

Cu toate acestea, problemele de sănătate asociate cocainei praf pot rămâne ignorate, putând afecta consumatorii care în mod normal nu s-ar considera supuși riscului. Consumul cronic de cocaină poate determina probleme semnificative de sănătate, cele mai multe cardiovasculare (ateroscleroză, cardiomiopatie, aritmii, ischemie miocardică) și neurologice (accidente vasculare cerebrale și crize de epilepsie). Aceste probleme pot fi agravate de afecțiunile existente (de exemplu, malformații vasculare) și factori de risc, precum fumatul sau

consumul de alcool. Multe dintre decesele atribuite cocainei sunt datorate acestor patologii.

Consumul de cocaină în combinație cu alcoolul sporește concentrațiile în sânge ale cocainei cu până la 30 %. Dintr-o perspectivă comportamentală, consumul de cocaină poate facilita consumul excesiv de alcool, permițând consumatorilor să bea mai mult, ceea ce la rândul său poate spori cantitatea de cocaină consumată (Gossop et al., 2006). Formarea cocaetilenei în ficat poate fi legată și de alte riscuri posibile de sănătate asociate consumului combinat de cocaină și alcool.

Au existat puține studii care să evalueze impactul global de sănătate publică al consumului de cocaină. Un studiu pe scară mare din SUA asupra populației (1988-1994) a constatat că un sfert din infarcturile miocardice acute nefatale în rândul celor cu vârsta între 18 și 45 de ani au fost atribuite „consumului frecvent de cocaină de-a lungul vieții”. Consumatorii frecvenți au un risc de șapte ori mai mare de infarct miocardic nefatal decât neconsumatorii (Qureshi et al., 2001). Cu toate acestea, nu este posibilă generalizarea directă a acestui studiu pentru Europa. În prezent, înțelegerea noastră asupra posibilului impact asupra sănătății al creșterii consumului de cocaină în Europa rămâne limitată, acesta fiind un domeniu important de analiză viitoare a sănătății publice.

Pentru informații suplimentare asupra problemelor de sănătate legate de consumul de cocaină, a se vedea extrasul din 2007 privind cocaina.

precum furnizarea unor servicii corespunzătoare (de exemplu, îngrijire pe termen scurt în centre spitalicești, intervenții psihosociale structurate sau diferențierea clinică a diverselor tipuri de consumatori de cocaină). Aceste dificultăți au fost raportate ca datorându-se unor probleme organizatorice, lipsei de resurse și lipsei de intervenții de tratament specifice cocainei eficiente. Este probabil ca profesioniștii din alte state membre să se confrunte cu probleme similare. Prin urmare, investițiile adecvate, protocoalele de tratament corespunzătoare și nevoile de formare specializate vor fi probabil elemente cheie pentru dezvoltarea serviciilor în acest domeniu.

Analizele bibliografice recente arată că intervențiile psihosociale actuale nu prezintă dovezi solide de eficacitate în tratarea dependenței de cocaină și că nu există nici abordări eficiente de tratament farmacologic. O recentă analiză Cochrane referitoare la intervențiile psihosociale privind cocaina și alte psihostimulatoare a concluzionat că singurele rezultate comportamentale consecvente și pozitive (reținerea la tratament, reducerea consumului de droguri) au fost observate în intervențiile psihosociale care au inclus o componentă de management al situațiilor neprevăzute ⁽¹⁰³⁾.

Spre deosebire de dependența de opiacee, în prezent nu există opțiuni eficiente de tratament farmacologic care să-i ajute pe consumatorii de cocaină să rămână abstenenți sau să reducă consumul (a se vedea extrasul din 2007 privind cocaina). Medicația experimentală de reducere a consumului de cocaină și a impulsului de a consuma a demonstrat potențial în cadrul studiilor clinice (de exemplu, baclofen, tiagabină, topiramatul). Modafinil, un stimulator al sistemului nervos central, a avut rezultate foarte promițătoare ca drog de substituție psihostimulator, cu avantajul că, în comparație cu alte droguri de substituție potențiale (de exemplu, d-amfetamina), posibilitatea de a se abuza de acesta este scăzută (Myrick et al., 2004). De asemenea, buprenorfina, topiramatul și tiagabina au avut rezultate promițătoare în reducerea consumului de cocaină la consumatorii de opiacee aflați sub tratament de substituție cu consum concomitent de cocaină.

În prezent este, de asemenea, analizată imunoterapia pentru dependența de cocaină prin intermediul unui vaccin anticocaină (TA-CD). După administrare, vaccinul determină producerea de anticorpi care se leagă de moleculele de cocaină din sânge și, prin aceasta, permit enzimelor naturale să le convertească în molecule inactive. Rezultatele studiilor clinice inițiale sunt încurajatoare, deși sunt necesare studii suplimentare pentru a testa viabilitatea vaccinului ca farmacoterapie pentru dependența de cocaină.

Vaccinul împotriva cocainei este destinat a fi utilizat mai ales pentru prevenirea recidivei, dar termenul „vaccin” creează, de asemenea, așteptări cu privire la utilizarea sa potențială pentru a preveni dependența de cocaină atunci când este utilizat ca tratament profilactic (de exemplu, la copiii și adolescenții care nu au consumat droguri). Eficacitatea unei asemenea abordări este nesigură și ridică preocupări etice, care sunt discutate în profunzime în viitoarea publicație OEDT „Addiction neurobiology: ethical and social implications”.

Reducerea riscurilor

Consumul problematic de cocaină este frecvent asociat unor grave consecințe asupra sănătății fizice și mintale. De exemplu, un studiu de monitorizare irlandez pe o durată de doi ani asupra cocainei în comunitățile locale a arătat o deteriorare a stării generale de sănătate a pacienților dependenți de cocaină, în special a consumatorilor prin injectare. De asemenea, mai multe proiecte au raportat o

Managementul situațiilor neprevăzute

Prin recompensarea abstenenței, managementul situațiilor neprevăzute (CM) urmărește reducerea efectelor de recompensare ale drogurilor. În mod tipic, CM este introdus la începutul unui tratament, cu sprijin psihosocial, iar stimulentele depind de prezentarea unor probe de urină fără urme de drog. De exemplu, stimulentele ar putea fi reprezentate de cupoane de mică valoare monetară, care cresc odată cu fiecare perioadă de abstenență. În acest scenariu, incapacitatea de a se abține de la droguri conduce la pierderea câștigurilor acumulate.

Această tehnică recompensează în mod repetat comportamentul de abstenență de la droguri al pacientului și oferă un obiectiv regulat ce trebuie atins. Cele mai puternice dovezi ale eficienței CM în menținerea abstenenței de la droguri provin din studiile privind tratamentul dependenței de cocaină și heroină, deși există unele dovezi ale abordării în tratarea consumului de cannabis și metamfetamină.

Deși cele mai multe cercetări privind CM au fost realizate în afara Europei, studiile de fezabilitate asupra CM au raportat recent rezultate pozitive în Spania pentru consumatorii de cocaină (Secades-Villa et al., 2008) și în abordarea consumului de cocaină în rândul celor care urmează tratament de substituție pentru opiacee în Țările de Jos (DeFuentes-Merillas și De Jong, 2008), unde stimulentele medii la sfârșitul studiului constau în bunuri în valoare de 150 EUR. O analiză economică a National Institute for Clinical Excellence (NICE, 2007) din Regatul Unit a sugerat că CM este o opțiune eficientă în contextul tratamentului pentru consumul de cocaină, în special atunci când se iau în considerare costurile economice de ansamblu ale acestuia.

⁽¹⁰³⁾ A se vedea „Managementul situațiilor neprevăzute”.

creștere a numărului de pacienți cu abcese și răni datorate proastelor obiceiuri de injectare; au fost raportate și alte probleme în rândul pacienților consumatori de cocaină, inclusiv pierderea în greutate, infecții cu transmitere sexuală, afecțiuni ale inimii, amputări și comportamente riscante.

De obicei, statele membre oferă consumatorilor de cocaină prin injectare aceleași servicii și facilități ca celor furnizate consumatorilor de opiacee, precum recomandări de utilizare în condiții sigure, instruire pentru injectare sigură și programe de schimb de ace. Serviciile antidrog cu acces necondiționat joacă un rol semnificativ în această privință, deoarece oferă îngrijire de bază, precum și consiliere și asistență medicală. Consumatorii cu probleme grave legate de cocaină și cocaina crack, precum probleme de sănătate fizică și mintală comorbide sau probleme sociale, precum locuința, pot fi incluși în programe spitalicești de reabilitare și în comunități terapeutice. Aceste programe nu urmăresc doar atingerea abstenenței, dar oferă și odihnă, îngrijire intensivă și sprijin pentru a-i ajuta pe consumatori să-și schimbe stilurile de viață haotice și cu grad înalt de risc.

Un studiu calitativ în șase orașe spaniole a arătat că principalele substanțe folosite în rândul lucrătoarelor sexuale erau alcoolul și cocaina. Consumul de droguri a fost raportat ca fiind ocazional și instrumental, ajutând la reducerea barierelor psihologice sau a inhibiției și la creșterea toleranței la un program lung de muncă sexuală cu clienți diferiți. Printre consecințele consumului de droguri în rândul prostituatelor se numărau sexul neprotejat și

un risc mai ridicat de violență din partea clienților. De asemenea, în cadrul acestui grup sunt observate tipare grave de consum de cocaină crack.

Lucrătoarele sexuale cu probleme legate de cocaină și cocaină crack sunt vizate de serviciile de intervenție de proximitate și de reducere a riscului. De exemplu, în Țările de Jos, serviciile locale de sănătate au pus în aplicare programe speciale de sănătate pentru lucrătoarele sexuale consumatoare de cocaină crack; în Franța, asociația Espoir Goutte d'Or, care se concentrează pe prevenirea și reducerea riscurilor consumatorilor de cocaină crack și ale lucrătoarelor sexuale, organizează săptămânal consiliere voluntară și testare rapidă pentru HIV și hepatită.

Consumul recreațional de cocaină în combinație cu un consum excesiv de alcool are loc frecvent în localurile de noapte și poate fi asociat unor probleme fizice acute grave. După cum se raportează în capitolul 4, statele membre adoptă din ce în ce mai mult o abordare integrată față de reducerea riscurilor legate de consumul de alcool și droguri ilegale în locurile de recreere. Programele oferă consiliere și informații tinerilor cu privire la riscurile asociate consumului de alcool și droguri în general, de obicei incluzând materiale privind riscurile asociate consumului acut și cronic de cocaină. Membrii European Foundation of Drug Helplines sunt, de asemenea, foarte activi în sensibilizarea și acordarea de sprijin consumatorilor de droguri, oferindu-le sfaturi și informații privind riscurile drogurilor.



Capitolul 6

Consumul de opiacee și injectarea de droguri

Oferta de heroină și disponibilitatea acesteia

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 mult mai rară ⁽¹⁰⁴⁾. 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 câteva țări din estul Europei (de exemplu, Letonia, Lituania).

Producția și traficul

Heroina consumată în Europa provine în cea mai mare parte din Afganistan, care rămâne liderul mondial în oferta de opiu ilegal, fiind urmat de Myanmar și Mexic. Producția globală de opiu a crescut din nou substanțial (34 %) în 2007, la circa 8 870 de tone, în principal ca urmare a unei creșteri a producției afgane, care a fost estimată la 8 200 de tone. Prin urmare, producția potențială globală de heroină a atins un nivel record în 2007, de circa 733 de tone (ONU DC, 2008). Numărul în creștere de laboratoare desființate în Afganistan în ultimii ani sugerează faptul că opiu este tot mai frecvent transformat în morfină sau în heroină în țară. Cu toate acestea, capturile mari de morfină din țările vecine (Pakistan, Iran) indică faptul că o prelucrare semnificativă are loc și în afara Afganistanului (CND, 2008; ONU DC, 2007).

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; și „drumul nordului”, din ce în ce mai folosit, prin Asia Centrală și Federația Rusă (figura 6). Au fost raportate rute de trafic secundare ale heroinei din Asia de Sud-Vest, de exemplu, direct din Pakistan în Europa (Regatul Unit), dar și prin Pakistan și țările din Orientul Mijlociu și Africa, către piețele

ilegale din Europa și America de Nord (INCB, 2008a; Europol, 2008, ONU DC, 2007a; CCC, 2007). De asemenea, heroina din Asia de Sud-Vest este introdusă clandestin în Europa prin Asia de Sud (Bangladesh) (INCB, 2008a). În Uniunea Europeană, Țările de Jos și, în mai mică măsură, Belgia joacă un rol important ca centre de distribuție secundară (Europol, 2008).

Capturi

Capturile de opiacee raportate la nivel mondial au crescut în 2006 la 384 de tone pentru opiu și la 104 tone pentru heroină și morfină. În timp ce Iranul a înregistrat cea mai mare parte a opiului (81 %) capturat la nivel mondial, heroina și morfina au fost interceptate în principal în Pakistan (34 %), acesta fiind urmat de Iran (20 %), Turcia (10 %) și China (6 %) (ONU DC, 2008).

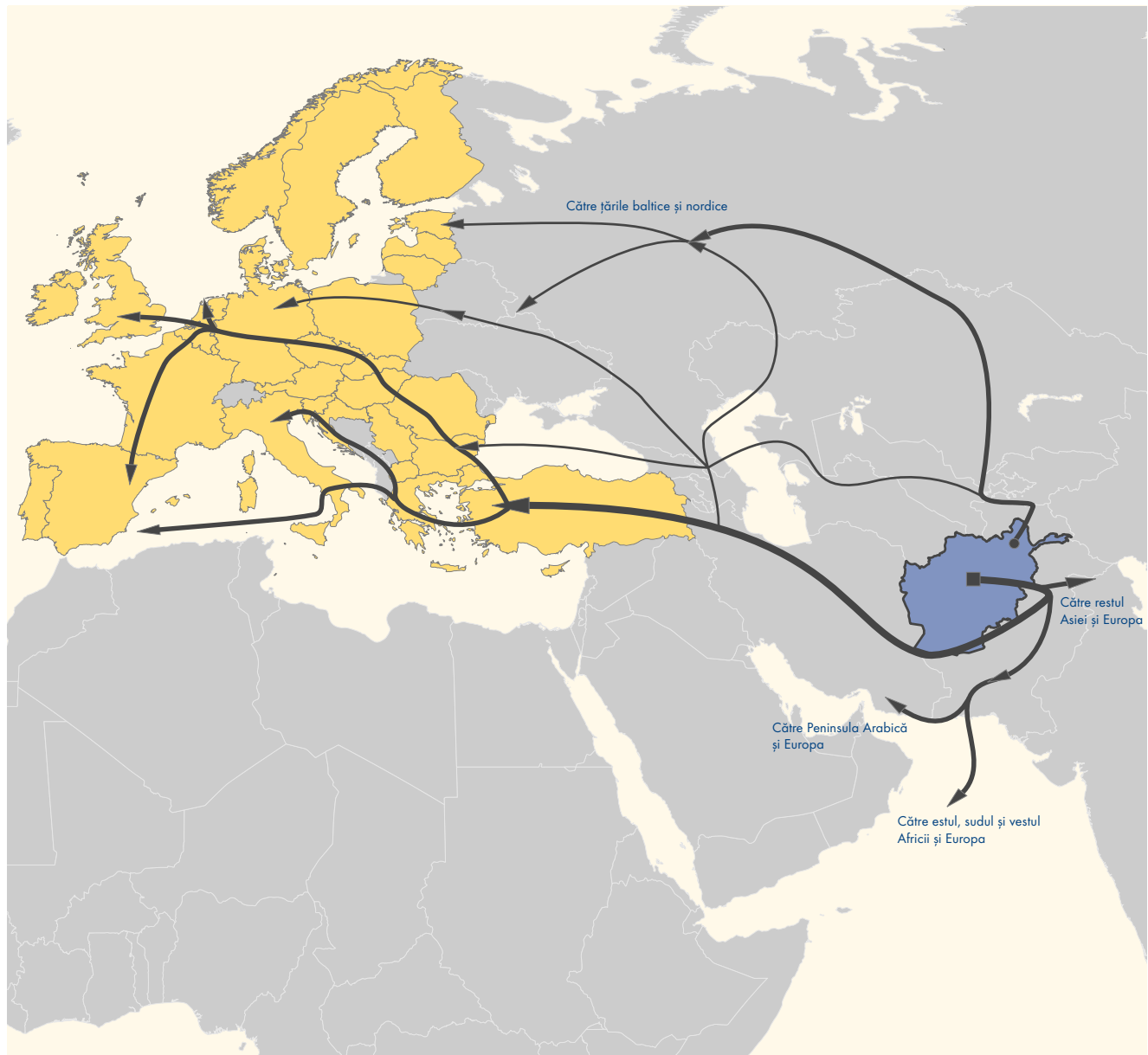
În Europa, un număr estimat de 48 200 de capturi a condus la interceptarea a 19,4 tone de heroină în 2006. Regatul Unit a continuat să raporteze cel mai ridicat număr de capturi, în timp ce Turcia a raportat iarăși cea mai mare cantitate capturată, în 2006 fiind recuperate 10,3 tone ⁽¹⁰⁵⁾. Cantitatea de heroină interceptată într-o captură medie a variat mult între cele două țări, dimensiunea capturii medii în Turcia fiind de 100 de ori mai mare decât cea raportată pentru Regatul Unit, reflectând poziții diferite în lanțul de aprovizionare (figura 6). În ultimii 10 ani, capturile de heroină au fluctuat în limitele unei tendințe descendente în Europa, cu un vârf relativ în 2001 și un minim record în 2003. Cantitatea de heroină interceptată în Uniunea Europeană a indicat un declin general între 2001 și 2006. În contrast, cantitatea capturată în Turcia a crescut de aproape trei ori în această perioadă.

Capturile globale de anhidridă acetică (folosită în producția ilegală de heroină) au crescut la 26 400 litri în 2006, cea mai mare parte fiind recuperată în Federația Rusă (9 900 litri) și Columbia (8 800 litri), acestea fiind urmate de Turcia (3 800 litri) (INCB, 2008b). Rutele de trafic dintre Afganistan și Europa sunt utilizate, de asemenea, pentru introducerea clandestină a precursorilor

⁽¹⁰⁴⁾ Pentru informații asupra surselor datelor pentru oferta și disponibilitatea drogurilor, a se vedea p. 37.

⁽¹⁰⁵⁾ A se vedea tabelele SZR-7 și SZR-8 din buletinul statistic 2008. De menționat că, în scopul estimării, datele lipsă pentru 2006 asupra capturilor europene au fost înlocuite cu datele din 2005. Această analiză este preliminară, deoarece datele pentru Regatul Unit încă nu sunt disponibile pentru 2006.

