



Observatorul European pentru
Droguri și Toxicomanie

RO

ISSN 2314-9183

Raportul european privind drogurile

Tendențe și evoluții

2014



Observatorul European pentru
Droguri și Toxicomanie

Raportul european privind drogurile

Tendințe și evoluții

2014

Notă

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

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

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

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

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

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

O fișă catalografică se găsește la sfârșitul prezentei publicații.

Luxemburg: Oficiul pentru Publicații al Uniunii Europene, 2014

ISBN 978-92-9168-708-4

doi:10.2810/38356

© Observatorul European pentru Droguri și Toxicomanie, 2014
Reproducerea este autorizată cu condiția menționării sursei.

Printed in Spain

TIPĂRIT PE HÂRTIE ÎNĂLBITĂ FĂRĂ CLOR ELEMENTAR (ECF)



Observatorul European pentru
Droguri și Toxicomanie

Praça Europa 1, Cais do Sodré, 1249-289 Lisboa, Portugal

Tel. +351 211210200

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

Cuprins

5	Prefață
9	Notă introductivă și mulțumiri
11	REZUMAT Trasarea impactului drogurilor asupra sănătății publice pe o piață europeană aflată în schimbare
17	CAPITOLUL 1 Oferta de droguri
33	CAPITOLUL 2 Consumul de droguri și problemele legate de droguri
53	CAPITOLUL 3 Răspunsuri medicale și sociale la problemele legate de droguri
67	CAPITOLUL 4 Politici privind drogurile
73	ANEXĂ Tabele cu date naționale

Prefață

Raportul european privind drogurile (EDR) al EMCDDA din 2014 prezintă o nouă analiză a situației drogurilor, însoțită de o sinteză privind evoluțiile în materie de intervenții și politici. Bazându-se pe o examinare cuprinzătoare a datelor, atât la nivel european, cât și la nivel național, pachetul EDR oferă o gamă de produse interconectate, axându-se în principal pe raportul privind tendințele și evoluțiile. Într-o abordare multidimensională, se prezintă o analiză detaliată a subiectelor esențiale, împreună cu o privire de ansamblu, de nivel înalt, asupra problemelor majore și a tendințelor pe termen lung. O astfel de perspectivă este utilă, deoarece permite înțelegerea unor experiențe naționale diferite în contextul mai larg oferit de datele la nivel european. Oricare ar fi domeniile dumneavoastră de interes în legătură cu situația drogurilor în Europa, avem convingerea că noul pachet EDR vă va facilita accesul la informații și analize de înaltă calitate, într-o formă adecvată nevoilor dumneavoastră specifice.

PACHETUL CARE FORMEAZĂ RAPORTUL EUROPEAN PRIVIND DROGURILE 2014

Un set de elemente interconectate ce permit acces deplin la datele și analizele disponibile privind problema drogurilor în Europa



Raportul „Tendințe și evoluții” oferă o analiză de nivel înalt a evoluțiilor esențiale (versiune tipărită și online)



Date și statistici cu serii de date complete, grafice și informații metodologice (versiune online)



Prezentările generale pe țări date și analize naționale la îndemâna tuturor (versiune online)



Perspective în materie de droguri ferestre interactive privind aspectele esențiale (versiune online)

Un mesaj important ce rezultă din analiza de anul acesta se referă la progresele înregistrate în formularea unui răspuns politic echilibrat la problemele legate de consumul de droguri în Europa. Tendințele generale sunt, în prezent, pozitive în anumite domenii esențiale ale sănătății publice, iar modelul european pare a fi unul de succes în termeni globali relativi. Fenomenul drogurilor este dinamic și continuă să evolueze, astfel încât nu ne este permis să îl abordăm cu indulgență, căci problemelor vechi și rămase fără rezolvare li se adaugă amenințări noi. Drogurile cu care ne confruntăm astăzi sunt, din multe puncte de vedere, diferite de cele pe care le cunoșteam în trecut. Constatăm acest lucru în ceea ce privește drogurile uzuale, un exemplu evident fiind cannabisul, în cazul căruia tehnicile de producție noi influențează atât puritatea produselor din rășină, cât și pe cea a produselor din plantă. Observăm acest aspect și în ceea ce privește producția de droguri sintetice, prin abundența de substanțe noi apărute. Un motiv serios de îngrijorare trebuie să îl constituie faptul că am asistat de curând la apariția unor opioide sintetice noi, precum și a unor substanțe halucinogene care sunt atât de active farmacologic, încât chiar

și cantități extrem de mici pot fi folosite pentru a produce doze multiple. Deși suntem abia la început de drum în ceea ce privește înțelegerea implicațiilor viitoare ale acestor evoluții atât pentru sănătatea publică, cât și pentru controlul drogurilor, se pare că acestea pot, într-adevăr, să modifice natura problemelor cu care ne confruntăm.

Pe piața europeană a drogurilor au loc schimbări importante, care se produc într-un ritm mai alert ca oricând și în contextul unei lumi interconectate într-o măsură din ce în ce mai mare. EMCDDA recunoaște natura globală și dinamică a temei cu care ne confruntăm și dificultățile majore pe care le generează. În plus, aceste evoluții pun o presiune crescândă asupra sistemelor noastre actuale de monitorizare, motiv pentru care este esențial să ne asigurăm că instrumentele noastre de supraveghere sunt în continuare adecvate scopului. Cu aproape două decenii în urmă, în Europa a fost instituit pentru prima dată un sistem de avertizare rapidă menit să identifice noile amenințări potențiale în acest domeniu. În prezent, deși sistemul și-a dovedit valoarea, capacitatea noastră criminalistică generală de a identifica și de a emite rapoarte privind consecințele consumului de substanțe uzuale și noi asupra sănătății publice este în continuare insuficientă. În această privință, putem doar să menționăm importanța asigurării unor resurse suficiente pentru continuarea și consolidarea activității în acest domeniu, precum și să subliniem valoarea adăugată pe care aceasta o asigură pentru comunitatea europeană în ansamblu.

În sfârșit, ne exprimăm satisfacția față de valoarea analizei cuprinzătoare pe care o oferă pachetul EDR și față de faptul că activitatea noastră continuă să reprezinte temelia științifică a politicilor și a reacțiilor la nivel european. Acum mai mult ca oricând, credem cu tărie în importanța activității noastre și ne vom strădui în continuare să oferim o analiză echilibrată, obiectivă și de actualitate a problemei drogurilor în lumea de astăzi, un fenomen complex și în permanentă schimbare.

João Goulão

Președintele Consiliului de administrație al EMCDDA

Wolfgang Götz

Directorul EMCDDA

Notă introductivă și mulțumiri

Prezentul raport se bazează pe informațiile furnizate Observatorului European pentru Droguri și Toxicomanie sub forma rapoartelor naționale elaborate de statele membre ale UE, de țara candidată, Turcia, și de Norvegia.

Datele statistice raportate în prezentul document se referă la anul 2012 sau la ultimul an pentru care există date. Cifrele totale și tendințele la nivel european au fost determinate pe baza acelor țări care au furnizat date suficiente și relevante pentru perioada specificată. Analiza datelor stabilește priorități în ceea ce privește nivelurile, tendințele și distribuția geografică. Precauțiile și rezervele de ordin tehnic în ceea ce privește datele pot fi consultate în versiunea online în limba engleză a prezentului raport și în spațiul web cu date europene privind drogurile *European Drug Report: Data and statistics* (Date și statistici), care oferă informații despre metodologie, țările și anii de raportare. În plus, versiunea online conține linkuri către resurse suplimentare.