Figura 6: Principalele fluxuri ale traficului de heroină din Afganistan spre Europa



NB: Fluxurile de trafic reprezentate pe hartă sintetizează analizele unei varietăți de organizații internaționale și naționale (punctele focale naționale Reitox, Europol, INCB, ONUDC, CCC). Astfel de analize se bazează pe informații privind capturile de droguri de-a lungul rutelor de trafic, precum și pe informații provenind de la agențiile de aplicare a legii din țările de tranzit sau de destinație și, câteodată, pe rapoarte din surse complementare. Principalele rute de trafic reprezentate pe hartă ar trebui considerate ca fiind orientative pentru principalele fluxuri de trafic, deoarece, de-a lungul rutelor, pot exista deviații spre alte țări și pentru că există numeroase rute secundare subregionale care nu sunt reprezentate pe hartă și care se pot modifica rapid.

chimici (în principal, anhidridă acetică pe „drumul mătășii”) și a drogurilor sintetice (în principal, ecstasy) către est (Europol, 2008).

Capturile de 3-metilfentanil raportate în 2006 de către Letonia și Lituania și raporturile privind un consum prin injectare crescut al fentanilului produs în mod ilegal în Estonia indică necesitatea unei monitorizări mai stricte a disponibilității opiaceelor sintetice, precum fentanilul (care este mult mai puternic decât heroina).

Puritatea și prețul

În 2006, puritatea tipică a heroinei brune a variat între 15 % și 25 % în cele mai multe țări raportoare, deși au fost raportate valori sub 10 % în Grecia, Franța și Austria și valori mai ridicate în Malta (31 %), Turcia (36 %) și Regatul Unit (43 %). Puritatea tipică a heroinei albe a fost în general mai ridicată (45-70 %) în cele câteva țări europene care au raportat date ⁽¹⁰⁶⁾.

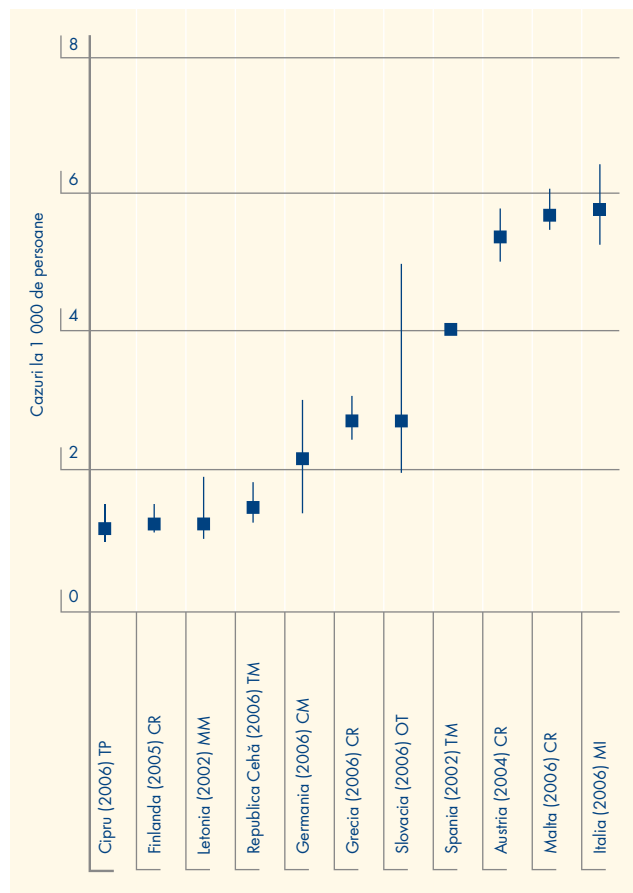
Prețul de vânzare cu amănuntul al heroinei brune a variat în 2006 de la 14,5 EUR pe gram în Turcia la 110 EUR pe gram în Suedia, cele mai multe țări europene raportând prețuri tipice de 30-45 EUR pe gram. Prețul heroinei albe este raportat numai de câteva țări europene, acesta variind între 27 EUR și 110 EUR pe gram. În perioada 2001-2006, prețul de vânzare cu amănuntul al heroinei brune a scăzut în majoritatea celor 13 țări europene care au raportat tendințe temporale, deși au fost observate semne de creștere în Polonia.

Estimările prevalenței consumului problematic de opiacee

Datele din această secțiune provin din 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, de asemenea, o componentă importantă. Estimările numărului de consumatori problematici de opiacee sunt în general nesigure, dată fiind prevalența relativ scăzută și natura ascunsă a acestui tip de consum de droguri, iar extrapolările statistice sunt obligate să obțină estimările prevalenței din sursele de date disponibile. De asemenea, deoarece majoritatea studiilor se concentrează pe o zonă geografică localizată, de exemplu un oraș sau un cartier, este adesea dificil să se extrapoleze datele la nivel național.

Tiparele de consum problematic de droguri din Europa par să se diversifice. De exemplu, în unele țări

Figura 7: Estimările prevalenței anuale a consumului problematic de opiacee (număr de cazuri la 1 000 de persoane cu vârste 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 și surse de date; prin urmare, comparațiile trebuie realizate cu precauție. În studiile din Finlanda (15-54) și Malta (12-64) nu au fost folosite grupurile de vârstă obișnuite. Pentru Germania, intervalul reprezintă limita inferioară a tuturor estimărilor și limita superioară a acestora; estimarea punctuală exprimă o medie simplă a punctelor de mijloc. Metodele de estimare sunt abreviate: CR = captură-recaptură; TM = multiplicator tratament; MI = indicator multivariabil; TP = distribuție Poisson; MM = multiplicator mortalitate; CM = metode combinate; OT = alte metode. Pentru informații suplimentare, a se vedea figura PDU-1 (partea ii) din buletinul statistic 2008. Punctele focale naționale Reitox.

Surse:

unde problemele legate de consumul de opiacee au predominat în trecut, rapoartele recente sugerează o creștere a importanței altor droguri, inclusiv cocaina. Necesitatea unei monitorizări efective a unei serii de tipare de consum problematic de droguri a determinat OEDT să raporteze cu privire la subpopulațiile consumatoare problematice de droguri, în funcție de drog, și care se pot suprapune ⁽¹⁰⁷⁾.

⁽¹⁰⁶⁾ A se vedea tabelele PPP-2 și PPP-6 din buletinul statistic 2008 pentru date privind concentrația și prețul.

⁽¹⁰⁷⁾ Pentru o imagine de ansamblu asupra estimărilor disponibile ale componentelor consumului problematic de droguri, a se vedea buletinul statistic 2008.

Estimările prevalenței consumului problematic de opiacee la nivel național în perioada 2002-2006 se înscriu între 1 și 6 cazuri la 1 000 de persoane cu vârsta între 15 și 64 de ani; prevalența generală a consumului problematic de droguri este estimată între 1 și 10 cazuri la 1 000. Cele mai scăzute estimări bine documentate ale consumului problematic de opiacee disponibile sunt din Cipru, Letonia, Republica Cehă 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 din Malta, Austria și Italia (figura 7).

Din datele relativ limitate disponibile se poate deduce o prevalență medie a consumului problematic de opiacee între 4 și 5 cazuri la 1 000 de persoane cu vârsta între 15 și 64 de ani. Presupunând că aceasta reflectă ansamblul UE, rezultă circa 1,5 milioane (1,3-1,7 milioane) de consumatori problematici de opiacee în UE și Norvegia în 2006.

Tendențe și incidența consumului problematic de opiacee

Tendențele temporale în prevalența consumului problematic de opiacee sunt dificil de estimat datorită numărului limitat de estimări repetate și a incertitudinii privind estimările individuale. Datele din nouă țări cu estimări repetate în perioada 2001-2006 sugerează evoluții diverse. Prevalența pare relativ stabilă în Republica Cehă, Germania, Grecia, Italia, Malta, Slovacia și Finlanda, în timp ce în Austria a fost observată o creștere (cele mai recente date din 2004), iar în Cipru semne ale unei posibile scăderi ⁽¹⁰⁸⁾.

Incidența consumului problematic de opiacee (numărul de cazuri noi care apar în fiecare an) este un indicator mai sensibil al schimbărilor în timp și poate oferi o anticipare a evoluțiilor viitoare ale prevalenței și cererii de tratament. Totuși modelele de estimare folosite utilizează anumite ipoteze. De asemenea, aceste modele pot furniza numai o estimare parțială a incidenței, deoarece se bazează numai pe cazurile care intră în contact cu tratamentul. Numai două țări raportează date recente, indicând tendințe diferite. În Italia, se estimează o scădere a incidenței de la circa 32 500 de cazuri în 1990 la circa 22 000 de cazuri noi în 1997, după care aceasta a crescut iarăși la circa 30 000 de cazuri noi în 2006. În Spania, dimpotrivă, incidența consumului problematic de opiacee este estimat a fi scăzut continuu de la vârful acestuia din jurul anului 1980, deși în ultimii ani (2002-2004) pare a se fi stabilizat la un nivel relativ scăzut (în jur de 3 000 de cazuri noi pe an). OEDT, în colaborare cu un grup de experți naționali, a elaborat

recent noi orientări pentru estimarea incidenței, pentru a încuraja activități suplimentare în acest domeniu (Scalia Tomba et al., 2008).

Consumatorii de opiacee aflați în tratament

Opiaceele, mai ales heroina, rămân drogurile principale pentru care pacienții solicită tratament în cele mai multe țări raportoare. În cele 387 000 de cereri de tratament raportate în 2006 (date disponibile din 24 de țări), heroina a fost înregistrată ca drogul principal în 47 % din cazurile pentru care este cunoscut drogul primar. În cele mai multe țări, între 50 % și 80 % din toate cererile de tratament sunt raportate ca fiind legate de consumul de opiacee; în restul țărilor proporția variază între 15 % și 40 % ⁽¹⁰⁹⁾. Opiaceele sunt cel mai frecvent raportate droguri primare nu doar în rândul celor care încep tratamentul, ci chiar în mai mare măsură în rândul

Indicatorii opiaceelor nu mai scad

În contrast cu tendințele descrise în rapoartele anuale anterioare, datele recente indică anumite creșteri ale deceselor induse de droguri, ale capturilor de heroină și ale cererilor noi de tratament pentru consumul de heroină în Uniunea Europeană.

În 2003, tendința de scădere a numărului de decese induse de droguri raportate în Europa, cele mai multe legate de consumul de opiacee, s-a oprit, iar între 2003 și 2005 cele mai multe state membre au raportat o tendință de creștere. Numărul de capturi de heroină a crescut cu peste 10 % în 16 din cele 24 de țări raportoare între 2003 și 2006. După o scădere de câțiva ani, cererile noi de tratament pentru consumul de heroină ca drog primar au crescut în circa jumătate din țările care au raportat date între 2005 și 2006. Aceasta poate reflecta o schimbare a incidenței consumului de heroină în urmă cu câțiva ani, datorită intervalului natural între inițierea consumului și primul tratament.

Aceste tendințe recente apar în paralel cu creșterea producției de opiu în Afganistan, conducând la preocuparea că aceste evenimente ar putea fi conectate prin disponibilitatea sporită a heroinei pe piața europeană. Aceasta este o problemă importantă de investigat în continuare, datele disponibile nepermițând formarea unui tablou clar. În plus, există factori importanți contradictorii. De exemplu, se raportează un consum al opiaceelor farmaceutice în scop nemedical care ar fi continuat la niveluri ridicate sau care ar fi crescut în câteva țări (Republica Cehă, Estonia, Franța, Austria, Finlanda) și care poate reprezenta un factor important în explicarea tendințelor deceselor induse de droguri.

⁽¹⁰⁸⁾ A se vedea tabelul PDU-6 (partea ii) din buletinul statistic 2008 și tabelul PDU-102 pentru informații complete, inclusiv intervalele de încredere.

⁽¹⁰⁹⁾ A se vedea tabelul TDI-5 din buletinul statistic 2007.

celor aflați deja în tratament. Un proiect recent care a implicat nouă țări și s-a concentrat pe toți pacienții aflați în tratament a constatat că consumatorii primari de opiacee reprezentau în ansamblu 59 % dintre pacienți, dar numai 40 % dintre pacienții care începeau tratamentul prima dată în viață ⁽¹¹⁰⁾.

Cei mai mulți pacienți care încep tratamentul în ambulatoriu pentru consumul primar de opiacee consumă și alte droguri, inclusiv cocaina (25 %), alte opiacee (23 %) și cannabis (18 %). În plus, din cei aflați în tratament pentru consumul primar de alte droguri, 13 % dintre pacienții tratați în ambulatoriu și 11 % din cei cu internare raportează opiaceele ca drog secundar ⁽¹¹¹⁾.

Unele țări raportează un procent semnificativ de cereri de tratament legate de alte opiacee decât heroina. Abuzul de buprenorfină este raportat drept motivul principal al începerii tratamentului de către 40 % din toți pacienții din Finlanda și de 8 % din pacienții din Franța. În Letonia și Suedia, între 5 % și 8 % din pacienții aflați în tratament pentru consumului droguri raportează consumul primar de alte opiacee decât heroina sau metadona: în principal buprenorfina, analgezicele și alte opiacee ⁽¹¹²⁾. Câteva țări raportează o creștere a proporției policonsumatorilor de droguri în rândul pacienților aflați în tratament pentru heroină și o creștere a numărului de pacienți care consumă alte opiacee decât heroina.

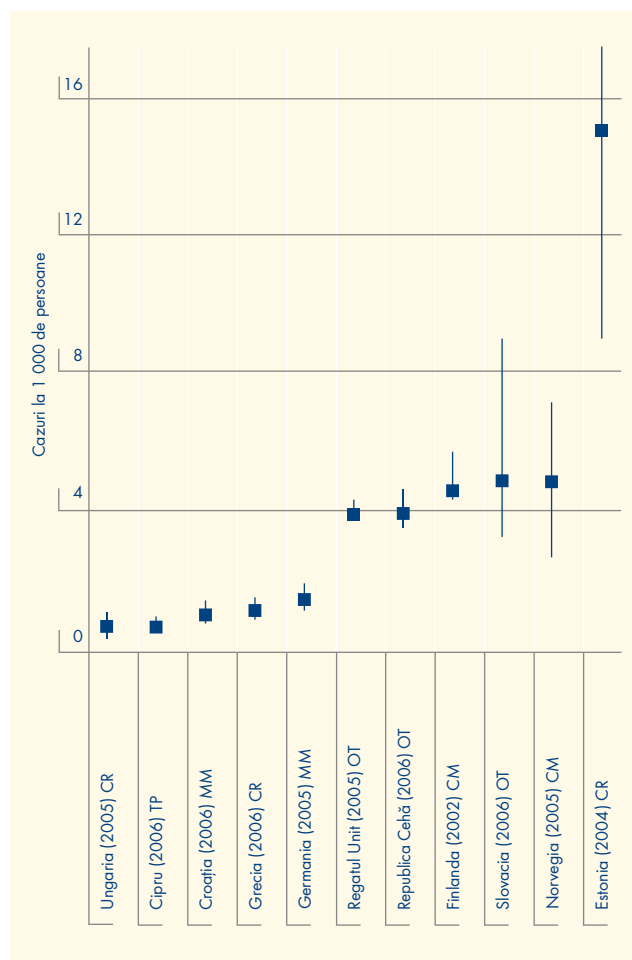
Numărul absolut de cereri de tratament pentru consumul de heroină raportat prin indicatorul de cereri de tratament a crescut cu peste 30 000 de cazuri, de la 108 100 la 138 500 între 2002 și 2006. Similar, în rândul pacienților care au început tratamentul pentru prima dată în viață, a existat o creștere a numărului de consumatori primari de heroină, de la circa 33 000 în 2002 la peste 41 000 în 2006. Factorii care ar putea explica această tendință includ o creștere a numărului de consumatori problematici de heroină, o extindere a furnizării de tratament sau o raportare mai bună.

Consumul de droguri prin injectare

Prevalența consumului de droguri prin injectare

Consumatorii de droguri prin injectare se expun riscului cel mai ridicat de probleme de sănătate rezultate din injectare, cum sunt infecțiile transmisibile prin sânge (de exemplu, HIV/SIDA, hepatită), precum și deceselor induse de droguri. Numai 11 țări au putut furniza estimări recente ale nivelului de consum de droguri prin injectare, în ciuda importanței acestora pentru sănătatea publică (figura 8).

Figura 8: Estimările prevalenței consumului de droguri prin injectare (număr de cazuri la 1 000 de persoane cu vârste 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. Pentru Estonia, limita superioară a intervalului de incertitudine iese din grafic (37,9 la 1 000). Grupurile țintă pot varia ușor din cauza diferitelor metode și surse de date; prin urmare, comparațiile trebuie realizate cu precauție. Metodele de estimare sunt abreviate: CR = captură-recaptură; TM = multiplicator tratament; MI = indicator multivariabil; TP = distribuție Poisson; MM = multiplicator mortalitate; CM = metode combinate; OT = alte metode. Pentru informații suplimentare, a se vedea figura PDU-2 din buletinul statistic 2008.

Surse:

Punctele focale naționale Reitox.

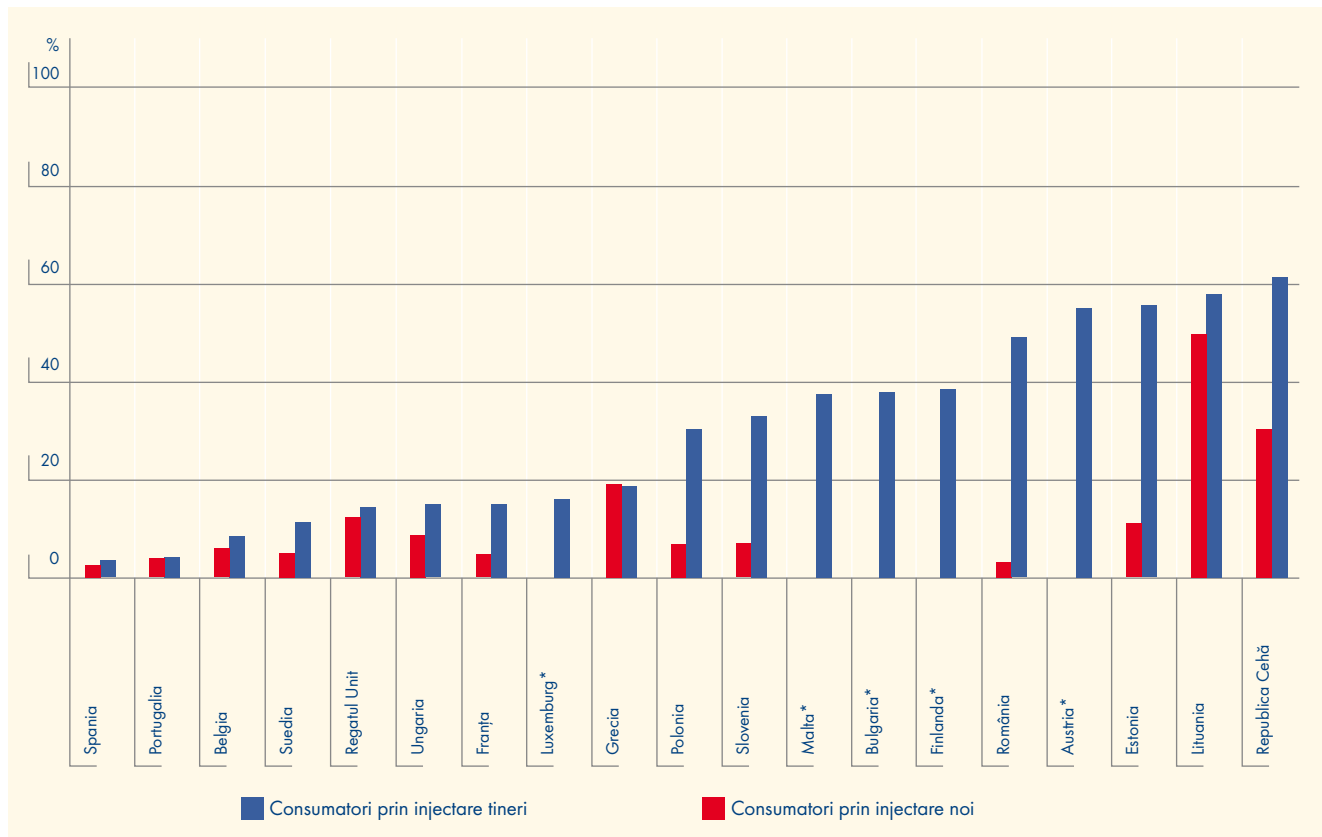
Îmbunătățirea nivelului de informare disponibil pentru această populație specială este, prin urmare, o provocare importantă pentru dezvoltarea sistemelor de monitorizare a sănătății în Europa.

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.

⁽¹¹⁰⁾ A se vedea tabelul TDI-39 din buletinul statistic 2008.

⁽¹¹¹⁾ A se vedea tabelele TDI-22 și TDI-23 din buletinul statistic 2008.

⁽¹¹²⁾ A se vedea tabelul TDI-113 din buletinul statistic 2008.

Figura 9: Proporția de tineri și consumatori noi de droguri prin injectare în eșantioanele de consumatori de droguri prin injectare

NB: Eșantioanele provin de la consumatorii de droguri prin injectare testați pentru boli infecțioase (HIV și VHC). S-a folosit ultimul eșantion disponibil pentru fiecare țară în perioada 2002-2006, având ca subiect cel puțin 100 de consumatori de droguri prin injectare. Asteriscul indică lipsa datelor pentru noii consumatori prin injectare. Pentru informații suplimentare, a se vedea figura PDU-3 din buletinul statistic 2008.

Surse: Punctele focale naționale Reitox.

Lipsa datelor îngreunează tragerea unor concluzii cu privire la tendințele temporale privind prevalența consumului prin injectare, deși datele disponibile sugerează un declin în Norvegia (2001-2005) și o situație stabilă în Republica Cehă, Grecia, Cipru și Regatul Unit ⁽¹¹³⁾.

Injectarea în rândul consumatorilor de opiacee care încep tratamentul

În ansamblu, 43 % din toți consumatorii de opiacee care au început în 2006 tratamentul în ambulatoriu pentru consumul de droguri au raportat injectarea drogului. Schimbările procentajului consumatorilor de droguri prin injectare în totalul pacienților care încep tratamentul pentru heroină pot indica tendințe în grupul mai larg al consumatorilor de opiacee. Scăderi ale acestui procentaj între 2002 și 2006 au fost observate în nouă țări (Danemarca, Germania, Irlanda, Grecia, Franța, Italia, Suedia, Regatul Unit, Turcia), în timp ce două țări raportează o creștere (România, Slovacia). Țările diferă în mod considerabil în

privința nivelurilor de injectare în rândul consumatorilor de heroină care încep tratamentul, cele mai mici procentaje fiind raportate în Spania, Franța și Țările de Jos (sub 25 %), iar cele mai mari (peste 80 %) în Bulgaria, Republica Cehă, România, Slovacia și Finlanda ⁽¹¹⁴⁾.

În rândul consumatorilor de opiacee care au început tratamentul în ambulatoriu pentru prima dată în 2006, este raportat un procentaj ceva mai redus de injectare a drogului (circa 40 %). Analizând tendințele temporale, proporția consumatorilor prin injectare în rândul noilor pacienți tratați pentru opiacee a scăzut de la 43 % în 2003 la 35 % în 2006 în cele 13 țări în care sunt disponibile date suficiente ⁽¹¹⁵⁾.

O analiză a datelor privind cererea de tratament pentru nouă țări care au luat parte la un studiu pilot a arătat că circa 63 % din toți pacienții tratați pentru consumul de opiacee (cei deja aflați în tratament și cei care au început tratamentul în ultimul an) au raportat injectarea drogului în momentul începerii tratamentului ⁽¹¹⁶⁾. Acest lucru

⁽¹¹³⁾ A se vedea tabelul PDU-6 (partea iii) din buletinul statistic 2008.

⁽¹¹⁴⁾ A se vedea tabelele PDU-104, TDI-4, TDI-5 și TDI-17 (partea v) în buletinul statistic 2008.

⁽¹¹⁵⁾ A se vedea figura TDI-7 și tabelul TDI-17 (partea i) din buletinul statistic 2008.

⁽¹¹⁶⁾ A se vedea tabelele TDI-17 (partea v) și TDI-40 din buletinul statistic 2008.

sugerează că în rândul pacienților aflați deja în tratament proporția consumatorilor prin injectare în momentul începerii tratamentului era relativ ridicată.

Studiile în rândul consumatorilor de droguri prin injectare pot oferi o altă perspectivă asupra diferențelor naționale și asupra schimbărilor în timp ale consumului de droguri prin injectare din Europa. Multe țări desfășoară studii repetate în mod frecvent asupra grupurilor de consumatori prin injectare, de obicei în contextul testării pentru boli infecțioase, care sunt deseori recrutați dintr-o varietate de medii pentru a obține un maxim de generalitate. Comparațiile dintre țări ar trebui făcute cu prudență datorită unor posibile erori în urma recrutării selective în aceste studii ⁽¹¹⁷⁾.

Unele țări prezintă procentaje ridicate (peste 20 %) de noi consumatori de droguri prin injectare (care se injectează de mai puțin de doi ani) în aceste studii, în timp ce în câteva țări acest procentaj este sub 10 % (figura 9). Consumatorii de droguri prin injectare tineri (sub 25 de ani) reprezintă peste 40 % din consumatorii prin injectare eșantionați în Republica Cehă, Estonia, Lituania, Austria și România, în timp ce sub 20 % din consumatorii prin injectare eșantionați au sub 25 de ani în alte nouă țări.

În general, un procentaj ridicat de consumatori noi prin injectare trebuie să fie un semnal de alarmă, în special dacă este întărit de un procentaj ridicat de consumatori tineri prin injectare. Deși un procentaj mai ridicat de consumatori prin injectare noi poate indica o nouă creștere a infectării, și alți factori pot avea legătură cu acesta (de exemplu, perioade mai scurte de consum prin injectare, o mai bună disponibilitate a tratamentului, rate mai ridicate ale mortalității în rândul populației mai în vârstă).

Țările cu populații vechi de consumatori problematici de opiacee au în general procentaje mai reduse de consumatori prin injectare tineri și noi. În restul statelor membre, deseori cele mai noi, datele indică niveluri mai ridicate de consumatori prin injectare tineri. Nivelurile variate de consumatori prin injectare din aceste țări, atunci când informațiile sunt disponibile, pot reflecta diferențe în vârsta medie de inițiere, precum și o incidență crescută a consumului prin injectare în rândul populațiilor mai tinere sau mai în vârstă.

Tratamentul consumului problematic de opiacee

Profilul pacienților care încep tratamentul pentru consumul de opiacee

Pacienții care încep tratamentul pentru consumul primar de opiacee tind să fie mai în vârstă (vârstă medie de 32 de ani) decât cei care încep tratamentul pentru cocaină, alte droguri stimulatoare și canabis (vârstă medie de 31, 27 și, respectiv, 24 de ani), femeile fiind în general mai tinere cu un an sau doi decât bărbații. Pacienții aflați în tratament pentru opiacee sunt în general mai tineri în țările care au aderat la Uniunea Europeană începând cu 2004, precum și în Irlanda, Grecia, Austria și Finlanda ⁽¹¹⁸⁾.

În medie, bărbații sunt de trei ori mai numeroși decât femeile printre pacienții aflați în tratament pentru opiacee, proporții mai ridicate de bărbați găsindu-se, în special, în țările din sudul Europei (Bulgaria, Grecia, Spania, Franța, Italia, Cipru, Malta, Portugalia ⁽¹¹⁹⁾).

Consumatorii de opiacee raportează rate mai ridicate ale șomajului și niveluri mai scăzute de educație decât alți pacienți (a se vedea capitolul 2), iar în anumite țări este observată o frecvență mai ridicată a tulburărilor psihiatrice comorbide.

Circa jumătate din consumatorii de opiacee care solicită tratament raportează o inițiere înainte de vârsta de 20 de ani, iar circa o treime între 20 și 24 de ani; primul consum de opiacee după vârsta de 25 de ani este rar ⁽¹²⁰⁾. Este raportat un decalaj mediu între șapte și nouă ani între primul consum de opiacee și primul contact cu tratamentul pentru consum de droguri, bărbații raportând un decalaj mai mare decât femeile ⁽¹²¹⁾.

Furnizarea de tratament și acoperirea acestuia

Tratamentele pentru consumul de opiacee se desfășoară mai ales în ambulatoriu, putând include centre specializate, medici generaliști și unități de acces necondiționat. În câteva țări, și centrele cu internare joacă un rol foarte important, în special în Bulgaria, Grecia, Finlanda și Suedia ⁽¹²²⁾.

Tratamentele fără droguri și cele de substituție pentru consumul de opiacee sunt disponibile în toate statele

⁽¹¹⁷⁾ S-ar putea aștepta ca procentajul de consumatori de droguri prin injectare tineri sau noi să fie mai scăzut în eșantioanele recrutate dintre cei aflați sub tratament decât în medii mai „deschise”, precum serviciile de acces necondiționat, deoarece în medie pacienții încep tratamentul numai după câțiva ani de consum de droguri. Cu toate acestea, analiza statistică a asocierii dintre mediul de recrutare și procentajul consumatorilor de droguri prin injectare tineri sau noi prezintă o semnificație statistică, sugerând faptul că este posibil ca mediul de recrutare (codificat drept „doar tratament pentru consumul de droguri”, „fără tratament pentru consumul de droguri” și „mediu mixt”) să nu aibă un efect puternic asupra acestor procentaje

⁽¹¹⁸⁾ A se vedea tabelele TDI-10, TDI-32 și TDI-103 din buletinul statistic 2008.

⁽¹¹⁹⁾ A se vedea tabelele TDI-5 și TDI-21 din buletinul statistic 2008.

⁽¹²⁰⁾ A se vedea tabelele TDI-11, TDI-107 și TDI-109 din buletinul statistic 2008.

⁽¹²¹⁾ A se vedea tabelul TDI-33 din buletinul statistic 2008.

⁽¹²²⁾ A se vedea tabelul TDI-24 din buletinul statistic 2008.

Extinderea opțiunilor farmaceutice

În Europa au fost dezvoltate și puse la dispoziție noi opțiuni farmaceutice pentru tratarea dependenței de opiacee. Obiectivele acestor noi opțiuni de prescriere includ îmbunătățirea eficienței tratamentului, răspunzând necesităților diferitelor grupului de consumatori de opiacee și reducând posibilitățile de abuz de droguri de substituție.

O combinație de buprenorfină/naloxonă a fost lansată pe piața UE în 2006 ca alternativă la buprenorfină singură, cu scopul reducerii potențialului și atractivității consumului prin injectare. O serie de state membre evaluează în prezent valoarea acestei substanțe ca opțiune de tratament pentru dependența de opiacee ⁽¹⁾.

Prescrierea heroinei medicale (diamorfină) ca opțiune de tratament pentru consumatorii cronici de opiacee rezistenți la tratament este disponibilă într-o oarecare măsură în Țările de Jos (815 pacienți în 2006), Regatul Unit (400 de pacienți) și în Germania, unde participanții la studiul clinic privind heroina continuă să primească diamorfină în baza unei reglementări speciale. În plus, un studiu clinic randomizat asupra opiaceelor injectabile (RIOTT) se desfășoară în prezent în Regatul Unit, care va evalua eficacitatea diamorfinei injectabile, metadonei injectabile și metadonei administrate oral. În februarie 2008, s-a decis, de asemenea, introducerea unui program de prescriere a diamorfinei în Danemarca.

⁽¹⁾ Informații tehnice asupra substanței sunt disponibile pe site-ul web al EMEA: <http://www.emea.europa.eu/humandocs/Humans/EPAR/suboxone/suboxone.htm>

membre ale UE, precum și în Croația și Norvegia. În Turcia, folosirea în viitor a tratamentului de substituție este în studiu în prezent. În cele mai multe țări, tratamentul de substituție este opțiunea cea mai larg disponibilă, deși în 2005 Ungaria, Polonia și Suedia au raportat că abordările fără droguri erau predominante.

Tratamentul de substituție, în general integrat cu îngrijirea psihosocială, este furnizat în mod obișnuit la centre specializate de tratament în ambulatoriu și în regim de îngrijire partajată cu cabinetele medicilor generaliști. Datele disponibile cu privire la numărul de pacienți aflați în tratament de substituție sugerează o creștere generală în ultimul an, cu excepția Franței, Țărilor de Jos, Maltei și Luxemburgului, unde situația a fost stabilă. Cea mai mare creștere procentuală a fost raportată de Republica Cehă (42 %), deși creșteri mai mari de 10 % au fost raportate și de Polonia (26 %), Finlanda (25 %), Estonia (20 %), Suedia (19 %), Norvegia (15 %), Ungaria și Austria (11 %).

O comparație simplă a estimărilor numărului de consumatori problematici de opiacee și a numărului raportat de tratamente efectuate sugerează că este posibil ca peste o

treime să primească tratament de substituție. Totuși, ar trebui reținut faptul că ambele seturi de date încă sunt imprecise, ceea ce înseamnă că acest calcul ar trebui privind cu prudență. De asemenea, intervalele de încredere largi ale estimărilor consumului problematic de opiacee fac dificile comparațiile între țări. Cu toate acestea, datele disponibile indică că procentajul consumatorilor problematici de opiacee care primesc tratament de substituție diferă considerabil între țări, cu rate estimate la circa 5 % în Slovacia, 20-30 % în Finlanda, Grecia și Norvegia, 35-45 % în Republica Cehă, Malta și Italia și peste 50 % în Regatul Unit (Anglia), Germania și Croația ⁽¹²³⁾.

În timp ce metadona administrată oral rămâne principalul medicament pentru tratamentul de substituție în Europa, utilizarea buprenorfinei devine din ce în ce mai frecventă. Un motiv este faptul că poate fi asociată cu rate mai scăzute ale mortalității în caz de abuz (Connock et al. 2007). Consiliul național de sănătate danez, după o analiză a orientărilor privind substituția, a recomandat medicilor generaliști să prescrie buprenorfină în loc de metadonă.

Eficacitatea tratamentului, calitate și standarde

Analiza studiilor clinice controlate randomizate și a studiilor observaționale concluzionează că tratamentul de menținere cu metadonă (TMM) și tratamentul de menținere cu buprenorfină (TMB) pot fi ambele eficiente pentru gestionarea dependenței de opiacee. Un studiu Cochrane recent a concluzionat totuși că buprenorfina este mai puțin eficientă decât metadona administrată în doze adecvate (Mattick et al., 2008). De asemenea, într-o serie de studii s-a constatat că menținerea cu diamorfină poate fi eficientă pentru persoanele care nu răspund la TMM (Schulte et al., în curs de publicare). În ansamblu, tratamentul de substituție 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.

De asemenea, intervențiile psihosociale și psihoterapeutice combinate cu farmacoterapia s-au dovedit eficace în studiile privind rezultatele tratamentelor, de exemplu NTORS în Regatul Unit (Gossop et al., 2002) și DATOS în Statele Unite (Hubbard et al., 2003). Aceste abordări pot nu doar să crească motivația tratamentului, să împiedice recidiva și să reducă riscurile, ci 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

⁽¹²³⁾ A se vedea figura HSR-1 din buletinul statistic 2008.

opioace. Dovezile disponibile nu sprijină totuși utilizarea doar a tratamentelor psihosociale (Mayet et al., 2004).

O serie de țări au raportat recent realizarea de îmbunătățiri ale orientărilor acestora privind tratamentul. În Croația, Danemarca și Scoția, programele de substituție au fost analizate, iar orientările au fost revizuite pentru a spori calitatea tratamentului și a preveni deturnarea pe piața neagră. Au fost actualizate și orientările Regatului Unit privind gestionarea clinică a dependenței de droguri, iar National Institute for Clinical Excellence a emis orientări specifice privind prescrierea metadonei și a buprenorfinei, privind tratamentul cu naltrexonă, detoxificarea, precum și privind tratamentul psihosocial. De asemenea, Portugalia a elaborat orientări noi pentru a asigura un acces la tratament în timp util.

Tratamentul în penitenciare

Există un consens larg în rândul factorilor decizionali din UE cu privire la necesitatea armonizării practicii și calității serviciilor între comunitate și penitenciare. Cu toate acestea, un raport publicat de Comisia Europeană (2007a) a subliniat lipsa serviciilor pentru consumatorii de droguri în penitenciare și a atras atenția asupra importanței intervenției în acest mediu. Exemple de limitări în furnizarea de servicii antidrog în penitenciar includ: lipsa capacității și competenței (Letonia, Polonia, Malta), asistență fragmentată (Letonia), lipsa intervențiilor pentru grupuri specifice, precum deținuții tineri consumatori de droguri (Austria), precum și absența unei strategii de prevenire bazate pe sănătatea publică (Grecia).

Pe de altă parte, programele antidrog din penitenciare au devenit mai răspândite, iar multe țări raportează inițiative noi. De exemplu, în Portugalia a fost stabilit cadrul juridic pentru un program de schimb de seringi în penitenciare; în Lituania a fost adoptat un decret

care obligă penitenciarele să ofere consiliere înainte de eliberare; din ianuarie 2007, toți deținuții cu pedepse mai mari de trei luni pot beneficia de o „garanție de tratament” în Republica Cehă, tratamentul de substituție fiind extins la 10 penitenciare, iar în Irlanda, serviciile de tratament în penitenciare sunt în prezent evaluate în vederea aducerii lor la un nivel echivalent celor din comunitate.

Nivelul furnizării de tratament pentru consumul de droguri în penitenciare rămâne scăzut în comparație cu comunitatea, deși prevalența consumului de droguri este în general mai mare. În multe țări, detoxificarea este opțiunea preferată de tratament, iar uneori singura opțiune de tratament disponibilă. Tratamentul de substituție este oferit teoretic în mai multe țări, dar datele arată că puțini consumatori de droguri îl primesc în practică. Excepțiile sunt Spania, unde 14 % din toți deținuții condamnați (19 600) au primit tratament de substituție în 2006, și Regatul Unit (Anglia și Țara Galilor), unde se anticipează că numărul celor care primesc metadonă va crește de la 6 000 la 12 000 în urma introducerii unor noi orientări în aprilie 2007.