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

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

Punctele focale naționale Reitox

Reitox este rețeaua europeană de informare privind drogurile și dependența de droguri. Rețeaua este constituită din punctele focale naționale din statele membre ale UE, țara candidată Turcia, Norvegia și Comisia Europeană. Aflate sub responsabilitatea guvernelor țărilor respective, punctele focale sunt autoritățile naționale care furnizează EMCDDA informații privind drogurile. Datele de contact pentru punctele focale naționale sunt disponibile pe site-ul EMCDDA.

Rezumat

Prezentul raport oferă o vedere de ansamblu, de prim nivel, a tendințelor și evoluțiilor pe termen lung din Europa, concentrându-se în același timp pe noile probleme legate de droguri

Trasarea impactului drogurilor asupra sănătății publice pe o piață europeană aflată în schimbare

Constatările principale ale noii analize efectuate de EMCDDA privind problema drogurilor în Europa sunt în concordanță cu raportul din 2013: situația globală este în general stabilă, cu semnale pozitive în anumite zone, însă apar în continuare provocări noi. Vechea dihotomie dintre un număr relativ redus de consumatori foarte problematici de droguri, deseori consumate prin injectare, și un număr mai mare de consumatori de droguri recreaționale și de consumatori experimentali începe să dispară, fiind înlocuită de o situație mai nuanțată și mai complexă. În ceea ce privește problema actuală a drogurilor în Europa, heroină joacă un rol mai puțin important decât în trecut, iar drogurile stimulente, cele sintetice, canabisul și medicamentele dobândesc o importanță din ce în ce mai mare.

Privind „imaginea de ansamblu”, se constată progrese în ceea ce privește o serie de obiective majore ale politicii de sănătate publică din trecut. Cu toate acestea, o perspectivă la nivel european poate ascunde importante diferențe între țări. Acest lucru este demonstrat de datele privind decesele prin supradoză și infecțiile cu HIV ca urmare a consumului de droguri, două dintre consecințele cele mai grave ale acestuia. În cazul de față, tendința generală pozitivă de la nivelul UE contrastează puternic cu evoluțiile îngrijorătoare din unele țări. Recunoscând această complexitate, prezentul raport oferă o vedere de ansamblu, de prim nivel, a tendințelor și evoluțiilor pe termen lung din Europa, concentrându-se în același timp pe noile probleme legate de droguri.

În timp ce heroina are o evoluție descendentă, substanțele înlocuitoare generează motive de îngrijorare

Deși s-a observat că estimările privind producția de heroină la nivel global sunt în continuare ridicate, iar nivelul capturilor din Turcia și-a revenit parțial, per total indicatorii privind heroina sunt stabili sau urmează o tendință descrescătoare. Aceștia cuprind date care indică o scădere permanentă a numărului de tratamente inițiate pentru dependența de heroină, însoțită de tendințe generale descendente pe termen lung în ceea ce privește decesele cauzate de supradoze și infecțiile cu HIV dobândite în urma consumului de droguri — ambele fiind corelate din punct de vedere istoric cu consumul de heroină prin injectare. Totuși, aceste evoluții pozitive sunt puse sub semnul întrebării de unele date naționale.

Epidemiile de HIV apărute recent în rândul consumatorilor de droguri din Grecia și România, împreună cu problemele permanente din unele state baltice, au blocat progresul înregistrat de Europa în reducerea numărului de noi infecții asociate consumului de droguri. Această situație pare a fi corelată parțial cu înlocuirea heroinei cu alte substanțe, inclusiv cu opioidele sintetice și cu drogurile stimulente. În plus, lipsa unor intervenții suficiente pentru reducerea cererii, în special lipsa disponibilității tratamentului, precum și a măsurilor de reducere a efectelor negative ale consumului de droguri reprezintă probabil un factor important în acest sens. Este îngrijorător faptul că un exercițiu recent de evaluare a riscului, efectuat de EMCDDA și ECDC, a identificat și alte țări europene în care indicatorii privind comportamentul sau răspunsul au evidențiat un risc potențial ridicat în ceea ce privește viitoarele efecte negative și probleme de sănătate.

Substanțe multiple identificate în decesele induse de droguri

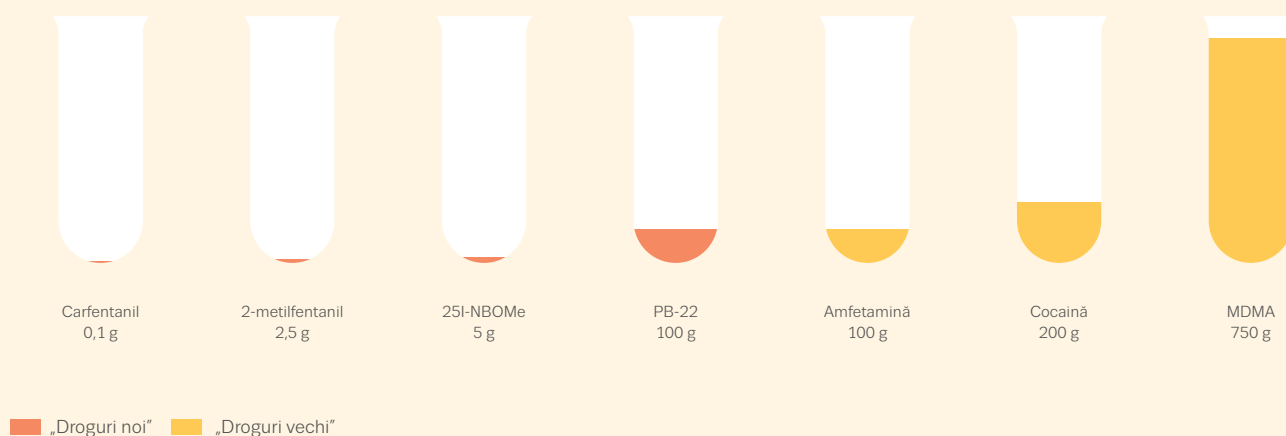
Deși supradoza de droguri continuă să reprezinte o cauză majoră, care poate fi evitată, a mortalității în rândul tinerilor europeni, în ultimii ani s-au înregistrat progrese în ceea ce privește reducerea problemei. Acest lucru poate fi explicat parțial atât prin extinderea răspunsurilor, cât și prin reducerea comportamentelor care contribuie la riscul de deces. Spre deosebire de tendințele generale, în anumite țări, în special în nordul Europei, decesele cauzate de supradoze continuă să fie relativ numeroase, urmând o evoluție ascendentă.

Deși numărul de decese asociate consumului de heroină este, în general, în scădere, numărul deceselor asociate consumului de opioide sintetice este în creștere, depășind, în unele țări, numărul deceselor atribuite consumului de heroină. Rata extrem de ridicată a deceselor prin supradoză raportată de Estonia, de exemplu, este asociată cu consumul de fentanili, o familie de opioide sintetice cu o putere imunogenă foarte mare. În 2013, EMCDDA a continuat să primească rapoarte privind fentanilii controlați și necontrolați care apar pe piața europeană a drogurilor. Printre drogurile raportate sistemului de avertizare rapidă al UE în 2013 s-a numărat și un fentanil care nu mai fusese observat pe piața drogurilor din UE. Identificarea acestor substanțe reprezintă o provocare, deoarece este posibil ca acestea să fie prezente în cantități foarte mici în probele toxicologice.