Orientări practice pentru tratamentul de substituție în penitenciare, avizate de OMS și ONUDC, au fost publicate recent (Kastelic et al., 2008), iar anumite cercetări arată că terapia de substituție pentru opioace în penitenciar are efecte pozitive asupra comportamentului riscant și asupra mortalității (Dolan et al., 2003). O analiză recentă a studiilor de cercetare privind programele de substituție din penitenciare a concluzionat că efectele pozitive depind de furnizarea unor doze suficiente și de menținerea tratamentului pe durata detenției (Stallwitz și Stöver, 2007). De asemenea, planificarea atentă a eliberării și conectarea la asistența comunitară reprezintă alte servicii cheie în acest domeniu, necesare pentru a asigura că progresele realizate în starea de sănătate făcute în cursul detenției nu se pierd ulterior ⁽¹²⁴⁾.

⁽¹²⁴⁾ A se vedea „Riscul crescut de deces indus de droguri la terminarea pedepselor cu închisoarea sau a tratamentului”, p. 93.



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 (CDI) este scăzută, alte boli infecțioase, inclusiv hepatita A, B și C, bolile cu transmitere sexuală, tuberculoza, tetanosul, botulismul și virusul uman T-limfotrop (HTLV) 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). Datele trebuie interpretate cu prudență, datorită anumitor limitări metodologice în diferitele sisteme de date ⁽¹²⁵⁾.

HIV și SIDA

Până la sfârșitul anului 2006, incidența infecțiilor cu HIV diagnosticate în rândul consumatorilor de droguri prin injectare (CDI) pare să fi fost 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 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 2006, 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 2006 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 ⁽¹²⁶⁾. În 2006, rata totală a infecțiilor nou diagnosticate în rândul CDI în cele 25 de state membre ale UE pentru care sunt disponibile date naționale a fost de 5,0 cazuri la un milion de persoane, în scădere de la 5,6 în 2005 ⁽¹²⁷⁾. Din cele trei țări care raportează cele mai înalte rate de infecții nou diagnosticate (Estonia, Letonia, Portugalia), Portugalia a continuat să raporteze o tendință descendentă în 2005-2006, în timp ce în Estonia și Letonia tendințele s-au stabilizat la 142,0 și, respectiv, 47,1 cazuri nou diagnosticate la un milion de persoane. Între 2001 și 2006, nu au fost observate în nicio țară creșteri puternice ale procentajului din populație cu infecție HIV. Acolo unde este observată o creștere ușoară (de exemplu, Bulgaria, Irlanda), aceasta a fost mai mică de un caz suplimentar la un milion de persoane pe an.

Analiza cifrelor absolute arată care țări contribuie cel mai mult la totalul general UE. Cel mai mare număr de infecții nou diagnosticate în rândul CDI a fost raportat în 2006 de țările cu cele mai mari rate ale infecțiilor (Portugalia, 703 diagnostice noi; Estonia, 191, Letonia, 108) ⁽¹²⁸⁾ și cele cu populații mari (Regatul Unit, 187; Germania, 168; Franța, 167; Polonia, 112) (figura 10). În fața acestui context general de tendințe de scădere, cele mai mari creșteri în cifre absolute din 2001 sunt observate în Regatul Unit, cu circa 13 cazuri suplimentare pe an, și în Germania, cu circa 10 cazuri suplimentare, deși acestea nu sunt distribuite uniform de-a lungul anilor. În Bulgaria, rata scăzută de creștere s-a accelerat recent, cu 0,2, 0,7, 13 și 34 de cazuri noi pe an între 2001 și 2006, sugerând posibilitatea unei epidemii.

Datele privind tendințele, provenind din monitorizarea prevalenței HIV în eșantioane de CDI, reprezintă o completare importantă a datelor provenind din

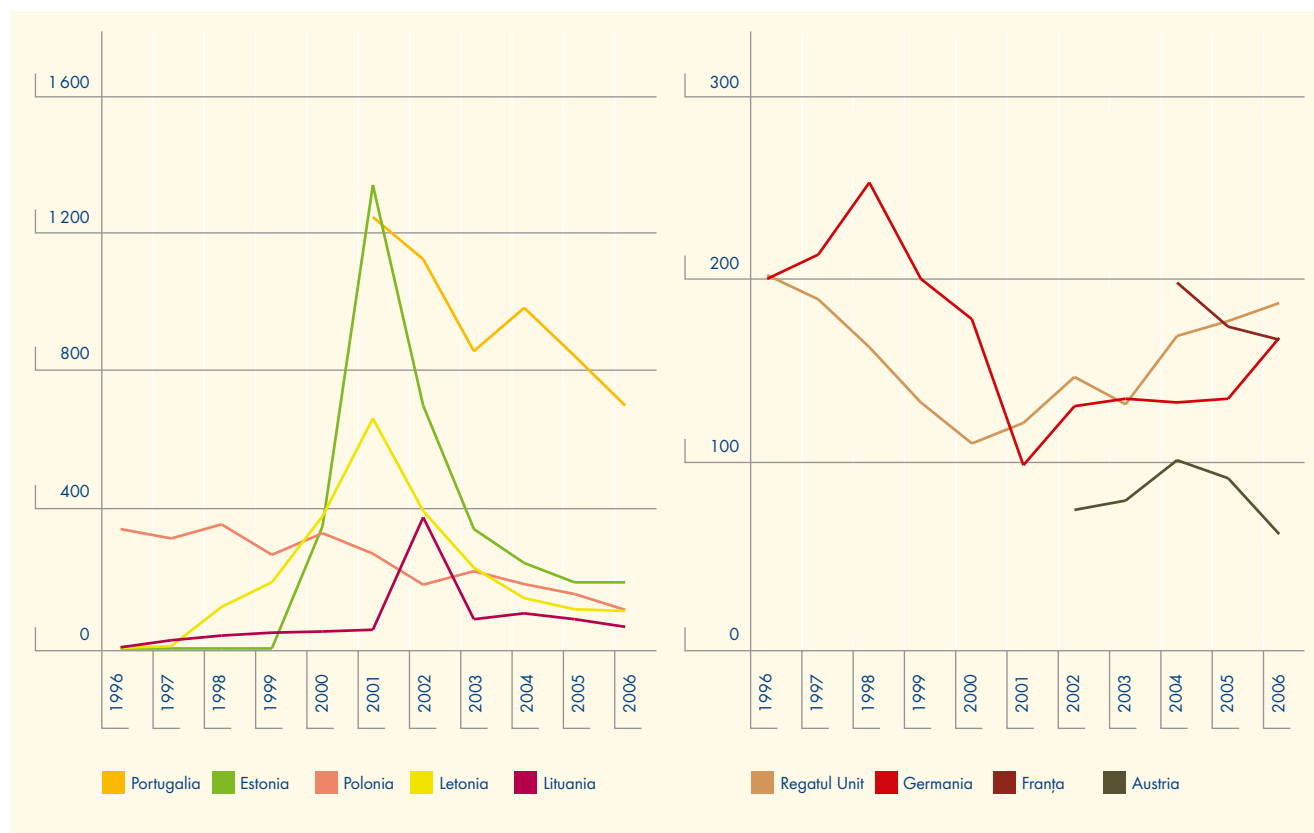
⁽¹²⁵⁾ Pentru detalii privind metodele și definițiile, a se vedea buletinul statistic 2008.

⁽¹²⁶⁾ A se vedea tabelul INF-104 din buletinul statistic 2008.

⁽¹²⁷⁾ Nu sunt disponibile date naționale pentru Spania și Italia. Efectuând ajustări pentru aceste două țări, rata ar fi de 5,9 cazuri la un milion de persoane, în scădere de la 6,4 în 2005.

⁽¹²⁸⁾ În Portugalia, EuroHIV a raportat 703 cazuri pentru 2006, în timp ce 432 au fost raportate de către Centrul portughez de supraveghere epidemiologică pentru boli transmise (CVEDT); discrepanța se datorează clasificării pe an de raportare (EuroHIV) față de anul diagnosticării (CVEDT).

Figura 10: Numărul absolut de infecții HIV nou diagnosticate în rândul consumatorilor de droguri prin injectare, în funcție de anul raportării: țări cu nivelul de vârf mai mare de 300 (stânga) și între 100 și 300 (dreapta)



NB: Nu sunt disponibile date naționale pentru Spania și Italia, datele fiind indicate pentru regiuni, atunci când sunt disponibile. Pentru ambele țări, cifrele parțiale au depășit peste 100 de cazuri noi în 2005 și au indicat o tendință de scădere. Pentru informații suplimentare, a se vedea tabelul INF-104 din buletinul statistic 2008.

Sursă: EuroHIV.

raportarea cazurilor de HIV, deoarece furnizează informații și asupra infecțiilor nediagnosticate. Sunt disponibile date din 25 de țări pe perioada 2002-2006 ⁽¹²⁹⁾. În 15 țări, prevalența HIV a rămas neschimbată în această perioadă. În cinci țări (Bulgaria, Germania, Spania, Italia, Letonia), prevalența a indicat scăderi semnificative din punct de vedere statistic, toate bazate pe eșantioane naționale. Totuși, în două dintre acestea au fost raportate creșteri regionale: în Bulgaria, un oraș, Sofia; iar în Italia, 8 din 21 regiuni și un oraș. În fine, în cinci țări, tendințele naționale fie nu sunt raportate, fie par stabile, în timp ce a existat cel puțin un eșantion subnațional indicând o tendință de creștere, chiar dacă nivelurile de prevalență rămân în cea mai mare parte la niveluri scăzute (Belgia, Republica Cehă, Lituania, Regatul Unit și eventual Slovenia).

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

național. Interpretarea este mai dificilă atunci când aceste surse de date se contrazic parțial, cum este cazul, de exemplu, în Bulgaria, Germania și Regatul Unit; cu toate acestea în aceste țări atât incidența diagnosticelor noi, cât și a ratei de creștere, este scăzută (cu excepția Bulgariei în 2004-2006).

Rata anuală ridicată a noilor diagnostice de infecție cu HIV legate de consumul de droguri prin injectare în Estonia, Letonia și Portugalia sugerează că transmisia încă are loc în aceste țări la niveluri ridicate. Pentru Estonia, acest lucru este susținut de datele din 2005 privind prevalența, care sugerează că aproximativ o treime din CDI noi (consumatori prin injectare de mai puțin de doi ani) erau pozitivi HIV. Alte indicii cu privire la transmiterea actuală a HIV sunt date de rapoartele privind nivelurile ridicate de prevalență (peste 5%) în rândul CDI tineri (eșantioane de 50 sau mai mulți CDI sub vârsta de 25 de ani) în mai multe țări: Spania (date naționale, 2005), Portugalia (date naționale, 2006), Estonia (două regiuni, 2005), Letonia (la nivel național și

⁽¹²⁹⁾ A se vedea tabelul INF-108 din buletinul statistic 2008.

„Focare” de HIV/SIDA

Cele mai recente date arată că incidența infectării cu HIV în rândul CDI este în general scăzută în Uniunea Europeană. Cu toate acestea, este nevoie de vigilență, deoarece anumite state membre continuă să aibă rate ridicate de noi infectări cu HIV legate de consumul de droguri prin injectare, iar situația este și mai îngrijorătoare în unele țări vecine.

După o recentă epidemie de HIV în Estonia și Letonia, ratele de infectări nou diagnosticate în rândul CDI au scăzut față de 2001, dar în prezent s-au stabilizat la niveluri încă ridicate (142,0 și, respectiv, 47,1 cazuri noi la un milion de persoane în 2006), sugerând că ratele de transmitere rămân ridicate. Portugalia încă are cel mai ridicat număr de cazuri nou diagnosticate în Uniunea Europeană (a se vedea p. 83) și, deși tendința este de scădere, rata anuală a diagnosticelor nou raportate este încă ridicată, de 66,5 cazuri noi la un milion de persoane în 2006.

În țările vecine de la estul Uniunii Europene, situația ridică preocupări deosebite. În cele mai mari două țări, Rusia și Ucraina, numărul de cazuri nou diagnosticate este ridicat și încă în creștere. În 2006, infectările nou diagnosticate legate de consumul de droguri prin injectare erau estimate la peste 11 000 în Rusia și la 7 000 în Ucraina (78,6 și, respectiv, 152,9 cazuri noi la milion).

Ratele ridicate de transmitere actuală în rândul CDI indică necesitatea analizării disponibilității, nivelului și gamei de servicii existente furnizate, inclusiv măsuri specifice care urmăresc reducerea răspândirii bolilor infecțioase, precum schimbul de seringi și tratamentul de substituție. În plus, sunt necesare studii specifice în rândul CDI pentru a investiga cauzele pentru care unele populații sunt foarte vulnerabile, factorii asociați cu comportamentul cu grad ridicat de risc și barierele în calea protecției personale, precum și pentru a identifica abordările promițătoare pentru prevenirea unor noi epidemii.

în două orașe, 2002-2003), Lituania (un oraș, 2006) și Polonia (un oraș, 2005) ⁽¹³⁰⁾.

Incidența SIDA și accesul la HAART

Informațiile privind incidența SIDA sunt importante pentru a indica apariții noi ale unor boli simptomatice, deși acestea nu sunt un indicator bun pentru transmiterea HIV. De asemenea, datele privind incidența SIDA pot oferi informații privind extinderea și eficacitatea tratamentului antiretroviral intens activ (HAART). Ratele ridicate de incidență ale SIDA în anumite țări europene pot indica faptul că mulți CDI infectați cu HIV nu primesc HAART într-o etapă suficient de timpurie pentru a obține beneficii maxime de pe urma tratamentului.

Portugalia rămâne țara cu cea mai mare incidență a cazurilor de SIDA legate de consumul de droguri prin injectare, circa 22,4 cazuri noi la un milion de persoane în 2006, deși tendința actuală este în mod clar descendentă, de la 29,9 cazuri în 2005. De asemenea, sunt raportate niveluri relativ ridicate de incidență a SIDA pentru Estonia, Spania și Letonia, cu 17,1, 15,1 și, respectiv, 13,5 cazuri noi la un milion de persoane. Dintre aceste trei țări, tendința este de scădere în Spania și Letonia, dar nu în Estonia, unde cele mai recente date indică o creștere de la 11,9 cazuri noi la un milion de persoane în 2005 la 17,1 la un milion în 2006. O creștere a fost observată și în Lituania, de la 2,0 cazuri noi la un milion de persoane în 2005 la 5,0 cazuri în 2006 ⁽¹³¹⁾.

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 CDI din Europa. Nivelurilor de anticorpi VHC în rândul eșantioanelor naționale de CDI în 2005-2006 variază de la circa 15 % la 90 %, cele mai multe țări raportând de obicei niveluri de peste 40 %. Numai câteva țări (Bulgaria, Republica Cehă, Finlanda) raportează o prevalență de sub 25 % în eșantioanele naționale de CDI, deși ratele de infectare chiar la acest nivel constituie o problemă semnificativă de sănătate publică ⁽¹³²⁾.

În cadrul țărilor, nivelurile de prevalență ale VHC pot varia considerabil, reflectând atât diferențe regionale, cât și caracteristicile populației eșantionate. De exemplu, în Regatul Unit, studiile locale raportează niveluri între 29 % și 59 %, în timp ce în Italia diferențele estimări regionale variază între 40 % și 96 %. Deși estimările produse din eșantioane neprobabilistice trebuie întotdeauna privite cu prudență, variațiile nivelurilor de prevalență constatate au probabil implicații importante pentru orientarea și aplicarea programelor de prevenire și tratament. De asemenea, înțelegerea factorilor responsabili pentru nivelurile diferențiale de infectare este de natură a susține dezvoltarea unor strategii de intervenție mai bune.

Studiile în rândul CDI tineri (sub vârsta de 25 de ani) și noi (consumatori prin injectare de mai puțin de doi ani) sugerează că intervalul de timp în care este posibilă prevenirea VHC este destul de scurt, deoarece mulți contractează virusul la începutul istoricului personal de consum prin injectare. Studiile recente (2005-2006) raportează în

⁽¹³⁰⁾ A se vedea tabelele INF-109 și INF-110 din buletinul statistic 2008.

⁽¹³¹⁾ A se vedea figura INF-1 din buletinul statistic 2008.

⁽¹³²⁾ A se vedea tabelele INF-111-113 din buletinul statistic 2008.

Accesul la testare și tratament pentru HIV

În rândul persoanelor infectate cu HIV în Europa, până la una din trei nu știe că este infectată (ECDC, 2007, iar rapoartele din anumite state membre ale UE sugerează că nivelurile de conștientizare pot fi chiar mai scăzute în rândul CDI infectați.

Prin urmare, mulți dintre cei care sunt infectați nu vor avea avantajul tratamentului și îngrijirii timpurii. De asemenea, ei pot contribui la răspândirea HIV, expunându-i fără să știe pe alții la riscul infectării. În plus, calitatea datelor colectate de sistemele de supraveghere a HIV este diminuată.

Datele preliminare sugerează că accesul la tratament antiretroviral și îngrijire al CDI este disproporționat de scăzut (Donoghoe et al., 2007). Abordările eficiente cu tratamente antivirale trebuie să țină cont de situația și nevoile specifice ale CDI. Acestea pot include probleme de sănătate și sociale coexistente (de exemplu, pierderea locuinței și lipsa asigurărilor), dar și stigmatul și discriminarea în unitățile medicale sau arestările repetate și încarcerarea.

Pentru a îmbunătăți accesul la testare și tratament pentru HIV, OEDT a elaborat orientări specifice privind oferirea unui control medical voluntar anual pentru CDI, inclusiv testare pentru HIV și hepatita virală ⁽¹⁾.

⁽¹⁾ <http://www.emcdda.europa.eu/publications/methods/pdu/2008/medical-examination>

mod tipic niveluri ale prevalenței între 20 % și 50 %, deși cu variații considerabile între eșantioane.

Prevalența anticorpilor virusului hepatitei B (VHB) variază în și mai mare măsură decât prevalența anticorpilor VHC, posibil datorită diferențelor în nivelul de vaccinare, deși pot juca un rol și alți factori. Setul cel mai complet de date disponibile este cel al anticorpului împotriva antigenului de nucleu al hepatitei (anti-HBc), care indică antecedente ale infecției. În 2005-2006, 6 din cele 11 țări care au furnizat date privind CDI au raportat niveluri ale prevalenței anti-HBc de peste 40 % ⁽¹³³⁾.

Tendențele temporale în cazurile notificate de hepatită B și C prezintă caracteristici diferite. Procentul de CDI din totalul cazurilor notificate de hepatită B pare să fi scăzut ușor în anumite țări, reflectând probabil impactul din ce în ce mai mare al programelor de vaccinare destinate CDI. În cazul hepatitei C, procentul de CDI în rândul cazurilor notificate a scăzut în cinci țări, dar a crescut în alte cinci țări (Republica Cehă, Luxemburg, Malta, Suedia, Regatul Unit ⁽¹³⁴⁾). Atât pentru hepatita B, cât și pentru hepatita C, proporția CDI din totalul cazurilor notificate a continuat să difere pronunțat între țări în 2006, sugerând diferențe geografice în epidemiologia

acestor infecții, deși nu pot fi excluse erori datorită practicilor diferite de testare și raportare.