Substanțele psihoactive noi: niciun semn de încetinire a ritmului

Majoritatea cazurilor de supradoză au loc în rândul persoanelor care au consumat mai multe substanțe, iar stabilirea cauzei este deseori problematică. Introducerea permanentă pe piața drogurilor a unor substanțe psihoactive noi a generat preocupări legate de imposibilitatea depistării substanțelor noi sau obscure care au contribuit la decese. Faptul că unele substanțe sintetice au o putere imunogenă foarte mare complică și mai mult depistarea, deoarece acestea apar doar în concentrații foarte reduse în sânge. Apariția substanțelor sintetice cu o putere imunogenă foarte mare are implicații

CARE ESTE CANTITATEA DE DROG PUR NECESARĂ PENTRU PRODUCEREA A 10 000 DE DOZE?



și asupra aplicării legii, întrucât se pot obține doze multiple chiar și din cantități mici de astfel de droguri (figura).

În 2013, prin sistemul de avertizare rapidă al UE au fost notificate 81 de substanțe psihoactive noi, ceea ce a adus numărul de substanțe monitorizate la peste 350. Se lansează evaluări oficiale ale riscului pentru substanțele despre care se suspectează că ar avea efecte negative semnificative la nivel european. În 2013, s-au efectuat evaluări ale riscului pentru două substanțe, iar alte patru sunt vizate până în aprilie 2014, estimându-se că în viitor vor avea loc și mai multe evaluări. Acest lucru înseamnă că, în timp ce se dezbate noua legislație a UE în domeniu, sistemul de avertizare rapidă este supus unei presiuni tot mai mari ca urmare a volumului și varietății de substanțe care apar pe piață.

Un element esențial al activității sistemului de avertizare rapidă îl constituie rapoartele privind efectele adverse, în principal decesele și intoxicațiile acute. Cu toate acestea, doar în câteva țări există sisteme eficiente de monitorizare a urgențelor medicale asociate consumului de droguri. La nivelul UE nu are loc o raportare standardizată în legătură cu acest subiect, iar lipsa unei monitorizări sistematice în domeniu reprezintă o deficiență a sistemului european de supraveghere a noilor amenințări la adresa sănătății. Un exemplu în acest sens îl constituie dificultățile întâmpinate în stabilirea implicațiilor pe care le au la nivel european reacțiile grave la consumul de canabinoizi sintetici, raportate de anumite țări.

Canabisul: controverse, contraste și contradicții

Datele privind atitudinile la nivelul Uniunii Europene arată că drogul în privința căruia continuă să existe cea mai ridicată divizare a opiniei publice este cannabisul. Acest lucru contribuie la o dezbateră publică aprinsă, alimentată de curând de evoluțiile internaționale în ceea ce privește modul în care sunt controlate disponibilitatea cannabisului și consumul de cannabis, în special modificările în materie de reglementare din unele zone ale Statelor Unite ale Americii și ale Americii Latine.

Spre deosebire de orice altă regiune, Europa înregistrează un consum general de cannabis aparent stabil sau chiar în scădere, în special la grupele de vârstă mai tinere. Cu toate acestea, imaginea nu este uniformă. Mai multe țări cu prevalență în general redusă au asistat recent la creșteri ale consumului.

Scurtă prezentare a estimărilor privind consumul de droguri în Uniunea Europeană

Canabis

73,6 milioane sau 21,7% dintre adulți (15-64 de ani) au consumat cannabis pe parcursul vieții

18,1 milioane sau 5,3% dintre adulți (15-64 de ani) au consumat cannabis în ultimul an

14,6 milioane sau 11,2% dintre tinerii adulți (15-34 de ani) au consumat cannabis în ultimul an

0,4% și 18,5% – procentul minim și cel maxim estimate la nivel național cu privire la consumul de cannabis din ultimul an în rândul tinerilor adulți

Cocaină

14,1 milioane sau 4,2% dintre adulți (15-64 de ani) au consumat cocaină pe parcursul vieții

3,1 milioane sau 0,9% dintre adulți (15-64 de ani) au consumat cocaină în ultimul an

2,2 milioane sau 1,7% dintre tinerii adulți (15-34 de ani) au consumat cocaină în ultimul an

0,2% și 3,6% – procentul minim și cel maxim estimate la nivel național cu privire la consumul de cocaină din ultimul an în rândul tinerilor adulți

Amfetamine

11,4 milioane sau 3,4% dintre adulți (15-64 de ani) au consumat amfetamine pe parcursul vieții

1,5 milioane sau 0,4% dintre adulți (15-64 de ani) au consumat amfetamine în ultimul an

1,2 milioane sau 0,9% dintre tinerii adulți (15-34 de ani) au consumat amfetamine în ultimul an

0,0% și 2,5% – procentul minim și cel maxim estimate la nivel național cu privire la consumul de amfetamine din ultimul an în rândul tinerilor adulți

Ecstasy

10,6 milioane sau 3,1% dintre adulți (15-64 de ani) au consumat ecstasy pe parcursul vieții

1,6 milioane sau 0,5% dintre adulți (15-64 de ani) au consumat ecstasy în ultimul an

1,3 milioane sau 1,0% dintre tinerii adulți (15-34 de ani) au consumat ecstasy în ultimul an

0,1% și 3,1% – procentul minim și cel maxim estimate la nivel național cu privire la consumul de ecstasy din ultimul an în rândul tinerilor adulți

Opioide

1,3 milioane de consumatori problematici de opioide (15-64 de ani)

3,5% din totalul deceselor în rândul europenilor cu vârstă cuprinsă între 15 și 39 de ani sunt cauzate de supradoze de droguri

Opioidele se regăsesc în aproape trei sferturi dintre cazurile de supradoze letale

Principalul drog menționat în aproximativ 45% dintre cererile de tratament pentru consumul de droguri din Uniunea Europeană

700 000 de consumatori de opioide au primit tratament de substituție în 2012

NB: Pentru setul complet de date și informații privind metodologia, vizitați spațiul web alăturat *European Drug Report: Data and statistics*.

Spre deosebire de dezbaterile politice, caracterizate de discutarea opțiunilor în materie de reglementare, practicile evoluează, în primul rând, în jurul măsurilor de răspuns la problemele sociale și la efectele negative asociate producerii și consumului de cannabis. Implicațiile asupra sănătății ale diferitelor tipare de consum al cannabisului încep să fie înțelese mai bine. Disponibilitatea și gradul de administrare a tratamentului pentru problemele legate de cannabis au crescut, deși numărul consumatorilor de cannabis care apelează la tratament specializat pentru consumul de droguri a ajuns la un nivel stabil. În prezent, cannabisul reprezintă drogul pentru care se raportează cele mai multe solicitări de la consumatorii care încep tratamentul pentru prima dată în viață. De asemenea, gradul de recunoaștere a răspunsurilor eficiente în acest domeniu este tot mai ridicat, țările investind într-o gamă largă de servicii, de la sesiuni intensive de suport cu implicarea membrilor familiei până la intervenții scurte pe internet.