Prevenirea bolilor infecțioase

Statele membre ale UE folosesc o combinație între următoarele măsuri pentru a reduce răspândirea și consecințele bolilor infecțioase în rândul consumatorilor de droguri: tratamentul pentru consum de droguri, inclusiv tratamentul de substituție (a se vedea capitolul 6), informarea și consilierea în domeniul sănătății, distribuirea unor materiale sterile de injectare, precum și educarea pentru sex protejat și consum în condiții de siguranță. Disponibilitatea și extinderea acestor măsuri variază semnificativ între țări.

Programele pentru ace și seringi și tratamentul de substituție pentru opiacee sunt disponibile în toate statele membre ale UE, Croația și Norvegia, deși cu o diversitate considerabilă atât în ceea ce privește condițiile de acordare, cât și populația vizată. Nivelurile tratamentului de substituție și ale furnizării serviciilor de reducere a riscurilor în Europa au crescut considerabil în ultimul deceniu. Totuși, în anumite țări aceste intervenții rămân limitate și, în general, nevoile încă depășesc oferta în aceste domenii.

Un recent studiu de cohortă din Amsterdam a arătat beneficiile disponibilității combinate ale menținerii cu metadonă și schimbului de seringi, deoarece implicarea ambelor servicii, în comparație cu implicarea unuia singur, a fost asociată unei incidențe mai reduse a infecțiilor cu VHC și HIV în rândul consumatorilor de droguri prin injectare (Van den Berg et al., 2007).

Evaluarea extinderii programelor pentru ace și seringi este dificilă, numai unele țări furnizând date relevante. De exemplu, Republica Cehă raportează o rețea de 90 de unități de acces necondiționat, care se adresează către circa 25 000 de consumatori de droguri pe an, 70 % dintre aceștia prin injectare, și oferă în medie 210 seringi pentru fiecare CDI.

În unele țări sunt raportate creșteri ale numărului de seringi date prin programele pentru ace și seringi: în Estonia, numărul estimat de seringi date fiecărui CDI s-a dublat între 2005 și 2006, ajungând la 112; în aceeași perioadă, programele de schimb pentru seringi din Ungaria au crescut distribuția seringilor cu 56 %, iar numărul pacienților a crescut cu 84 %; și Finlanda continuă să raporteze o creștere a numărului de pacienți consultați și seringi distribuite la centrele de consiliere medicală. Cu toate acestea, nu toate țările au raportat creșteri: în Malta și Slovacia, distribuția de seringi a rămas constantă

⁽¹³³⁾ A se vedea tabelul INF-115 din buletinul statistic 2008.

⁽¹³⁴⁾ A se vedea tabelele INF-105 și INF-106 din buletinul statistic 2008.

în 2006; Polonia a raportat o scădere a numărului de agenții în funcțiune și o reducere cu 15 % a numărului de seringi schimbate; România a raportat o scădere cu 70 % a numărului de seringi schimbate în București, problemele financiare fiind raportate drept principala cauză.

Într-o serie de țări, stabilizarea sau scăderea schimburilor de seringi poate reflecta schimbări în tiparele generale ale consumului de droguri prin injectare și în disponibilitatea tratamentului: în Luxemburg, numărul de seringi distribuite de agențiile de acces necondiționat, după o creștere timp de câțiva ani, s-a stabilizat în 2005 și a scăzut în 2006; scăderi recente ale furnizării de seringi au fost raportate și în Portugalia și Belgia (comunitatea flamandă) și la nivel local în Germania și Țările de Jos.

Serviciile de schimb pentru seringi și serviciile de acces necondiționat pot oferi, de asemenea, o cale spre îngrijire celor cu acces redus la serviciile generice. Aceasta include furnizarea de asistență medicală de bază, precum și măsuri de promovare a sănătății sexuale, precum distribuția de prezervative și lubrifianți și oferirea de educație privind sexul protejat. Furnizarea de servicii de prevenire a bolilor infecțioase prin echipe de intervenție de proximitate sau unități de acces necondiționat există, de asemenea, în majoritatea țărilor, deși serviciile din acest domeniu sunt încă în curs de dezvoltare. De exemplu, o rețea transnațională de prevenire cu acces necondiționat, care va folosi standarde de servicii și protocoale de monitorizare epidemiologică comune, este în prezent înființată în Estonia, Letonia și Lituania.

Serviciile medicale sunt furnizate la clinicile cu acces necondiționat și prin serviciile mobile sau prin programe de trimitere. De exemplu, rețeaua cehă cu acces necondiționat colaborează strâns cu serviciile regionale de sănătate publică pentru a facilita accesul la consiliere, testare și tratament pentru comorbiditate somatică, în special hepatită virală. În Bulgaria, o unitate mobilă de chirurgie din Burgas, la Marea Neagră, a oferit 750 de consultații în 2006. Anumite municipalități daneze au primit fonduri guvernamentale pentru programele de sănătate orientate către cei mai vulnerabili consumatori de droguri. În plus, proiectul „camerei de sănătate” din Copenhaga, care combină măsuri de asistență medicală și de consiliere socială cu o abordare de acces necondiționat, este un program pilot de trei ani înființat în 2008.

Prevenirea hepatitei virale

În 2006, mai multe țări au raportat inițiative de prevenire a răspândirii hepatitei virale. De exemplu, în Luxemburg, în urma rezultatelor unui proiect de acțiune-cercetare, a fost întărită acordarea de consiliere în vederea unui

consum în condiții mai sigure pentru consumatorii de droguri tineri și noi și a fost îmbunătățit accesul gratuit la accesorii pentru injectare în cazul CDI. În Danemarca sunt disponibile din 2006 vaccinări gratuite pentru hepatita A și B pentru consumatorii de droguri și partenerii acestora, iar municipalitățile trebuie în prezent să ofere o gamă cuprinzătoare de servicii legate de bolile infecțioase pentru consumatorii de droguri prin injectare. În fine, în Irlanda, un grup de lucru privind VHC a fost însărcinat în 2007 cu elaborarea unei strategii naționale de supraveghere, educație și tratament.

Penitenciarele sunt medii importante pentru intervenții care vizează bolile infecțioase legate de consumul de droguri și pentru furnizarea de servicii de asistență medicală unei populații altfel greu de contactat (a se vedea capitolul 2). Cercetările recente arată că este important

Vaccinarea pentru hepatita B în rândul consumatorilor de droguri

Transmiterea virusului hepatitei B (VHB) continuă printre CDI din Europa, în rândul cărora ratele de infectare activă cu VHB (prevalența HBsAg) rămân ridicate, în comparație cu populația generală (¹). Vaccinarea este considerată cea mai eficientă măsură de prevenire a virusului hepatitei B (VHB) și a consecințelor acesteia. În conformitate cu recomandarea din 1991 a OMS, cele mai multe, dar nu toate statele membre ale UE, au adoptat vaccinarea universală împotriva acestui virus. Totuși, politicile de vaccinare a nou-născuților vor afecta în cea mai mare parte generațiile viitoare de consumatori de droguri. Pentru a reduce mai repede răspândirea infectării, peste jumătate din statele membre ale UE au adoptat politici de vaccinare care vizează în mod special consumatorii de droguri prin injectare și/sau deținuții. Cu toate acestea, amploarea acestor programe variază între țări, iar o treime din statele membre ale UE încă nu raportează un program de vaccinare destinat consumatorilor de droguri.

Programele de vaccinare care vizează consumatorii de droguri se confruntă adesea cu o conformitate scăzută ce duce la nefinalizarea cursurilor de vaccinare. Dată fiind disponibilitatea unui vaccin sigur și eficient, strategiile de atingere a unor niveluri mai ridicate de imunizare în rândul celor expuși poate implica o abordare flexibilă, vizând consumatorii de droguri la începutul consumului și intervenind în comunitățile cu o prevalență mai ridicată a consumului de droguri. De asemenea, ofertele repetate de vaccinare și dozele suplimentare pentru cei cu răspuns imunitar redus pot contribui la atingerea unor rezultate mai ridicate de imunizare. Aceasta poate necesita ca statele membre ale UE să analizeze și eventual să-și ajusteze politicile pentru a reduce apariția infectării cronice cu VHB și a consecințelor acesteia.

(¹) A se vedea tabelele INF-106 și INF-114 din buletinul statistic 2008.

să se ofere testare virală tuturor celor care au consumat vreodată droguri ilegale și că detectarea infecției cronice cu hepatită C la intrarea în penitenciar este o măsură eficientă (Sutton et al., 2006). În plus față de cei cu infecții și care primesc tratamentul necesar, consumatorii de droguri din penitenciare ar putea beneficia de o serie de intervenții, precum educație medicală și imunizare pentru hepatita B ⁽¹³⁵⁾.

Decese și mortalitate legate de consumul de droguri

Consumul de droguri este una din principalele cauze de probleme de sănătate și deces în rândul tinerilor din Europa. Mortalitatea considerabilă care rezultă în special din consumul de opiacee este ilustrată 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).

Indicatorul cheie al OEDT, „Decesele și mortalitatea legate de droguri în rândul consumatorilor” monitorizează în principal decesele cauzate direct de consumul de droguri (decese induse de droguri) și, într-o măsură mai limitată, mortalitatea în rândul consumatorilor de droguri, care include și decesele asociate cu diverse alte probleme de sănătate și sociale.

Decesele induse de droguri

Definiția OEDT a deceselor induse de droguri ⁽¹³⁶⁾ se referă la acele decese provocate direct (intoxicații sau supradoze) prin consumul unui sau mai multor droguri, atunci când cel puțin una din substanțele prezente este un drog ilegal. Numărul consumatorilor de droguri, tiparele lor de consum (injectare, policonsum) și disponibilitatea serviciilor de tratament și de urgență reprezintă cu toții factori care pot influența numărul total al acestor decese într-o comunitate. În general, decesele legate de consumul de droguri survin la scurt timp după consumul substanței (substanțelor) în cauză.

Îmbunătățirile aduse calității și fiabilității datelor europene din ultimii ani au făcut posibile descrieri mai bune ale tendințelor globale și naționale, iar cele mai multe țări au adoptat în prezent o definiție de caz în conformitate cu cea a OEDT ⁽¹³⁷⁾. Cu toate acestea, diferențele de

calitate a raportării de la o țară la alta impun prudență la realizarea comparațiilor directe.

În perioada 1990-2005, statele membre ale UE au raportat în fiecare an între 6 500 și 8 500 de decese induse de droguri, însumând circa 130 000 de decese. Aceste cifre ar trebui considerate ca o estimare minimă ⁽¹³⁸⁾.

Mortalitatea la nivelul populației cauzată de decesele legate de consumul de droguri variază considerabil de la o țară la alta, de la 3-5 la peste 70 de decese la un milion de locuitori în vârstă de 15-64 de ani (în medie 21 de decese la milion). Rate de peste 20 de decese la milion există în 16 țări europene, iar în cinci țări există rate de peste 40 la milion. În rândul bărbaților cu vârstă între 15 și 39 de ani, ratele de mortalitate sunt de obicei, în cele mai multe țări, de două ori mai mari (în medie 44 de decese la milion în Europa). În 2005-2006, decesele induse de droguri au reprezentat 3,5 % din totalul deceselor în rândul europenilor în vârstă de 15-39 de ani, acestea ridicându-se la peste 7 % în opt țări ⁽¹³⁹⁾ (figura 11).

Există cercetări încă limitate privind morbiditatea și alte consecințe ale supradozelor nefatale și investiții limitate în eforturile de prevenire, în ciuda dovezilor că cifrele pot fi considerabile. Studiile au estimat că ar putea exista 20-25 de supradoze nefatale pentru fiecare supradoză fatală. Deși este dificil de stabilit dacă aceste estimări pot fi aplicate ansamblului Uniunii Europene, s-ar ajunge la o estimare brută de circa 120 000-175 000 de supradoze nefatale pe an.

Decese legate de consumul de opiacee

Heroina

Supradoza de opiacee este una din principalele cauze de deces în rândul tinerilor din Europa, mai ales în rândul bărbaților din mediul urban ⁽¹⁴⁰⁾. Opiaceele, în special heroina sau metabolizii acesteia, sunt prezente în majoritatea cazurilor de decese subite legate de consumul de droguri raportate în Uniunea Europeană, reprezentând între 55 % și aproape 100 % din toate cazurile, peste jumătate din țări raportând procentaje de peste 80 % ⁽¹⁴¹⁾. În rapoartele toxicologice privind decesele atribuite heroinei, deseori sunt găsite alte substanțe care pot să fi jucat un rol. Cele mai frecvent raportate dintre acestea sunt alcoolul, benzodiazepinele, alte opiacee și, în unele țări,

⁽¹³⁵⁾ A se vedea tabelele DUP din buletinul statistic 2008.

⁽¹³⁶⁾ În prezent, a fost adoptat termenul „decese induse de droguri”, deoarece reflectă mai bine definiția de caz utilizată.

⁽¹³⁷⁾ A se vedea detaliile privind informațiile metodologice privind decesele legate de droguri din buletinul statistic 2008.

⁽¹³⁸⁾ A se vedea tabelul DRD-2 (partea i) din buletinul statistic 2008.

⁽¹³⁹⁾ A se vedea tabelul DRD-5 și figura DRD-7 (partea ii) din buletinul statistic 2008.

⁽¹⁴⁰⁾ Întrucât cele mai multe cazuri raportate către OEDT sunt supradoze de opiacee, pentru descrierea cazurilor legate de opiacee sunt folosite caracteristicile generale ale deceselor induse de droguri.

⁽¹⁴¹⁾ A se vedea figura DRD-1 din buletinul statistic 2008.

Mortalitatea legată de droguri: un concept complex

Atât dezbaterile științifice, cât și cele legate de politici în domeniul mortalității legate de droguri, sunt îngreunate de gama de concepte și definiții care au fost utilizate în acest domeniu. Dacă sunt utilizate concepte foarte largi și cuprinzătoare, datele pot fi de prea puțină valoare pentru înțelegerea factorilor subiacenți asociați mortalității legate de droguri. De exemplu, dacă sunt grupate toate decesele cu un control toxicologic pozitiv, vor fi incluse cazuri în care drogurile au avut un rol cauzal direct, un rol indirect sau nu au avut niciun rol.

O altă problemă importantă este legată de substanțele considerate, care pot fi limitate la drogurile ilegale sau pot fi extinse la alte substanțe și medicamente psihoactive. În acest din urmă caz, poate dificil să se distingă decesele care se pot datora în primul rând problemelor de sănătate mintală (de exemplu, sinucidere în contextul depresiei) de cele ce pot fi atribuite consumului substanței. De asemenea, multe decese induse de droguri sunt, de fapt, decese legate de polidependență, iar înțelegerea rolului fiecărui drog poate fi dificilă.

cocaina. Activități recente ale OEDT la care au participat nouă țări au constatat că în rezultatele toxicologice pentru 60 % până la 90 % din decesele induse de opiacee era menționat mai mult de un singur drog. Aceasta sugerează că o proporție substanțială din toate decesele induse de droguri poate fi legată de policonsum.

Bărbații reprezintă majoritatea deceselor prin supradoză de opiacee (60-95 %), cei mai mulți cu o vârstă între 20 și 40 de ani, vârsta medie în cele mai multe țări situându-se în jur de 35 de ani ⁽¹⁴²⁾. În multe țări, vârsta medie a celor care sunt victimele supradozelor crește, sugerând o posibilă stabilizare sau scădere a numărului de tineri consumatori de heroină. Cu toate acestea, în alte părți (Bulgaria, Estonia, România, Austria), un procentaj relativ ridicat de decese prin supradoză se întâlnește în rândul celor sub 25 de ani, ceea ce poate indica în aceste țări o populație mai tânără consumatoare de heroină sau de droguri prin injectare ⁽¹⁴³⁾.

Metadona și buprenorfina

Cercetările arată că tratamentul de substituție reduce riscul unei supradoze fatale. Cu toate acestea, în fiecare an este raportat un număr de decese asociate consumului de medicamente de substituție pentru opiacee, în cea mai

Conceptual, mortalitatea legată de droguri include două componente largi. Prima și cea mai bine documentată se referă la decesele provocate direct de acțiunea unuia sau mai multor droguri. Aceste decese sunt în mod tipic denumite „supradoze”, „intoxicații” sau „decese induse de droguri”. A doua componentă este mai largă și acoperă decesele care nu pot fi atribuite în mod direct acțiunii farmacologice a drogurilor, dar sunt totuși legate de consumul acestora: consecințele pe termen lung ale bolilor infecțioase, interacțiuni cu probleme de sănătate mintală (de exemplu, sinucidere) sau cu alte împrejurări (de exemplu, accidente rutiere). De asemenea, există decese legate de droguri, dar din cauze circumstanțiale (de exemplu, violență legată de traficul de droguri).

Abordarea actuală a OEDT de raportare a mortalității totale legate de droguri se bazează pe estimarea ratelor mortalității în rândul cohortelor de consumatori problematici de droguri. Cu toate acestea, sunt explorate și alte abordări prin care datele din diverse surse pot fi combinate pentru a se estima mortalitatea totală care poate fi atribuită drogurilor într-o comunitate (a se vedea „Mortalitatea globală legată de droguri”, p. 91).

mare parte datorită abuzului sau, într-un număr mic de cazuri, problemelor care apar în cursul tratamentului ⁽¹⁴⁴⁾.

Prezența metadonei într-un procent substanțial din decesele 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. Printre țările care raportează un număr semnificativ de decese cu prezența metadonei se numără Danemarca, Germania, Regatul Unit și Norvegia; alte țări nu au raportat cazuri sau au raportat doar un număr limitat ⁽¹⁴⁵⁾. În Statele Unite, a fost raportată o creștere pronunțată a deceselor legate de metadonă începând cu 1999. Cele mai multe dintre aceste decese pot fi atribuite abuzului de metadonă deturnată din spitale, farmacii, de la medici generaliști și medici specializați în abordarea terapeutică a durerii, doar un număr limitat fiind atribuit metadonei obținute din programele de substituție ⁽¹⁴⁶⁾.

Decesele prin intoxicație cu buprenorfină par să fie puțin frecvente, în ciuda consumului în creștere al acestei substanțe în tratamentul de substituție în multe țări europene. În Franța sunt raportate foarte puține decese, deși numărul de consumatori de droguri care primesc tratament cu buprenorfină este considerabil (76 000-90 000). În Finlanda, totuși, buprenorfina este prezentă în cele mai

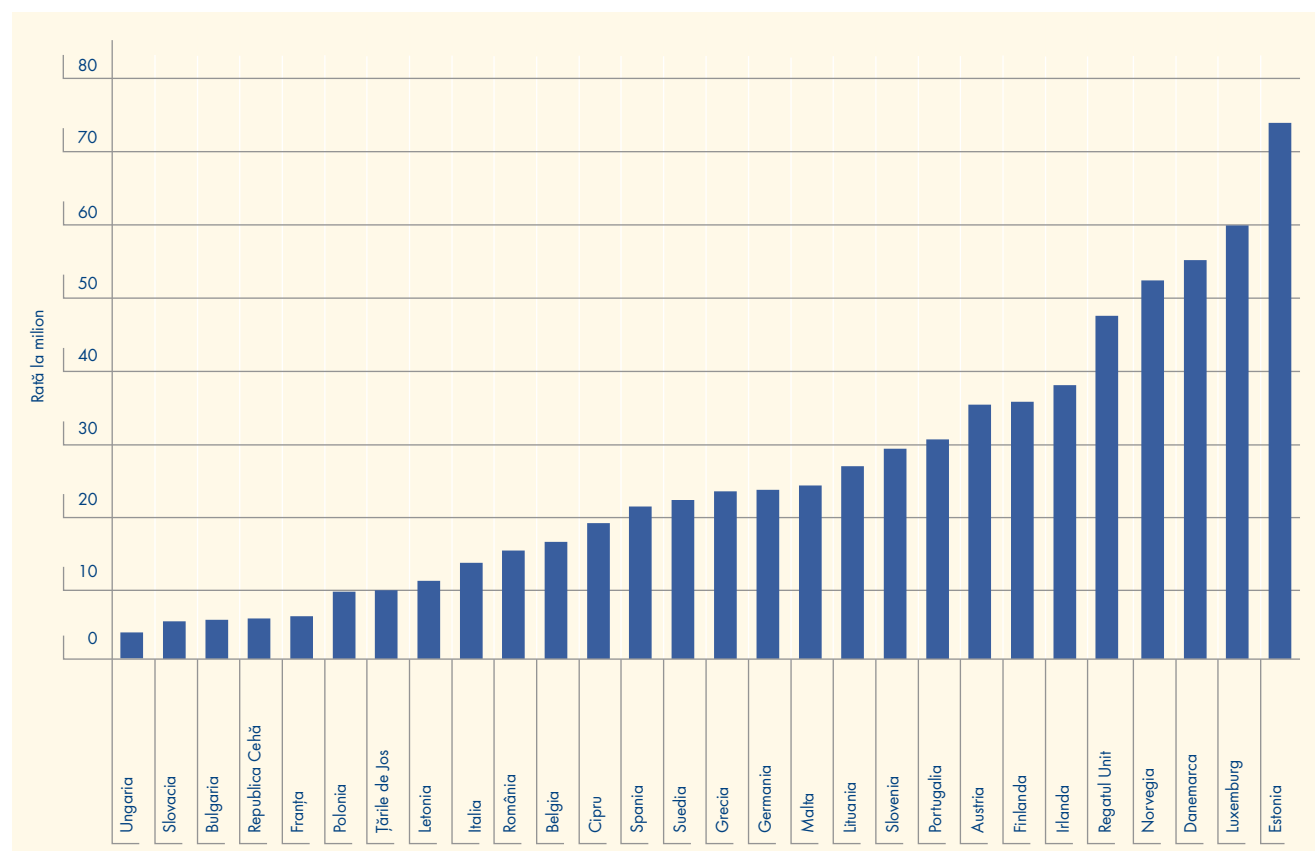
⁽¹⁴²⁾ A se vedea tabelul DRD-1 (partea i) din buletinul statistic 2008.

⁽¹⁴³⁾ A se vedea figurile DRD-2, DRD-3 și DRD-4 din buletinul statistic 2008.

⁽¹⁴⁴⁾ A se vedea „Decese legate de tratamentul de substituție”, p. 90.

⁽¹⁴⁵⁾ A se vedea tabelul DRD-108 din buletinul statistic 2008.

⁽¹⁴⁶⁾ National Drug Intelligence Center, „Methadone diversion, abuse and misuse: deaths increasing at alarming rate”, noiembrie 2007, document 2007-Q0317-001 (<http://www.usdoj.gov/ndic/pubs25/25930/index.htm#Key>).

Figura 11: Rata mortalității în rândul tuturor adulților (15-64 de ani) datorată deceselor induse de droguri

NB: În cazul Republicii Cehe, a fost folosită selecția D 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. Cifrele ratei mortalității se bazează pe numărul populației din 2005 raportate de Eurostat. Comparățiile dintre ratele diferite ale populațiilor trebuie făcute cu precauție, deoarece există diferențe ale definițiilor de caz și ale calității raportării. Pentru intervalele de încredere și pentru alte informații privind datele, a se vedea figura DRD-7 (partea i) din buletinul statistic 2008.

Surse: Rapoartele naționale Reitox 2007, preluate din registrele naționale de mortalitate sau din registre speciale (de criminalistică sau ale poliției) și Eurostat.

multe decese induse de droguri, de obicei în combinație cu sedative sau alcool sau consumată prin injectare ⁽¹⁴⁷⁾.

Fentanilul

În baza constatărilor toxicologice criminalistice post-mortem, a fost raportată recent o epidemie îngrijorătoare de intoxicații fatale cu 3-metilfentanil în Estonia, cu 46 de intoxicații fatale în 2005 și 71 în 2006 (Ojanperä et al., în curs de publicare). De asemenea, constatările preliminare din Estonia arată că 85 de decese din 2004 erau legate de aceeași substanță. De asemenea, au existat rapoarte sporadice privind decese datorate fentanilului în alte țări europene, iar epidemii recente de decese, în general de scurtă durată, au fost raportate în Statele Unite; de exemplu, 350 de decese au fost atribuite fentanilului în Chicago între 2005 și 2007 (Denton et al., 2008). Concentrația foarte ridicată a acestei substanțe poate mări riscul unei supradoze de

drog, aceasta putând fi totodată trecută cu vederea în controlul toxicologic. Prin urmare, producția și consumul ilegal crescut de fentanil sunt de natură a pune la încercare sistemele existente de monitorizare și răspunsurile de sănătate publică.

Decese legate de alte droguri ⁽¹⁴⁸⁾

Decesele induse de cocaină sunt mai dificil de definit și identificat decât cele legate de opiacee (a se vedea extrasul din 2007 privind cocaina). 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 cocainei în aceste decese nu poate fi identificat întotdeauna, iar acestea pot fi raportate ca

⁽¹⁴⁷⁾ A se vedea tabelul DRD-108 din buletinul statistic 2008 și raportul anual 2007 pentru informații suplimentare.

⁽¹⁴⁸⁾ A se vedea tabelul DRD-108 din buletinul statistic 2008.

nefiind legate de cocaină. Interpretarea datelor privind decesele ce pot fi atribuite cocainei este complicată de prezența în multe cazuri a altor substanțe, îngreunând realizarea unor asocieri cauzale.

În 2006, în 14 state membre au fost raportate peste 450 de decese legate de cocaină – deși este probabil că numărul de decese induse de cocaină în Uniunea Europeană este incomplet raportat.

Decesele în care este identificată prezența ecstasy continuă să fie raportate rar. Cele mai multe decese cu „prezență de ecstasy” sunt raportate în Regatul Unit, dar în multe cazuri drogul nu a fost identificat drept cauză directă a decesului.

Deși decesele legate de consumul de amfetamină sunt la rândul lor raportate rar în Europa, în Republica Cehă un număr substanțial de decese induse de droguri a fost atribuit consumului de pervitin (metamfetamină). În Finlanda, au fost raportate 64 de decese în care amfetaminele au fost identificate din punct de vedere toxicologic, deși acest lucru nu implică în mod necesar că drogul a fost cauza directă a decesului.

Tendențe în decesele induse de droguri

Decesele induse de droguri au crescut puternic în Europa în anii '80 și la începutul anilor '90, posibil în paralel cu creșterea consumului de heroină și a consumului de droguri prin injectare, rămânând ulterior la niveluri ridicate ⁽¹⁴⁹⁾. Cu toate acestea, datele din țările cu serii cronologice lungi sugerează tendințe diferențiate: în unele țări (de exemplu, Germania, Spania, Franța, Italia), decesele au avut un vârf la începutul și mijlocul anilor '90, cu o scădere ulterioară; în alte țări (de exemplu, Irlanda, Grecia, Portugalia, Finlanda, Suedia, Norvegia), numărul de decese a avut un vârf în jurul anului 2000, înainte de a începe să scadă; iar în altele (de exemplu, Danemarca, Țările de Jos, Austria, Regatul Unit), a fost observat o tendință de creștere, dar fără un vârf clar ⁽¹⁵⁰⁾.

Tendențele deceselor induse de droguri între 2001 și 2005-2006 sunt mai dificil de descris. În primii ani ai deceniului (2000-2003), multe țări europene au raportat scăderi și, în ansamblu, decesele induse de droguri au scăzut cu 3 % în 2001, 14 % în 2002 și 7 % în 2003 ⁽¹⁵¹⁾. Totuși, în 2004 și 2005 cele mai multe țări europene au raportat mici creșteri. Un număr de factori ar putea fi asociați acesteia, inclusiv: creșteri ale policonsumului, o posibilă creștere a disponibilității heroinei sau o populație în curs de îmbătrânire de consumatori cronici de droguri ⁽¹⁵²⁾.

Decese legate de tratamentul de substituție

Cercetările au demonstrat că riscul de supradoză scade substanțial atunci când consumatorii de heroină sunt în tratament de substituție cu metadonă. De exemplu, un recent studiu de cohortă, care a implicat peste 5 000 de consumatori de heroină, a raportat că riscul decesului prin supradoză scade de nouă ori atunci când consumatorii se află în tratament de substituție, în comparație cu perioada din afara tratamentului, incluzând orice tip de tratament sau lipsa tratamentului (Brugal et al., 2005).

Cu toate acestea, metadona este identificată în rapoartele toxicologice ale anumitor decese. Aceasta nu presupune existența în toate cazurile a unei legături cauzale directe, putând fi prezente alte droguri sau alți factori. Cu toate acestea, decesul prin supradoză poate avea loc, iar printre factorii care pot fi implicați se numără: schimbările în toleranță, dozarea excesivă, consumul necorespunzător de către pacient, precum și consumul drogurilor în alte scopuri decât terapeutice.

Măsurile de prevenire a deturnării metadonei pe piața ilegală au fost legate de reduceri ale numărului de decese legate de metadonă raportate în Regatul Unit (Zador et al., 2006) și, în ansamblu, bunele practici în tratamentul de substituție pot reprezenta o componentă importantă în reducerea riscului de decese legate de metadonă. Prin urmare, atât sănătatea pacienților, cât și cea a comunității, sunt de natură a fi protejate prin îmbunătățirea standardelor de calitate ale tratamentelor, inclusiv a practicilor de prescriere, monitorizării pacienților în primele faze de tratament, monitorizării cu privire la posibile toxicități cardiace, informațiilor privind riscurile consumului altor medicamente sau substanțe psihoactive, precum și a practicilor de administrare, pentru a evita riscul de deturnare.

Expansiunea dramatică a tratamentului cu metadonă în Europa nu a fost reflectată într-o creștere paralelă a deceselor legate de metadonă. Un studiu realizat în Regatul Unit a constatat că, între 1993 și 2004, cantitatea totală de metadonă administrată oral prescrisă a crescut de 3,6 ori, în timp ce numărul de decese legate de metadonă a scăzut de la 226 la 194 (Morgan et al., 2006). Aceasta reprezintă o scădere a ratei deceselor legate de metadonă de la 13 la 1 000 de pacienți-ani în 1993 la 3,1 la 1 000 de pacienți-ani în 2004. Deși ar fi foarte utile studii similare în alte țări, dovezile disponibile sugerează că este probabil ca decesele legate de metadonă să fie legate mai degrabă de deficiențele practicilor de prescriere decât de nivelurile generale ale tratamentului de substituție.

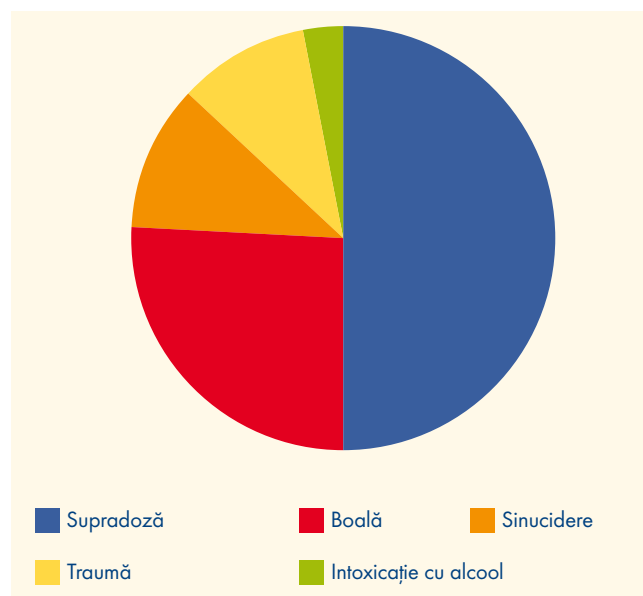
⁽¹⁴⁹⁾ A se vedea figura DRD-8 din buletinul statistic 2008. Din motive istorice, această tendință se referă la UE-15 și Norvegia.

⁽¹⁵⁰⁾ A se vedea figura DRD-11 din buletinul statistic 2008.

⁽¹⁵¹⁾ Cifrele raportate aici diferă de cele raportate în anii anteriori datorită schimbării definiției de caz sau a acoperirii în Danemarca, Spania, Franța și Regatul Unit și a actualizărilor din mai multe țări.

⁽¹⁵²⁾ A se vedea „Indicatorii opiaceelor nu mai scad” p. 75 și tabelul DRD-2 (partea i) și figura DRD-12 din buletinul statistic 2008.

Figura 12: Cauze cunoscute de deces în rândul unei cohorte de consumatori de droguri din Norvegia



NB: Datele provin dintr-un studiu realizat pe un eșantion de 501 de consumatori de droguri admiși pentru tratamentul dependenței în perioada 1981-1991. Până în 2003, s-au înregistrat 189 de decese, din care pentru 14 nu s-a putut stabili cauza.

Sursă: Ødegard, E., Amundsen, E.J. și Kielland, K.B. (2007), „Fatal overdoses and deaths by other causes in a cohort of Norwegian drug abusers: a competing risk approach”, *Drug and Alcohol Dependence* 89, pp. 176-82.

În lipsa datelor pentru unele din țările mai mari, estimările generale ale numărului de decese induse de droguri în 2006 rămân provizorii. Cu toate acestea, datele disponibile din 18 țări sugerează o ușoară scădere în comparație cu 2005.

Numărul de decese induse prin droguri la cei sub 25 de ani a avut o scădere moderată generală în Europa, în timp ce în statele membre care au aderat la Uniunea Europeană începând cu 2004 a existat până recent o creștere a numărului de decese în rândul acestui grup de vârstă ⁽¹⁵³⁾. Cu toate acestea, o creștere a ponderii cazurilor mai tinere a fost observată în ultimii ani în Grecia, Luxemburg și Austria și, în mai mică măsură, în Bulgaria, Letonia și Țările de Jos ⁽¹⁵⁴⁾. Această observație necesită investigații suplimentare, deoarece ar putea indica creșteri ale numărului de tineri care consumă opiacee în aceste țări.

Mortalitatea globală legată de droguri

Conform unui studiu recent, consumatorii de opiacee incluși în programe de tratament în opt locuri (șapte orașe și o țară) din Europa au prezentat o rată foarte ridicată a mortalității în comparație cu omologii lor de aceeași

vârstă (a se vedea OEDT, 2006). Alte studii de cohortă au constatat rate ale mortalității între de 6 ori și de 54 de ori mai mari în rândul consumatorilor de droguri decât în ansamblul populației. Aceste diferențe se datorează în principal supradozelor de droguri, deși sunt importanți și alți factori, iar în anumite țări decesele cauzate de SIDA joacă un rol semnificativ. Darke et al. (2007) enumeră patru categorii largi de decese în cazul consumatorilor de droguri: supradoze (inclusiv intoxicație cu alcool), boală, sinucidere și traumă. Dintre boli, afecțiunile referitoare la virusurile transmisibile prin sânge (HIV, VHC și VHB, a se vedea mai sus), neoplasmale, bolile de ficat și afecțiunile sistemelor circulator și respirator pot fi asociate consumului de droguri. Trauma presupune în cea mai mare parte accidente, omucideri și alte forme de violență.

Un recent studiu de cohortă norvegian asupra consumatorilor de droguri primiți în tratament pentru consumul de droguri a constatat că, dintre cele 189 de decese înregistrate, supradozele reprezentau jumătate din toate decesele unde cauzele erau cunoscute. Bolile, mai ales SIDA și bolile de ficat, au reprezentat încă aproape un sfert, în timp ce sinuciderea și trauma au reprezentat fiecare aproximativ o zecime, iar intoxicațiile cu alcool circa 2 % (figura 12). Ar trebui menționat că procentajul deceselor datorate SIDA poate fi considerabil mai ridicat în țările cu o prevalență ridicată a HIV în rândul consumatorilor de droguri.

Studiile de cohortă sunt un instrument valoros pentru estimarea și înțelegerea mortalității globale legate de consumul de droguri, însă alte abordări pot contribui la o mai bună înțelegere a problemei și la oferirea unei imagini de ansamblu la nivel național. Câteva noi metode din acest domeniu sunt în prezent explorate de OEDT, în strânsă cooperare cu statele membre, în scopul punerii lor în aplicare la nivelul UE. Într-una din aceste abordări, ratele mortalității sunt extrapolate din studiile de cohortă la estimările locale (Bargagli et al., 2005) sau naționale ale consumatorilor problematici de droguri (Cruts et al., 2008). În altă abordare, proporțiile care pot fi atribuite drogurilor, derivate din diverse studii, sunt aplicate cauzelor de deces legate cel mai frecvent de consumului drogurilor (de exemplu, SIDA, accidente, sinucideri și intoxicații) și care sunt înregistrate în registrele generale de stare civilă.

Decese legate indirect de consumul de droguri

Decesele cauzate de SIDA atribuite consumului de droguri prin injectare reprezintă o altă cauză importantă de deces. În baza datelor Eurostat și EuroHIV (rapoarte de sfârșit de an pentru 2005, 2006), se poate estima că în 2003 peste 2 600 de persoane au fost victime ale SIDA datorate

⁽¹⁵³⁾ A se vedea figura DRD-13 (partea i) din buletinul statistic 2008.

⁽¹⁵⁴⁾ A se vedea figura DRD-9 din buletinul statistic 2008.

consumului de droguri ⁽¹⁵⁵⁾. Cele mai multe dintre aceste decese au fost raportate în câteva țări, cu peste 90 % dintre acestea în Spania, Franța, Italia și Portugalia. Mortalitatea produsă de SIDA a avut un vârf la jumătatea anilor '90 și a scăzut substanțial în urma introducerii și extinderii HAART.

Cu excepția Spaniei, Italiei și, în special, a Portugaliei, ratele de mortalitate la nivelul populației cauzate de SIDA datorate consumului injectabil de droguri sunt scăzute. Iar în multe țări mortalitatea prin supradoză este considerabil mai ridicată decât mortalitatea legată de SIDA în rândul consumatorilor de droguri ⁽¹⁵⁶⁾. Numărul de decese din alte cauze (de exemplu, consecințe ale altor boli infecțioase, violență, accidente) este mai dificil de evaluat în prezent și este necesară îmbunătățirea colectării datelor și estimării în acest domeniu (a se vedea secțiunea anterioară).

Sinuciderea pare să fie o cauză frecventă a decesului în rândul consumatorilor 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 mare decât în ansamblul populației.