Începând din anul 2000 aproximativ, multe țări au redus asprimea sancțiunilor pentru simplul consum sau pentru infracțiunile legate de posesie. La nivel mai general, discuțiile din Europa privind controlul cannabisului au avut tendința de a se concentra mai degrabă asupra ofertei și traficului de droguri decât asupra consumului. Totuși, în contradicție cu această tendință, numărul total al infracțiunilor de deținere și consum de cannabis crește constant de aproape un deceniu.

Producția și oferta de droguri: activitate principală pentru grupurile infracționale organizate

Mărimea pieței cannabisului, combinată cu creșterea producției interne, a generat o recunoaștere tot mai amplă a importanței drogului ca sursă de venit pentru grupurile

infracționale organizate. De asemenea, costurile sociale inerente, printre care se numără violența și alte forme de infracțiuni, precum și eforturile care trebuie depuse de serviciile de aplicare a legii pentru controlul locurilor în care se produc droguri beneficiază, în prezent, de o atenție tot mai mare.

Atât pe plan internațional, cât și în interiorul Uniunii Europene, cu producția de cannabis au fost asociate, printre altele, grupuri infracționale organizate din sud-estul Asiei. Există semnale îngrijorătoare privind diversificarea, în prezent, a activității acestora, care tinde să includă producția și vânzarea de metamfetamină în anumite părți ale Europei Centrale. Acest lucru reflectă o evoluție mai generală observată în analiza recentă a pieței drogurilor efectuată de EMCDDA–Europol: atitudinea axată pe mai multe mărfuri, oportunistă și interconectată a grupurilor infracționale. Aceasta poate fi observată în cazul grupurilor infracționale implicate de-a lungul timpului în comerțul cu heroină care, potrivit datelor raportate, fac în prezent trafic de cocaină și metamfetamină în Uniunea Europeană, folosind rutele consacrate de trafic al heroinei.

Raportul din 2014 dă naștere unor noi motive de preocupare, legate de dovezile privind disponibilitatea tot mai mare a metamfetaminei în Europa. Pe lângă producția internă din Europa Centrală și de Nord, acest drog este produs și în Orientul Mijlociu, fiind uneori importat în Uniunea Europeană pentru a fi reexportat în țările din sud-estul Asiei. Totuși, o parte din această producție contribuie tot mai mult la disponibilitatea drogului în Europa. Noile rapoarte privind apariția consumului de metamfetamină prin fumat în Grecia și Turcia sunt deosebit de îngrijorătoare, ținând seama de riscurile potențiale asupra sănătății asociate acestui mod de consum.

Caracterul tot mai dinamic, global și inovator al pieței moderne a drogurilor este ilustrat și de reparația pulberilor și a pastilelor de ecstasy de calitate ridicată în Uniunea Europeană și pe glob. Cauza acestui fapt pare a fi importul, de către producătorii ilegali, al unor substanțe chimice necontrolate sau „mascate” pentru fabricarea drogului. De curând, Europol a consemnat distrugerea, în Belgia, a celor mai mari două spații de producție descoperite vreodată pe teritoriul Uniunii Europene, care aveau capacitatea de a fabrica rapid volume mari de MDMA (3,4-metilendioxi-metamfetamină). De asemenea, capturile și rapoartele privind evenimentele medicale adverse au determinat Europol și EMCDDA să emită un avertisment comun privind disponibilitatea unor produse, care conțin MDMA, cu putere imunogenă extrem de mare.

**Caracterul tot mai dinamic,
global și inovator al pieței
moderne a drogurilor este
ilustrat și de reparația
pulberilor și a pastilelor de
ecstasy de calitate ridicată**

Piața volatilă a drogurilor stimulente

Rămâne de văzut dacă creșterea cantității de MDMA observată în conținutul tabletelor de ecstasy va trezi din nou interesul consumatorilor față de acest drog. Per total, piața europeană a drogurilor stimulente ilegale pare a fi relativ stabilă, cocaina rămânând drogul stimulent preferat în țările din sud și din vest, iar amfetamina având o prevalență mai ridicată în țările din nord și din est. Indicatorii consumului de cocaină și de amfetamină au, în general, o tendință descendentă.

Semnificația diferențelor geografice de pe piața europeană a drogurilor stimulente este dovedită de studii noi privind apele reziduale, care pot să furnizeze, într-o măsură tot mai mare, date privind comportamentele legate de consumul de droguri la nivel de oraș și în locuri specifice.

Disponibilitatea este un factor esențial în ceea ce privește consumul de droguri stimulente. Este posibil ca, atunci când un drog nu este disponibil în cantități suficiente, consumatorii să încerce o altă substanță, în alegerea căreia prețul și percepția asupra calității dețin un rol important. Acest lucru a fost observat în spațiile recreative și în rândul consumatorilor de droguri injectabile. O problemă de fond în acest sens constă în numărul tot mai mare de produse disponibile, în prezent, pe piața drogurilor stimulente, printre care se regăsesc catinone sintetice, precum și metamfetamină, amfetamină, ecstasy și cocaină.

Costurile pe termen lung ale tratării problemelor asociate consumului de droguri

Europa se confruntă cu o dublă provocare: pe de o parte, elaborarea unor răspunsuri eficace la problemele noi și, pe de altă parte, abordarea în continuare a nevoilor consumatorilor de droguri care urmează un tratament de durată.

Prezentul raport evidențiază schimbările și apariția unor tipare noi în sfera epidemiologiei și a răspunsurilor. Cu toate acestea, cea mai mare parte a costurilor aferente tratamentului pentru consum de droguri sunt în continuare generate de problemele care își au originea în „epidemia” de consum de heroină din anii 1980 și 1990. Deși inițierea în consumul de heroină este în scădere, dependența de heroină, care prezintă tiparul unei boli cronice, cu cicluri de recidivă și reîncepere a tratamentului, continuă să reprezinte o țintă prioritară pentru intervenții. Uniunea Europeană a investit în mod considerabil în oferirea unor șanse de tratament pentru acest grup, estimându-se că trei sferturi de milion de consumatori beneficiază, în

prezent, de tratament de substituție pentru opioide. Un argument puternic în favoarea acestei intervenții poate consta în beneficiile sale pentru sănătatea publică și în contribuția la slăbirea pieței ilicite. Europa trebuie să aibă grijă, în prezent, de o cohortă în curs de îmbătrânire de actuali și foști consumatori de heroină, dintre care mulți sunt dezavantajați și excluși din punct de vedere social. În acest context, există un interes politic tot mai ridicat față de recuperare și reintegrare socială. În plus, pe măsură ce această populație îmbătrânește, este posibil să devină și mai vulnerabilă la o serie de probleme de sănătate.

1

**Anual, în Europa se raportează
aproximativ un milion de capturi
de droguri ilegale**

Oferta de droguri

Europa reprezintă o destinație majoră pentru substanțele controlate, având și un rol mai limitat ca punct de tranzit pentru drogurile destinate altor regiuni. America Latină, vestul Asiei și nordul Africii reprezintă surse importante pentru drogurile care ajung în Europa. Europa este, de asemenea, o regiune producătoare de cannabis și droguri sintetice. Deși aproape tot cannabisul produs aici este destinat consumului local, unele droguri sintetice sunt produse și în vederea exportului către alte regiuni.

Disponibilitatea „substanțelor psihoactive noi” care nu sunt reglementate de tratate internaționale privind controlul drogurilor reprezintă o evoluție relativ nouă pe piețele europene ale drogurilor. De regulă produse în afara Europei, aceste substanțe pot fi obținute prin intermediul distribuitorilor online și al magazinelor specializate, iar uneori sunt vândute pe piața drogurilor ilegale.

Monitorizarea ofertei de droguri

Analiza din prezenta secțiune se bazează pe diverse surse de date: capturi de droguri, unități de producție de droguri distruse, capturi de substanțe chimice precursoare, infracțiuni legate de furnizarea de droguri, prețurile cu amănuntul ale drogurilor și analize medico-legale ale capturilor de droguri. Seturile complete de date și notele metodologice pot fi consultate în spațiul web *European Drug Report: Data and statistics*. Trebuie precizat că tendințele pot fi influențate de o serie de factori, printre care nivelul activităților de aplicare a legii și eficacitatea măsurilor de interdicție.

Datele referitoare la noile substanțe psihoactive se bazează pe raportările către sistemul de avertizare rapidă al UE, care se bazează, la rândul său, pe datele furnizate de rețelele naționale ale EMCDDA și Europol. Descrierea completă a acestui mecanism poate fi consultată pe site-ul EMCDDA, la secțiunea *Action on new drugs* (Acțiuni privind drogurile noi).

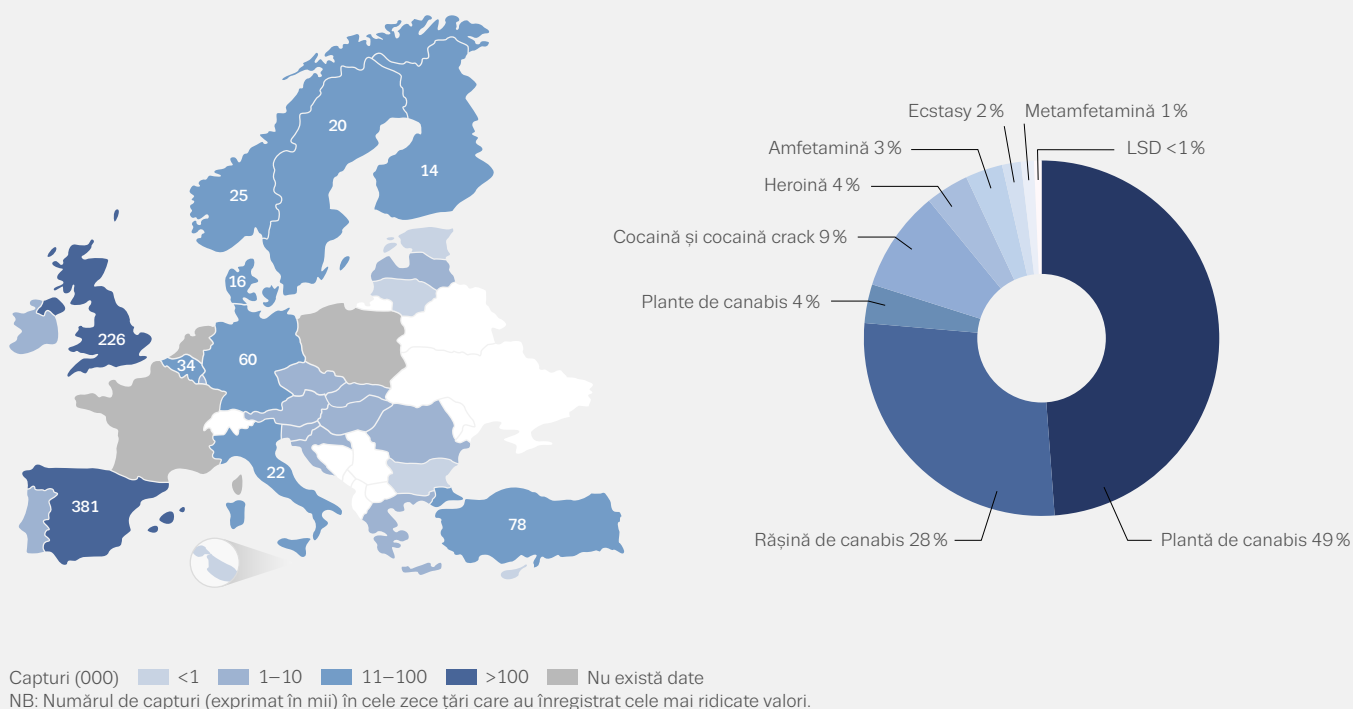
80% dintre capturile din Europa sunt capturi de cannabis

Annual, în Europa se raportează aproximativ un milion de capturi de droguri ilegale. Majoritatea constau în cantități mici de droguri confiscate de la consumatori, deși totalul include și transporturile de cantități mari capturate de la traficanți și producători.

În 2012, două treimi din totalul capturilor raportate în Uniunea Europeană au provenit din doar două țări, Spania

FIGURA 1.1

Numărul capturilor raportate de fiecare țară (stânga) și procentul de capturi de droguri principale (dreapta), 2012



și Regatul Unit. Capturi mai reduse, însă semnificative, au fost raportate de Germania, Belgia, Italia și patru țări nordice (figura 1.1). Trebuie precizat faptul că nu sunt disponibile date recente pentru trei țări care au raportat în trecut un număr considerabil de capturi. În plus, Turcia este o țară importantă în ceea ce privește capturile de droguri, unele dintre drogurile interceptate fiind destinate consumului în alte țări, atât din Europa, cât și din Orientul Mijlociu.

Canabisul reprezintă peste 80% din capturile din Europa (figura 1.1), ceea ce reflectă prevalența relativ ridicată a consumului acestui drog. Cocaina se plasează pe locul al doilea, înregistrând aproape un număr dublu de capturi raportate în comparație cu amfetaminele sau heroina. Numărul de capturi de ecstasy este mai redus, însă a crescut în ultimii ani.

Peste 80 % din capturile din Europa sunt pentru canabis, ceea ce reflectă prevalența relativ ridicată a utilizării sale