Reducerea deceselor legate de consumul de droguri

Reducerea numărului de decese legate de consumul de droguri este un obiectiv al celor mai multe strategii naționale în domeniul drogurilor, dar puține țări au adoptat planuri de acțiune sau au furnizat orientări sistematice cu privire la măsurile care trebuie luate. Cu toate acestea, în 2007, departamentul sănătății din Regatul Unit a emis orientări noi privind gestionarea clinică a abuzului și dependenței de droguri, stabilind acțiuni specifice pentru prevenirea deceselor legate de droguri.

Într-un studiu prospectiv pe termen lung din Italia (Davoli et al., 2007), a fost arătată contribuția pe care tratamentul, inclusiv substituția, împreună cu îngrijire psihosocială și psihoterapie, o poate avea la reducerea mortalității în rândul consumatorilor de droguri. Studiul a fost desfășurat în rândul unei cohorte de 10 454 de consumatori de heroină care au apelat la servicii publice de tratament între 1998 și 2001 și a evaluat reținerea la tratament și mortalitatea datorată supradozelor. Riscul decesului în

rândurile cohortei era, în medie, mai ridicat de 10 ori în comparație cu ansamblul populației. Cu toate acestea, în rândul consumatorilor de droguri aflați în tratament, riscul de deces era de patru ori mai mare decât al populației generale, în timp ce cei care renunțaseră la tratament aveau de 20 de ori mai multe șanse să moară.

Difuzarea specifică a informațiilor privind riscurile supradozelor și gestionarea acestora prin pliante, broșuri și postere este larg răspândită în cele mai multe țări. De asemenea, seminariile de formare pentru îmbunătățirea cunoștințelor și aptitudinilor în gestionarea supradozelor sunt raportate în prezent de jumătate din toate statele membre. Această formare se poate adresa consumatorilor de droguri, rudelor și personalului, iar de obicei include informații asupra riscurilor specifice, inclusiv o toleranță scăzută după perioade de abținere, informații asupra efectelor policonsumului de droguri, în special consumul concomitent de alcool, și ale consumului de droguri atunci când nu este prezentă altă persoană, precum și calificări de prim ajutor. În Italia, o combinație între instruirea de răspuns la supradoză și administrarea la domiciliu a naloxonei este raportată ca fiind utilizată în jumătate din departamentele de îngrijire pentru dependență aflate în coordonarea serviciului de sănătate publică.

Monitorizarea proactivă a bunăstării psihosociale a consumatorilor de droguri, inclusiv a celor aflați în tratament de substituție, poate avea importanță, deoarece supradozele de droguri sunt de multe ori declanșate de evenimente medicale sau sociale anterioare, iar proporția supradozelor intenționate poate fi ridicată (Oliver et al., 2007).

În multe țări, o provocare suplimentară este reprezentată de faptul că serviciile de asistență medicală și sociale se confruntă cu o populație în curs de îmbătrânire de consumatori de droguri pe termen lung, care poate fi mai vulnerabilă atât la supradoze de droguri, cât și la o serie de consecințe negative asupra sănătății. În special consumatorii de droguri prin injectare pot suferi de niveluri foarte ridicate de boli somatice, în special infecții cronice ale ficatului, care le sporesc vulnerabilitatea.

⁽¹⁵⁵⁾ Anul 2003 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, cifrelor și calculelor, a se vedea tabelul DRD-5 din buletinul statistic 2008.

⁽¹⁵⁶⁾ A se vedea figura DRD-7 (partea ii) din buletinul statistic 2008.

Riscul crescut de deces indus de droguri la terminarea pedepselor cu închisoarea sau a tratamentului

Riscul decesului indus de droguri în perioada imediat următoare eliberării din penitenciar sau în cazul unei recidive după tratament este substanțial mai ridicat, conform studiilor realizate în Europa și în restul lumii.

Un studiu recent realizat în Regatul Unit (Anglia și Țara Galilor) a comparat înregistrările a aproape 49 000 de deținuți eliberați în perioada 1998-2000 cu toate decesele înregistrate până în noiembrie 2003 (Farrell și Marsden, 2008). Din cele 442 de decese înregistrate în rândul eșantionului în această perioadă, majoritatea (59 %) au fost legate de droguri. În anul următor eliberării, rata mortalității induse de droguri a fost de 5,2 la 1 000 de bărbați și 5,9 la 1 000 de femei. În perioada imediat următoare eliberării, ratele anticipate au fost depășite de peste 10 ori pentru femei și de peste opt ori pentru bărbați. Toate decesele în rândul femeilor și 95 % din decesele în rândul bărbaților în cursul primelor 2 săptămâni în afara penitenciarului au fost legate

de droguri și au putut fi atribuite supradozelor de droguri sau, mai general, problemelor legate de consumul de substanțe. Înregistrările medico-legale au citat rolul opiaceelor în 95 % din decesele induse de droguri, al benzodiazepinelor în 20 %, al cocainei în 14 %, iar al antidepressivelor triciclice în 10 % din cazuri.

Studiul VEdette din Italia (Davoli et al., 2007) a observat o rată a deceselor prin supradoză de 1 la 1 000 în rândul consumatorilor de heroină și 23 la 1 000 în prima lună după tratament, corespunzând unui risc de deces prin supradoză de 27 de ori mai mare în prima lună după tratament, după ajustarea cu privire la alți factori.

În ciuda conexiunii observate între decesele induse de droguri și eliberarea din penitenciar sau terminarea tratamentului, puține țări investesc în mod sistematic în educarea deținuților sau a celor aflați în tratament cu privire la riscul supradozei. Continuitatea îngrijirii și reabilitarea consumatorilor de droguri care sunt eliberați din penitenciar sunt, de asemenea, insuficient dezvoltate în multe țări. Îmbunătățirile din aceste două domenii ar putea reprezenta oportunități valoroase pentru prevenirea deceselor legate de droguri.

Capitolul 8

Droguri noi și tendințe emergente

Introducere

Consumul unor substanțe psihoactive noi poate avea implicații importante de sănătate și politică publică, dar monitorizarea tendințelor emergente este o provocare considerabilă. Noile tipare ale consumului de droguri sunt dificil de detectat, deoarece, în mod tipic, ele 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 tip de comportament, iar dificultățile metodologice ridicate de monitorizarea acestui tip de consum de droguri sunt considerabile. Cu toate acestea, importanța identificării noilor amenințări potențiale este larg recunoscută și, drept răspuns direct la aceasta, Uniunea Europeană, prin Directiva Consiliului privind noile substanțe psihoactive, a elaborat un sistem de avertizare timpurie care furnizează un mecanism de răspuns rapid în cazul apariției unor noi substanțe psihoactive pe scena europeană a 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 noile substanțe psihoactive

Decizia Consiliului privind noile substanțe psihoactive ⁽¹⁵⁷⁾ stabilește un mecanism pentru schimbul rapid de informații asupra noilor substanțe psihoactive care ar putea reprezenta un risc pentru sănătatea publică și pentru societate. De asemenea, aceasta prevede o evaluare a riscurilor asociate cu aceste substanțe noi, pentru ca măsurile aplicabile în statele membre pentru controlul substanțelor narcotice și psihotrope să poată fi aplicate și noilor substanțe. În mai 2007, Comitetul științific extins al OEDT a realizat o evaluare a riscurilor unei noi substanțe psihoactive, BZP (1-benzilpiperazină) și a fost transmis un raport Consiliului și Comisiei Europene ⁽¹⁵⁸⁾. Evaluarea riscurilor a concluzionat că, datorită proprietăților sale

stimulatoare, riscului asupra sănătății și lipsei beneficiilor medicale, era necesară controlarea BZP, dar măsurile de control ar trebui să corespundă riscului relativ scăzut reprezentat de substanță. În martie 2008, Consiliul a adoptat o decizie de definire a BZP ca substanță psihoactivă nouă care trebuie supusă măsurilor de control și dispozițiilor penale. Statele membre au la dispoziție un an pentru a lua măsurile necesare, în conformitate cu legislația națională a acestora, în vederea supunerii BZP unor măsuri de control proporționale cu riscurile substanței și dispozițiilor penale, astfel cum se prevede în temeiul legislației acestora, în conformitate cu obligațiile acestora în temeiul Convenției ONU din 1971 privind substanțele psihotrope.

În martie 2007, OEDT și Europol au raportat Comisiei cu privire la monitorizarea activă a mCPP[(1-3-clorfenil) piperazină] ⁽¹⁵⁹⁾. Acest raport a fost elaborat doar în scop informativ și a concluzionat că „este improbabil ca mCPP să se consolideze ca drog recreațional de sine stătător” datorită proprietăților sale psihoactive neclare și anumitor efecte adverse. Deoarece se pare că mCPP nu-i atrage în mod special pe consumatori, este probabil ca piața din Uniunea Europeană să fie condusă mai mult de ofertă decât de cerere.

În 2007, în total 15 noi substanțe psihoactive au fost notificate pentru prima dată către OEDT și Europol prin sistemul de avertizare timpurie. Grupul de noi substanțe notificate este divers și, în afara noilor droguri sintetice, include produse medicamentoase și substanțe de origine naturală. Nouă din compușii nou raportați au fost droguri sintetice similare celor enumerate în listele I și II din Convenția ONU din 1971 privind substanțele psihotrope. Printre aceștia s-au numărat substanțe din grupuri chimice cunoscute, precum feniletilaminele, triptaminele și piperazinele, precum și substanțe cu o compoziție chimică mai puțin obișnuită. Grupul este egal împărțit între substanțele care au efecte halucinogene pronunțate și cele care au mai ales proprietăți stimulatoare.

⁽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/publications/risk-assessments/bzp>

⁽¹⁵⁹⁾ <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index16775EW.html>

Substanțe noi sub control

Din ianuarie 2006, 12 țări au raportat adăugiri sau modificări ale listelor de substanțe controlate ale acestora. mCPP [1-(3-clorfenil)piperazină] a fost adăugat pe lista substanțelor controlate în șase țări (Belgia, Germania, Lituania, Ungaria, Malta, Slovacia) și BZP (1-benzilpiperazină) a fost adăugat în patru țări (Estonia, Italia, Lituania, Malta). Dintre aceste substanțe, mCPP a fost monitorizat în mod activ de OEDT și Europol, iar BZP a făcut obiectul unei evaluări a riscului în 2007. Printre alte substanțe aduse sub control în această perioadă se numără halucinogenele DOC (4-clor-2,5-dimetoxiamfetamină), DOI (4-iod-2,5-dimetoxiamfetamină) și bromo-dragonfly (brom-benzodifuranil-isopropilamină) în Danemarca și Suedia, precum și ketamina în Estonia.

De asemenea, sunt controlate diverse plante cu proprietăți psihoactive. În acest sens, Belgia și-a restructurat legislația privind substanțele psihotrope pentru a include o nouă categorie care enumeră plante sau părți de plante aflate sub control, nu doar ingredientele psihoactive ale acestora. Printre plantele introduse pe listă sunt khat (qat, *Catha edulis*) și *Salvia divinorum*. Khat este în prezent controlat de 11 țări din Europa (o evaluare a riscului din 2005 în Regatul Unit a făcut recomandări împotriva controlului). În 2006, Suedia a adăugat salvinorina-A, principiul activ principal al *Salvia divinorum*, pe lista sa; planta a fost pusă sub control și în Germania în 2008. În aceeași perioadă, *Tabernanthe iboga* a fost adăugată pe lista de substanțe controlate în Franța, după controlarea legală a ingredientului activ, ibogaina, în Belgia, Danemarca și Suedia. În fine, drept răspuns la decesele asociate cu ciupercile halucinogene, Irlanda și Țările de Jos au trecut la închiderea porțișelor legale anterioare care permisese vânzarea și deținerea de ciuperci proaspete care conțin psilocină; în Irlanda legea a intrat în vigoare în ianuarie 2006, în timp ce în Țările de Jos legea era în parlament în momentul redactării prezentului raport.

Pentru informații suplimentare, o listă a substanțelor controlate în UE și Norvegia este prezentată în „Tabelul de substanțe și clasificări” din baza de date legislativă europeană privind drogurile (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/legal-reports>).

Pentru prima dată, în 2007, trei substanțe de origine naturală au fost raportate prin intermediul mecanismului de schimb de informații; printre acestea, *Salvia divinorum*, o plantă cu puternice proprietăți psihoactive ⁽¹⁶⁰⁾.

Internetul – o piață pentru substanțele psihoactive

Internetul oferă o perspectivă asupra lumii consumatorului de droguri prin intermediul forumurilor online și al camerelor de chat, precum și prin site-urile web ale magazinelor online care vând substanțe psihoactive alternative la substanțele controlate. Informațiile disponibile

pot oferi o perspectivă asupra diverselor aspecte ale pieței online a drogurilor, de exemplu, privind metodele de lucru ale magazinelor online, modul în care răspund la cererile consumatorilor și tendințele noi în rândul tinerilor. Pentru a identifica evoluțiile actuale de pe piața online a drogurilor, OEDT a desfășurat un studiu succint la începutul anului 2008, care a cuprins 25 de magazine online. Rezultatele acestui studiu sunt prezentate mai jos.

Magazine online

Se raportează existența unui număr sporit de magazine online care vând substanțe psihoactive alternative la drogurile controlate, precum LSD, ecstasy, cannabis și opiacee. Deși substanțele oferite spre vânzare de magazinele online sunt deseori numite „droguri legale” sau „droguri din plante”, în unele țări europene aceste droguri sunt reglementate de aceleași legi ca și drogurile controlate și pot atrage aceleași pedepse.

În Uniunea Europeană, majoritatea magazinelor online identificate în studiul succint au sediul în Regatul Unit și în Țările de Jos și, în mai mică măsură, în Germania și Austria. Magazinele online se specializează deseori în anumite tipuri de produse legate de droguri, de exemplu, unele vând mai ales accesorii legate de droguri, altele se specializează în ciuperci halucinogene sau „pilule pentru petreceri”, în timp ce alte comercializează o gamă largă de substanțe din plante, semisintetice și sintetice.

Magazinele online din Europa oferă peste 200 de produse psihoactive. Cele mai frecvente „droguri legale” sunt *Salvia divinorum*, kratom (*Mitragyna speciosa*),

Metodologia de studiu pe internet

Pentru a se obține un tablou la zi, în ianuarie 2008 au fost realizate căutări pe internet utilizând cuvinte cheie multilingve și motorul de căutare Google (<http://www.google.com>). În total, au fost identificate 68 de magazine online din UE care vindeau diferite tipuri de „droguri legale”. Acestea au fost stratificate după țara de origine. Pentru identificarea țării de origine au fost folosite codurile de domenii ale țărilor din UE (de exemplu, ES, FR, DE) sau alte indicii asupra sediului în UE (de exemplu, adresa de contact). Peste jumătate din magazine (52 %) erau situate în Regatul Unit, 37 % în Țările de Jos, 6 % în Germania, 4 % în Austria, iar 1 % în alte țări (de exemplu, Irlanda, Polonia). Un eșantion aleator de 25 de magazine online a fost selectat pentru o analiză detaliată. Frațiunile de eșantion din fiecare strat (țară de origine) au fost proporționale celor din eșantionul total de magazine online). Magazinele online care vindeau exclusiv distribuitorilor, nu consumatorilor, au fost excluse, precum și cele care vindeau doar ciuperci halucinogene.

⁽¹⁶⁰⁾ A se vedea „Substanțe noi sub control”.

Argyreia nervosa, ciupercile halucinogene (OEDT, 2006) și diverse „pilule pentru petreceri”.

Substanțele oferite spre vânzare sunt prezentate ca având efecte similare celor ale drogurilor controlate. Atât *Salvia divinorum*, cât și *Argyreia nervosa*, împreună cu mai puțin oferita *Ipomoea violacea* sunt descrise ca producând efecte halucinogene similare celor ale LSD. Kratom este adesea comercializat ca substitut pentru opiacee, diverse preparate sunt oferite ca alternative la cannabis, iar „pilulele pentru petreceri” sunt vândute ca alternative la MDMA. „Pilulele pentru petreceri” oferite pot conține materiale din plante sau substanțe semisintetice sau sintetice. Ingredientul principal al „pilulelor pentru petreceri” sintetice este adesea benzilpiperazina (BZP), deși magazinele online par să aibă înlocuitori pentru momentul în care BZP va face obiectul măsurilor de control în statele membre ale UE. Prețurile afișate ale substanțelor oferite variază între 1 EUR și 11 EUR pentru echivalentul unei doze.

GHB și precursorul său, GBL: monitorizare

În Europa, acidul gama-hidroxibutiric (GHB) a fost sub supraveghere din 2000, când a fost realizată o evaluare a riscului substanței în condițiile acțiunii comune din 1997 privind noile droguri sintetice (OEDT, 2002). Adăugarea GHB la Lista IV a Convenției ONU din 1971 privind substanțele psihotrope, în martie 2001, a obligat toate statele membre ale UE să controleze drogul în temeiul legislației acestora privind substanțele psihotrope, iar controalele noi au redus rapid vânzările libere anterioare ale GHB.

GHB este prezent în mod natural în corpul uman, dar este folosit și ca medicament și ca drog recreațional. Consumul nemedical de GHB a apărut pe scena de noapte în anumite părți ale Europei, SUA și Australiei în cursul anilor '90, în special în cluburi de noapte în care erau utilizate frecvent și multe alte droguri. Au apărut rapid preocupări cu privire la riscurile de sănătate asociate consumului său. În special, au apărut neliniști cu privire la posibilitatea adăugării pe ascuns a GHB în băuturi (practică denumită în mod obișnuit „amestecarea băuturilor cu droguri”) pentru a facilita abuzurile sexuale. Cu toate acestea, nu există dovezi criminalistice în acest sens, iar obținerea acestora este dificilă, datorită intervalului îngust de detectare a GHB în fluidele corporale. Cu toate acestea, este posibil ca asocierea GHB cu abuzul sexual facilitat de droguri să fi contribuit la o imagine relativ negativă a substanței (OEDT, 2008c).

GBL

În prezent, există preocupări privind raportarea consumului de gama-butirolactonă (GBL), un precursor al GHB, care nu este prezent pe listele convențiilor ONU privind controlul drogurilor. GBL se transformă rapid în corp în GHB și în prezent nu există teste toxicologice disponibile pentru a se determina care din aceste două substanțe a fost consumată

GHB este ușor de fabricat din GBL și 1,4-butanediol (1,4-BD), care sunt folosiți în mod uzual și legal în multe sectoare industriale (de exemplu, produse chimice, mase plastice, produse farmaceutice), fiind astfel disponibili de la furnizori comerciali. Existența GBL în comerț are potențialul de a pune această substanță la dispoziția traficantilor de droguri și consumatorilor la niveluri de preț și risc mult mai scăzute decât cele prezente în mod normal pe piața drogurilor ilegale din Uniunea Europeană. De exemplu, prețul mediu al unei doze de 1 gram de GBL cumpărat în vrac pe internet variază de la 0,09 EUR la 2 EUR.