Canabisul: disponibilitatea tot mai mare a produselor din plante

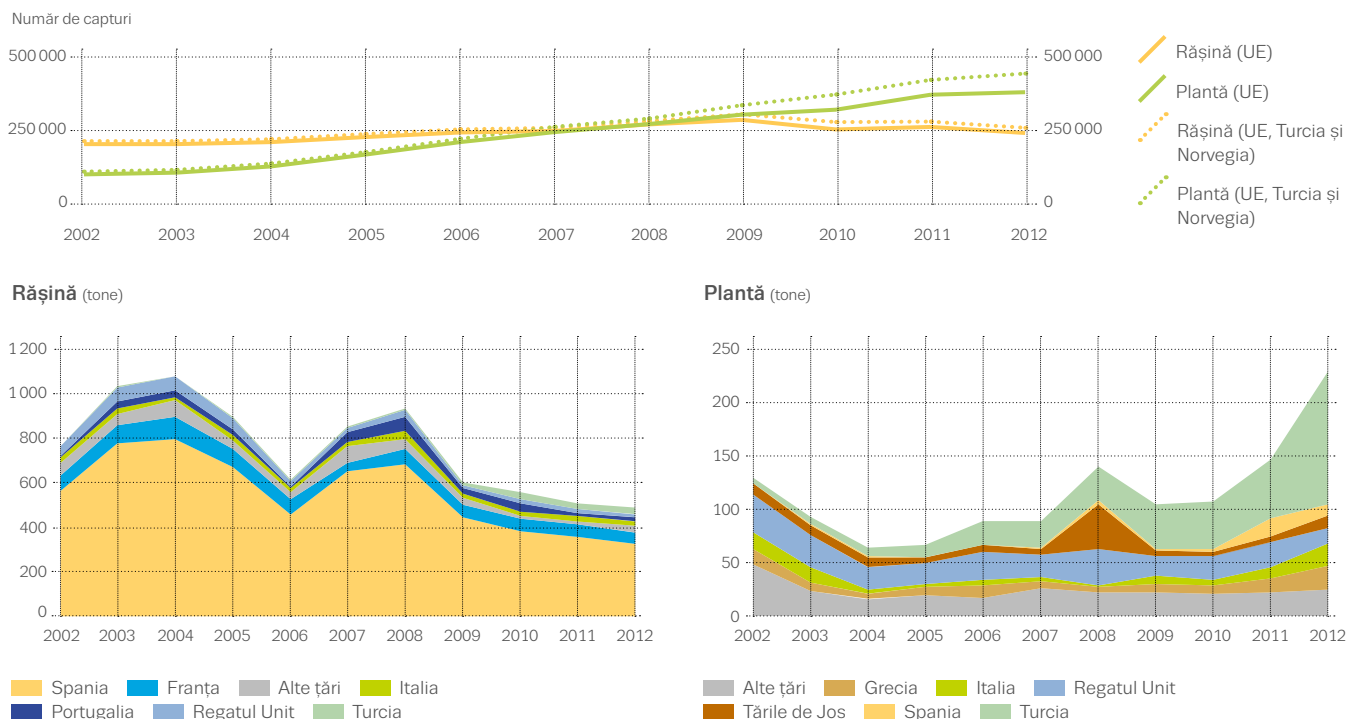
De regulă, pe piața europeană a drogurilor se găsesc două produse de canabis distincte: planta de canabis („marijuana”) și rășina de canabis („hașiș”). Consumul anual al acestor produse poate fi estimat la aproximativ 2 000 de tone.

Planta de canabis care se găsește în Europa este atât cultivată pe plan intern, cât și traficată din alte țări. Rășina de canabis este importată, în cea mai mare parte, din Maroc, cu mijloace de transport maritime sau aeriene.

În ultimii zece ani, numărul capturilor de plantă de canabis l-a depășit pe cel al capturilor de rășină, iar în prezent reprezintă aproximativ două treimi din totalul capturilor de canabis (figura 1.2). Acest lucru reflectă disponibilitatea tot mai mare a plantei de canabis produsă la nivel intern în multe țări. Cantitatea de rășină de canabis capturată în Uniunea Europeană, deși în scădere în ultimii ani, continuă să fie mult mai mare decât cantitatea de plantă de canabis raportată (457 de tone comparativ cu 105 tone în 2012). Acest fapt se poate explica prin probabilitatea mai mare ca rășina de canabis să fie transportată în cantități importante pe distanțe geografice mai mari și peste granițe, fiind prin urmare mai vulnerabilă interdicțiilor.

FIGURA 1.2

Numărul capturilor de cannabis și cantitatea capturată în tone: rășină și plantă, 2002-2012

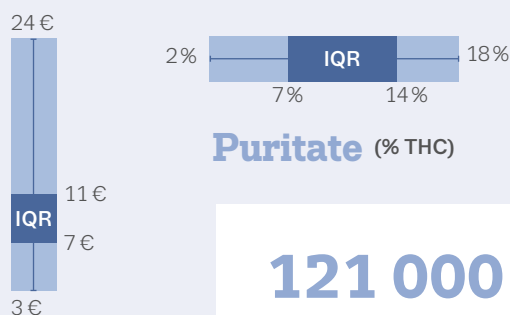


CANABIS

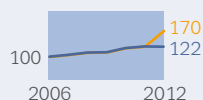
Rășină

457 tone capturate
486 tone capturate (UE + 2)

240 000 capturi
258 000 capturi (UE + 2)



Preț (EUR/g)

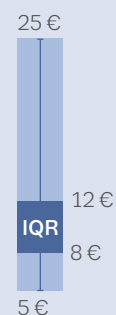
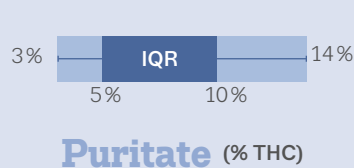


Indexuri ale prețului și purității

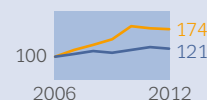
Plantă

105 tone capturate
230 tone capturate (UE + 2)

395 000 capturi
457 000 capturi (UE + 2)



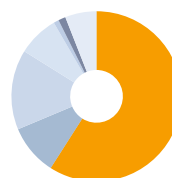
Preț (EUR/g)



Indexuri ale prețului și purității

121 000 infracțiuni raportate legate de oferta de cannabis

59% din infracțiunile legate de ofertă raportate

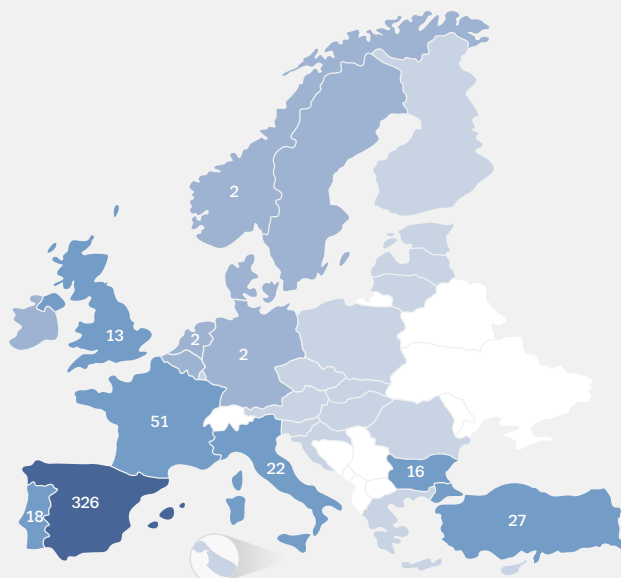


UE + 2 se referă la statele membre ale UE, împreună cu Turcia și Norvegia. Prețul și puritatea produselor de cannabis: valori medii naționale – minim, maxim și interval intercuartil (IQR). Țările incluse variază în funcție de indicator.

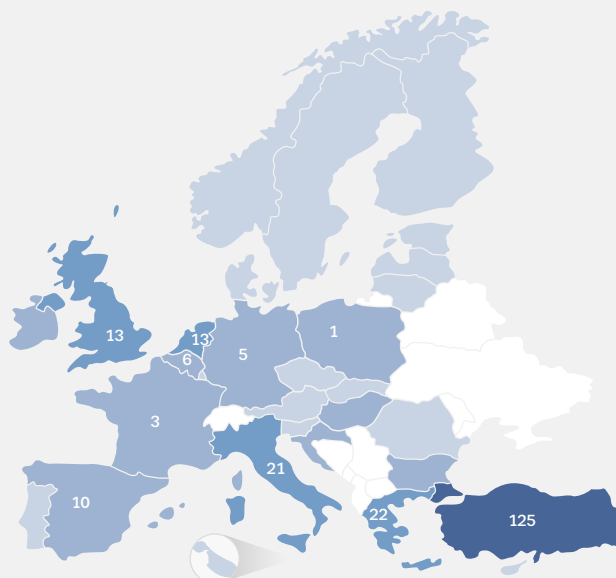
FIGURA 1.3

Cantitatea de rășină și plantă de canabis capturată, 2012

Rășină



Plantă



Tone ■ <1 ■ 1–10 ■ 11–100 ■ >100

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

Din punctul de vedere al cantităților capturate, un număr mic de țări au o importanță disproporționată, parțial datorită poziționării lor pe rutele principale de trafic (figurile 1.2 și 1.3). Spania, de exemplu, datorită apropierii de Maroc și pieței interne consistente, a raportat aproximativ două treimi din cantitatea totală de rășină capturată în Europa în 2012. În ceea ce privește planta de canabis, atât Grecia, cât și Italia au raportat creșteri mari ale cantităților capturate în ultimul timp. Începând din 2007, Turcia a capturat cantități de plantă de canabis mai mari decât orice stat membru al UE, raportând în 2012 o cifră mai mare decât dublul celei raportate în 2011.

Capturile de plante de canabis pot fi considerate un indicator al producției interne, deși calitatea datelor disponibile în acest domeniu împiedică efectuarea de comparații. În 2012, au fost raportate 33 000 de capturi de plante de canabis în Europa. Conform raportărilor, între 2011 și 2012 numărul plantelor de canabis capturate a crescut de la 5 la 7 milioane, în principal datorită creșterii de patru ori a capturilor raportate de Italia. În aceeași perioadă, cantitățile capturate au crescut de la 33 de tone la 45 de tone.

Evoluțiile indexate la nivel european arată creșteri atât în ceea ce privește prețul cu amănuntul, cât și puritatea (nivelul de tetrahidrocanabinol, THC) al plantei și al rășinii de canabis în perioada 2006-2012. Puritatea ambelor forme de canabis a crescut din 2006, deși, în cazul rășinii, o mare parte a creșterii se observă între 2011 și 2012.

Apariția canabinoizilor sintetici, substanțe chimice care imită efectele canabisului, adaugă o nouă dimensiune acestei piețe. Majoritatea pudrelor de canabinoizi sintetici par a fi fabricați în China, apoi transportate în vrac, folosind rețele de transport și distribuție legale consacrate. După ce ajung în Uniunea Europeană, substanțele chimice sunt de obicei amestecate cu plante sau pulverizate deasupra acestora și ambalate sub forma unor „droguri legale” care urmează să fie vândute fie pe internet, fie prin intermediul altor distribuitori. În primele șase luni din 2013, optsprezece țări au raportat peste 1 800 de capturi de canabinoizi sintetici. Cele mai mari capturi au fost raportate de Spania (20 kg) și Finlanda (7 kg).

Heroina: numărul de capturi s-a redus în general, însă a crescut în Turcia

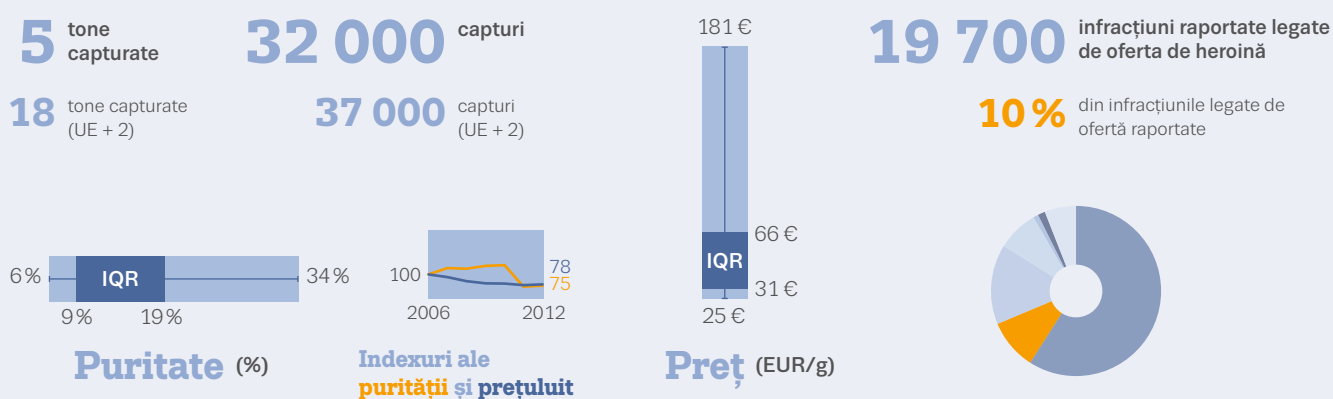
De-a lungul timpului, în Europa au fost disponibile două forme de heroină de import: cea mai uzuală dintre acestea este heroina brună (forma chimică de bază), provenind în principal din Afganistan. Mult mai puțin comună este heroina albă (o formă de sare), care provine, în mod tradițional, din sud-estul Asiei, însă acum poate fi produsă și în alte zone. În Europa există încă și o producție restrânsă de opioace, în principal de produse din mac fabricate artizanal, raportate în unele părți din estul Europei.

Afganistanul rămâne cel mai mare producător ilegal de opiu din lume și se crede că majoritatea heroinei găsite în Europa a fost produsă acolo sau, într-o măsură mai mică, în țările învecinate, Iran sau Pakistan. Drogul poate pătrunde în Europa prin mai multe rute de trafic. Una dintre acestea trece prin Turcia, continuând prin țările balcanice (Bulgaria, România sau Albania) și ajungând în centrul, sudul sau vestul Europei. O altă rută străbate Rusia prin fostele republici sovietice din Asia Centrală. Transporturile de heroină din Iran și Pakistan pot intra în Europa și pe cale aeriană sau maritimă, fie direct, fie tranzitând țările din vestul și estul Africii.

Între 2002 și 2010, numărul capturilor de heroină raportate în Europa a fost relativ stabil, cu niveluri anuale de aproximativ 50 000. Cu toate acestea, din 2010, numărul capturilor de heroină a scăzut considerabil, cu un număr estimat de 32 000 de capturi potrivit raportărilor din 2012. Cantitatea de heroină capturată în 2012 (5 tone) s-a situat la cel mai redus nivel raportat în ultimii zece ani, fiind echivalentă numai cu jumătate din cantitatea capturată în 2002 (10 tone). Scăderea capturilor în Uniunea Europeană a fost însoțită de o creștere în Turcia, unde, în fiecare an începând cu 2006, a fost capturată o cantitate de heroină mai mare decât în toate țările UE în ansamblu (figurile 1.4 și 1.5).

Din 2010, numărul capturilor de heroină a scăzut considerabil, cu un număr estimat de 32 000 de capturi potrivit raportărilor din 2012

HEROINĂ



UE + 2 se referă la statele membre ale UE, împreună cu Turcia și Norvegia. Prețul și puritatea „heroinei brune”: valori medii naționale— minim, maxim și interval intercuartil (IQR). Țările incluse variază în funcție de indicator.