Riscuri pentru sănătate

Atât GHB, cât și GBL au o curbă abruptă a raportului dintre doză și răspuns, cu o instalare rapidă a simptomelor, ceea ce sporește rapid riscurile asociate consumului ilegal. Grețurile, vărsăturile și diversele grade de afectare a cunoștinței sunt principalele efecte adverse în cele mai multe cazuri raportate de intoxicație cu GHB. Cu toate acestea, prezența frecventă a altor droguri poate complica tabloul clinic. Un studiu olandez asupra a 72 de consumatori de GHB a raportat că cei mai mulți și-au pierdut cunoștința cel puțin o dată din cauza GHB, iar unii în mod frecvent (Korf et al., 2002). Într-o anchetă asupra consumatorilor de GHB și GBL în Regatul Unit, reacțiile adverse au fost raportate mai frecvent în cluburi decât în locuințe private (Sumnall et al., 2008). În Londra și Barcelona, pacienții pentru intoxicațiile cu GHB au fost descriși ca fiind în principal bărbați tineri, majoritatea la sfârșit de săptămână, de obicei cu consum concomitent de alcool sau droguri ilegale (Miro et al., 2002; Wood et al., 2008).

Intoxicațiile și urgențele asociate cu GHB au fost raportate în literatura de specialitate și către OEDT începând cu sfârșitul anilor '90, deși nu în mod sistematic, în Belgia, Danemarca, Spania, Luxemburg, Țările de Jos, Finlanda, Suedia, Regatul Unit și Norvegia. Deși GHB este asociat doar cu o proporție foarte mică din totalul urgențelor de intoxicație cu droguri care necesită servicii de urgență spitalicești sau de ambulanță, cifrele par a fi crescut din 2000. În Amsterdam, în 2006, procentajul cererilor de asistență de urgență care au necesitat transportarea la

spital a fost mai ridicat pentru cazurile legate de GHB/GBL decât pentru cele implicând alte droguri.

În Regatul Unit, un departament de urgență al unui spital din Londra – cu o zonă de deservire care include cluburi de noapte care se adresează în mod obișnuit, dar nu exclusiv, scenei cluburilor gay – a înregistrat un total de 158 de prezentări pentru GHB și GBL în 2006. Deși cei mai mulți dintre pacienți au raportat consumul de GHB, analiza chimică a eșantioanelor colectate din cluburile de noapte din aceeași zonă în aceeași perioadă a constatat că peste jumătate din eșantioane conțineau GBL, nu GHB. Aceasta sugerează faptul că GBL poate fi consumat în mai mare măsură decât se credea anterior (Wood et al., 2008).

Datorită eliminării sale rapide din corp, este dificil de stabilit GHB/GBL drept cauză a intoxicației sau decesului. De asemenea, nu există un sistem precis și comparabil de înregistrare a numărului de decese și urgențe nefatale legate de consumul GHB și al precursorilor săi.

Reacții

Unele state membre (Italia, Letonia, Suedia) au ales să controleze GBL (sau GBL și celălalt precursor, 1,4-BD) în cadrul legislației privind controlul drogurilor sau legislației echivalente, iar în Regatul Unit sunt discuții privind controale suplimentare. În conformitate cu legislația comunitară privind controlul precursorilor, GBL și 1,4-BD sunt incluși în lista substanțelor necontrolate pentru care în statele membre există măsuri voluntare de monitorizare pentru evitarea deturnării acestora de la utilizările industriale legale.

Proiectele naționale și comunitare privind drogurile care vizează localurile de noapte oferă în mod curent intervenții pentru prevenirea și reducerea riscurilor, drept răspuns la consumul de GHB/GBL. Aceste intervenții constau de obicei în formarea personalului și difuzarea informațiilor cu privire la riscurile consumului GHB și altor droguri. Aceste intervenții au loc adesea împreună cu alte intervenții legate de „drogurile de club” și consumul combinațiilor de alcool și droguri (OEDT, 2008e).



Bibliografie

- 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.
- Brugal, M.T., Domingo-Salvany, A., Puig, R., et al. (2005), „Evaluating the impact of methadone maintenance programmes on mortality due to overdose and aids in a cohort of heroin users in Spain”, *Addiction* 100, pp. 981-9.
- Cameron, L. și Williams, J. (2001), „Cannabis, alcohol and cigarettes: substitutes or complements?”, *Economic Record* 77, pp. 19-34.
- CCC (2007), *Customs and drugs report 2006*, Consiliul pentru Cooperare Vamală, Bruxelles.
- 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.
- Coggans, N. (2006), „Drug education and prevention: has progress been made?”, *Drugs: Education, Prevention and Policy* 13, pp. 417-22.
- Comisia Europeană (2007a), „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.
- Comisia Europeană (2007b), *Friendship, fun and risk behaviours in nightlife recreational contexts in Europe*, Direcția Sănătate și Protecția Consumatorilor.
- Connock, M., Juarez-Garcia, A., Jowett, S., et al. (2007), „Methadone and buprenorphine for the management of opioid dependence: a systematic review and economic evaluation”, *Health Technology Assessment* 11(9).
- Copeland, A.L. și Sorensen, J.L. (2001), „Differences between methamphetamine users and cocaine users in treatment”, *Drug and Alcohol Dependence* 62, pp. 91-5.
- Cruts, G., Buster, M., Vicente, J., Deerenberg, I. și Van Laar, M. (2008), „Estimating the total mortality among problem drug users”, *Substance Use and Misuse* 43, pp. 733-47.
- Currie, C., et al. (editori) (2008), „Inequalities in young people's health: international report from the HBSC 2005/06 survey”, *WHO Policy Series: Health policy for children and adolescents*, Issue 5, Biroul regional pentru Europa al Organizației Mondiale a Sănătății, Copenhaga.
- Daly, M. (2007), „Plant warfare”, *Druglink* 22(2), martie-aprilie.
- Darke, S. și Ross, J. (2002), „Suicide among heroin users: rates, risk factors and methods”, *Addiction* 97, pp. 1383-94.
- Darke, S., Degenhardt, L. și Mattick, R. (2007), *Mortality amongst illicit drug users: epidemiology, causes and intervention*, Cambridge University Press, Cambridge.
- 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.
- De la Fuente, L., Brugal, M.T., Domingo-Salvany, A., et al. (2006), „Más de treinta años de drogas ilegales en España: una amarga historia con algunos consejos para el futuro”, *Revista Española de Salud Pública* 80, pp. 505-20.
- DeFuentes-Merillas, L. și De Jong, C.A.J. (2008), „Is belonen effectief? Community reinforcement approach + vouchers: resultaten van een gerandomiseerde, multi-centre studie”, NISPA, Nijmegen.
- Denton, J.S., Donoghue, E.R., McReynolds, J. și Kalelkar, M.B. (2008), „An epidemic of illicit fentanyl deaths in Cook County, Illinois: September 2005 through April 2007”, *Journal of Forensic Science* 53, pp. 452-4.
- Dolan, K.A., Shearer, J., MacDonald, M., et al. (2003), „A randomised controlled trial of methadone maintenance treatment versus wait list control in an Australian prison system”, *Drug and Alcohol Dependence* 72, pp. 59-65.
- Donoghoe, M.C., Bollerup, A.R., Lazarus, J.V., Nielsen, S. și Matic, S. (2007), „Access to highly active antiretroviral therapy (HAART) for injecting drug users in the WHO European Region 2002-2004”, *International Journal of Drug Policy* 18, pp. 271-80.
- ECDC (2007), *The first European communicable disease epidemiological report*, Centrul European de Prevenire și Control al Bolilor, Stockholm.
- Europol (2007a), *The production and trafficking of synthetic drugs, related precursors and equipment: a European Union perspective*, Proiectul SYN2007076, Haga.
- Europol (2007b), *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 drug users newly released from prison or treatment”, *Addiction* 103, pp. 251-5.
- Farrelly, M.C., Bray, J.W., Zarkin, G.A. și Wendling, B.W. (2001), „The joint demand for cigarettes and marijuana: evidence from the National household surveys on drug abuse”, *Journal of Health Economics* 20, pp. 51-68.

- Gorman, D.M., Conde, E. și Huber, J.C. (2007), „The creation of evidence in „evidence-based” drug prevention: a critique of the strengthening families program plus life skills training evaluation”, *Drug and Alcohol Review* 26, pp. 585-93.
- Gossop, M., Manning, V. și Ridge, G. (2006), „Concurrent use and order or use of cocaine and alcohol: behavioural differences between users of crack cocaine and cocaine powder”, *Addiction* 101, pp. 1292-8.
- Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D., și Treacy, S. (2002), „Change and stability of change after treatment of drug misuse: 2-year outcomes from the National Treatment Outcome Research Study (UK)”, *Addictive Behaviors* 27, pp. 155-66.
- Griffiths, P., Mravcik, V., Lopez, D. și Klempova, D. (2008), „Quite a lot of smoke but very limited fire: the use of methamphetamine in Europe”, *Drug and Alcohol Review* 27, pp. 236-42.
- Hough, M., Warburton, H., Few, B., et al. (2003), *A growing market: the domestic cultivation of cannabis*, Joseph Rowntree Foundation, York (<http://www.jrf.org.uk/bookshop/eBooks/1859350852.pdf>).
- Hubbard, R.L., Craddock, S.G. și Anderson, J. (2003), „Overview of 5-year follow up outcomes in the drug abuse treatment outcome studies (DATOS)”, *Journal of Substance Abuse Treatment* 25, pp. 125-34.
- INCB (2008a), *Report of the International Narcotics Control Board for 2007*, Biroul Organizației Națiunilor Unite pentru controlul narcoticelor, New York.
- INCB (2008b), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances 2007*, Biroul Organizației Națiunilor Unite pentru controlul narcoticelor, New York.
- Jansen, A.C.M. (2002), *The economics of cannabis-cultivation in Europe*, prezentată la doua Conferință europeană privind traficul de droguri și aplicarea legii, Paris, 26/27 septembrie 2002 (<http://www.cedro-uva.org/lib/jansen.economics.html>).
- Kastelic, A., Pont, J. și Stöver, H. (2008), *Opioid substitution treatment in custodial settings: a practical guide*, BIS Verlag der Carl von Ossietzky Universität, Oldenburg (disponibil la: <http://www.archido.de/>).
- Korf, D., Nabben, T. și Benschop, A. (2002), *GHB: Tussen en narcose*, Rozenberg, Amsterdam.
- Mathers, M., Toumbourou, J.W., Catalano, R.F., Williams, J. și Patton, G.C. (2006), „Consequences of youth tobacco use: a review of prospective behavioural studies”, *Addiction* 101, pp. 948-58.
- Matrix Research and Consultancy and Institute for Criminal Policy Research, Kings College (2007), *Evaluation of drug interventions programme pilots for children and young people: arrest referral, drug testing and drug treatment and testing requirements*, Home Office (<http://drugs.homeoffice.gov.uk/publication-search/young-people/OLR0707>).
- Mattick, R.P., Kimber, J., Breen, C. și Davoli, M. (2008), „Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2.
- Mayet, S., Farrell, M., Ferri, M., Amato, L. și Davoli, M. (2004), „Psychosocial treatment for opiate abuse and dependence”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4.
- Miro, O., Nogue, S., Espinosa, G., To-Figueras, J. și Sanchez, M. (2002), „Trends in illicit drug emergencies: the emerging role of gamma-hydroxybutyrate”, *Journal of Toxicology: Clinical Toxicology* 40, 129-35.
- Morgan, O., Griffiths, C. și Hickman, M. (2006), „Association between availability of heroin and methadone and fatal poisoning in England and Wales 1993-2004”, *International Journal of Epidemiology* 35, pp. 1579-85.
- Myrick, H., Malcolm, R., Taylor, B. și LaRowe, S. (2004), „Modafinil: preclinical, clinical, and post-marketing surveillance: a review of abuse liability issues”, *Annals of Clinical Psychiatry* 16, pp. 101-9.
- NICE (2007), *Drug misuse: psychosocial interventions*, Clinical Guideline 51, National Institute for 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.
- Ødegard, E., Amundsen, E.J. și Kielland, K.B. (2007), „Fatal overdoses and deaths by other causes in a cohort of Norwegian drug abusers: a competing risk approach”, *Drug and Alcohol Dependence* 89, pp. 176-82.
- 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 (2006), *Raport anual 2006: situația drogurilor în Europa*, Observatorul European pentru Droguri și Toxicomanie, Lisabona.
- OEDT (2007a), *Raport anual 2007: situația drogurilor în Europa*, 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 (2008a), „A cannabis reader: global issues and local experiences”, *Monograph* nr. 8, Observatorul European pentru Droguri și Toxicomanie, Lisabona.
- OEDT (2008b), „Assessing illicit drugs in wastewater: potential and limitations of a new monitoring approach”, *Insights* nr. 8, Observatorul European pentru Droguri și Toxicomanie, Lisabona.
- OEDT (2008c), *Sexual assaults facilitated by drugs or alcohol*, Observatorul European pentru Droguri și Toxicomanie, Lisabona (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/technical-datasheets/dfs>).
- OEDT (2008d), *Towards a better understanding of public expenditure in Europe*, extras OEDT 2008, Observatorul European pentru Droguri și Toxicomanie, Lisabona.
- OEDT (2008e), *GHB and its precursor GBL: an emerging trend case study*, Observatorul European pentru Droguri și Toxicomanie, Lisabona (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/thematic-papers/ghb>).
- OEDT (2008f), *Preventing later substance abuse disorders in identified individuals during childhood and adolescence: review and analysis of international literature on the theory and evidence base of indicated*

prevention, Observatorul European pentru Droguri și Toxicomanie, Lisabona.

Ojanperä, I., Gergov, M., Liiv, M., Riikoja, A. și Vuori, E. (în curs de publicare), „An epidemic of fatal 3-methylfentanyl poisoning in Estonia”, *International Journal of Legal Medicine* (DOI 10.1007/s00414-008-0230-x).

Oliver, P., Horspool, H., Rowse, G., et al. (2007), „A psychological autopsy study of non-deliberate fatal opiate-related overdose”, *Research briefing 24*, National Treatment Agency for Substance Misuse, Londra.

ONUDC (2007a), *2007 World drug report*, Biroul Organizației Națiunilor Unite de luptă împotriva drogurilor și a criminalității, Viena.

ONUDC (2007b), *Cocaine trafficking in West Africa: the threat to stability and development*, Biroul Organizației Națiunilor de luptă împotriva drogurilor și a criminalității, Viena (disponibil la: <http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/Studies-on-Drugs-and-Crime.html>).

ONUDC (2008), *2008 World drug report*, Biroul Organizației Națiunilor Unite de luptă împotriva drogurilor și a criminalității, Viena.

ONUDC 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.

Petrie, J., Bunn, F. și Byrne, G. (2007), „Parenting programmes for preventing tobacco, alcohol or drugs misuse in children <18: a systematic review”, *Health Education Research* 22, pp. 177-91.

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.

Rapoarte naționale Reitox (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/national-reports>).

Rawson, R., Huber, A., Brethen, P., et al. (2000), „Methamphetamine and cocaine users: differences in characteristics and treatment retention”, *Journal of Psychoactive Drugs* 32, pp. 233-8.

Samhsa (2005), *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., Klempova, D. și Wiessing, L. (2008), „Guidelines for estimating the incidence of problem drug use”, Final report CT.06.EPI.150.1.0, OEDT, Lisabona (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/methods/pdu/2008/incidence-estimation>).

Schulte, B., Thane, K., Rehm, J., et al. (în curs de publicare), „Review of the efficacy of drug treatment interventions in Europe”, Raport final WP 1 al proiectului SANCO/2006/C4/02 privind „Politica în domeniul drogurilor și reducerea riscurilor” pentru Comisia Europeană.

Secades-Villa, R., Garcia-Rodriguez, O., Higgins, S.T., Fernandez-Hermida, J.R. și Carballo, J.L. (2008), „Community reinforcement approach plus vouchers for cocaine dependence in a community setting in Spain: six-month outcomes”, *Journal of Substance Abuse Treatment* 34, pp. 202-7.

Stallwitz, A. și Stöver, H. (2007), „The impact of substitution treatment in prisons: a literature review”, *International Journal of Drug Policy* 18, pp. 464-74.

Sumnall, H. R., Woolfall, K., Edwards, S., et al. (2008) „Use, function, and subjective experiences of gamma-hydroxybutyrate (GHB)” *Drug and Alcohol Dependence* 92, pp. 286-90.

Sutton, A.J., Edmunds, W.J. și Gill, O.N. (2006), „Estimating the cost-effectiveness of detecting cases of chronic hepatitis C infection on reception into prison”, *BMC Public Health* 6, p. 170.

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.

Szendrei, K. (1997/1998), „Cannabis as an illicit crop: recent developments in cultivation and product quality”, *Bulletin on Narcotics* XLIX și L, nr. 1 și 2.

Toumbourou, J.W., Stockwell, T., Neighbors, C., et al. (2007), „Interventions to reduce harm associated with adolescent substance use”, *Lancet* 369, pp. 1391-401.

USDS (2008), *International narcotics control strategy report*, Vol. I, US Department of State, Washington, DC.

Van Den Berg, C., Smit, C., Van Brussel, G., Coutinho, R. și Prins, M. (2007), „Full participation in harm-reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus: evidence from the Amsterdam Cohort Studies among drug users”, *Addiction* 102, pp. 1454-62.

Werch, C.E. și Owen, D.M. (2002), „Iatrogenic effects of alcohol and drug prevention programs”, *Journal of Studies on Alcohol* 63, pp. 581-90.

Wood, D., Warren-Gash, D., Ashraf, T., et al. (2008), „Medical and legal confusion surrounding gamma-hydroxybutyrate (GHB) and its precursors gamma-butyrolactone (GBL) and 1,4 butanediol (1,4BD)”, *Quarterly Journal of Medicine* 101, pp. 23-9.

Zador, D., Mayet, S. și Strang, J. (2006), „Commentary: Decline in methadone-related deaths probably relates to increased supervision of methadone in UK”, *International Journal of Epidemiology* 35, pp. 1586-7.

Zonneville-Bender, M.J.S., Matthys, W., van de Wiel, N.M.H. și Lochman, J.E. (2007), „Preventive effects of treatment of disruptive behavior disorder in middle childhood on substance use and delinquent behavior”, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 46, pp. 33-9.

Observatorul European pentru Droguri și Toxicomanie

Raportul anual 2008: situația drogurilor în Europa

Luxemburg: Oficiul pentru Publicații Oficiale ale Comunităților Europene

2008 – 102 p. – 21 x 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-337-6

Cum vă puteți procura publicațiile Uniunii Europene?

Publicațiile Oficiului pentru Publicații sunt disponibile pentru vânzare pe site-ul EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu/>); puteți transmite comanda dumneavoastră către biroul de vânzări ales.

De asemenea, puteți solicita lista punctelor de vânzare care fac parte din rețeaua noastră mondială trimițând un fax la nr. (352) 29 29-42758.

Despre OEDT

Observatorul European pentru Droguri și Toxicomanie (OEDT) este una dintre agențiile descentralizate ale Uniunii Europene. Înființat în 1993 și cu sediul la Lisabona, Observatorul este sursa principală pentru o informare cuprinzătoare cu privire la situația drogurilor și a dependenței de droguri în Europa.

OEDT culege, analizează și difuzează informații 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

Publications.europa.eu

ISBN 978-92-9168-337-6



9 789291 683376