FIGURA 1.4

Numărul capturilor de heroină și cantitatea capturată, 2002-2012

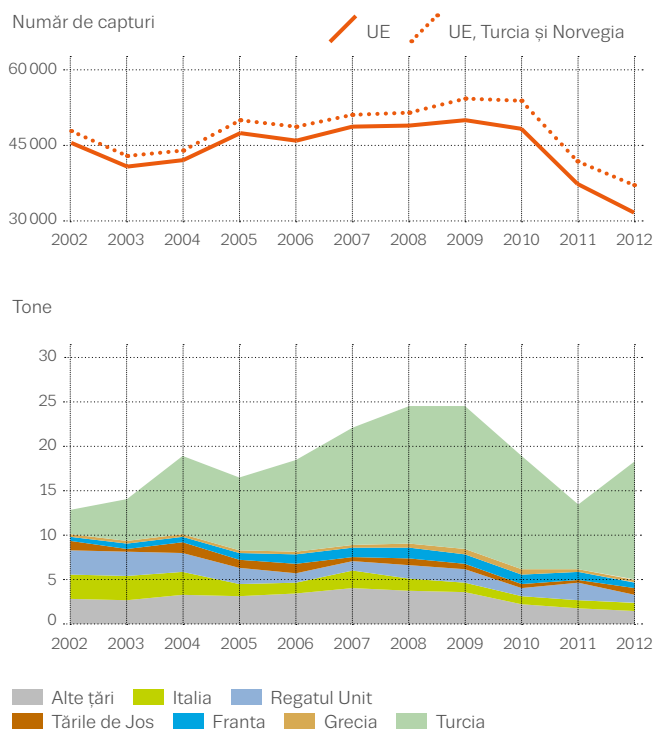
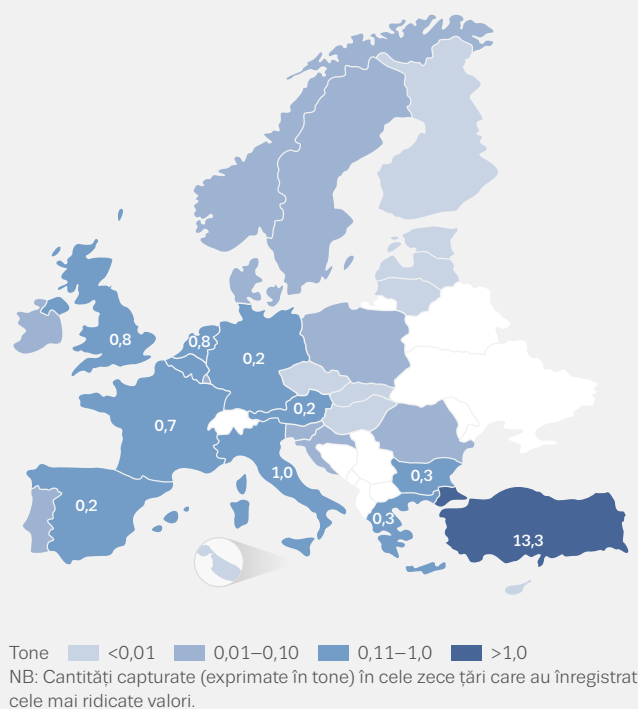


FIGURA 1.5

Cantitatea de heroină capturată, 2012



Scăderea observată în ceea ce privește capturile de heroină din 2010-2011 se reflectă atât în evoluția datelor privind puritatea, cât și în cea a infracțiunilor legate de furnizarea drogului (a se vedea capitolul 4). O serie de țări au înregistrat un deficit semnificativ pe piața de heroină în această perioadă, în urma căruia puține piețe par să se fi redresat în totalitate. Cu toate acestea, în Turcia, cantitățile de heroină capturate au scăzut în 2011, înainte de a reveni la niveluri mai ridicate în 2012.

Sistemul de avertizare rapidă al UE a primit raportări privind opioidele sintetice care pot fi folosite ca alternative la heroină. Printre acestea se regăsesc fentanili cu putere imunogenă foarte mare, care pot fi extrași din produse farmaceutice, inclusiv din plasturii analgezici eliminați în mod inadecvat, sau pot fi fabricați special pentru piața ilegală. În perioada 2012-2013 au fost raportate 28 de capturi de AH-7921, un opioid sintetic nou, similar cu morfina din punct de vedere farmacologic (a se vedea pagina 28).

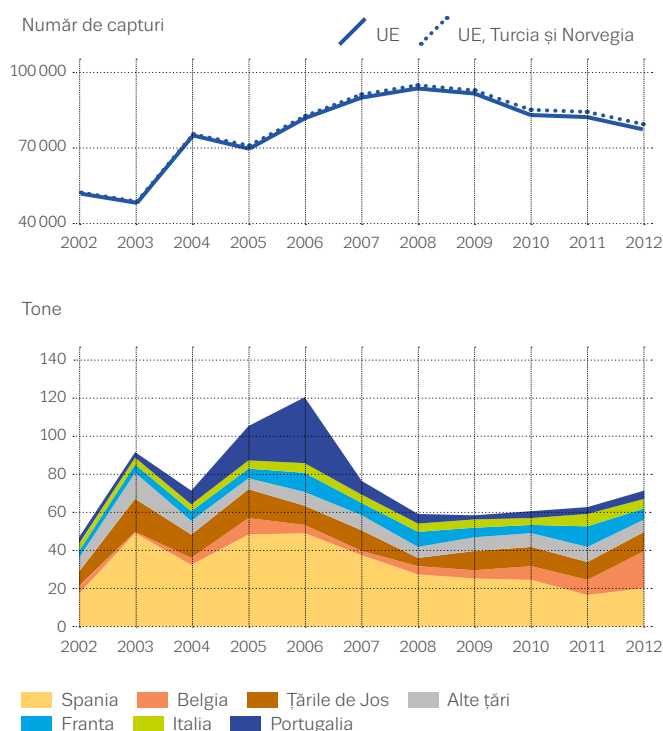
Cocaina: numărul de capturi continuă să scadă

În Europa, sunt disponibile două forme de cocaină, cea mai uzuală fiind pudra de cocaină (o sare hidrocloridă, HCl). Mai puțin disponibilă este cocaina crack, o formă a drogului care poate fi fumată. Cocaina se obține din frunzele arborelui de coca. Drogul este produs aproape exclusiv în Bolivia, Columbia și Peru și este transportat în Europa atât pe cale aeriană, cât și maritimă. Traficul cocainei în Europa – precum și eforturile de aplicare a legii împotriva acestui trafic – par să se concentreze, în principal, în țările din vest și din sud, cantitățile capturate în Spania, Belgia, Țările de Jos, Franța și Italia reprezentând, împreună, 85% din cele 71 de tone capturate în 2012 (figura 1.6). Printre indiciile diversificării permanente a rutelor de trafic al cocainei în Europa se numără capturile individuale substanțiale efectuate în porturi din Bulgaria, Grecia, România și statele baltice.

În 2012, s-au raportat aproximativ 77 000 de capturi de cocaină în Uniunea Europeană, ceea ce înseamnă

FIGURA 1.6

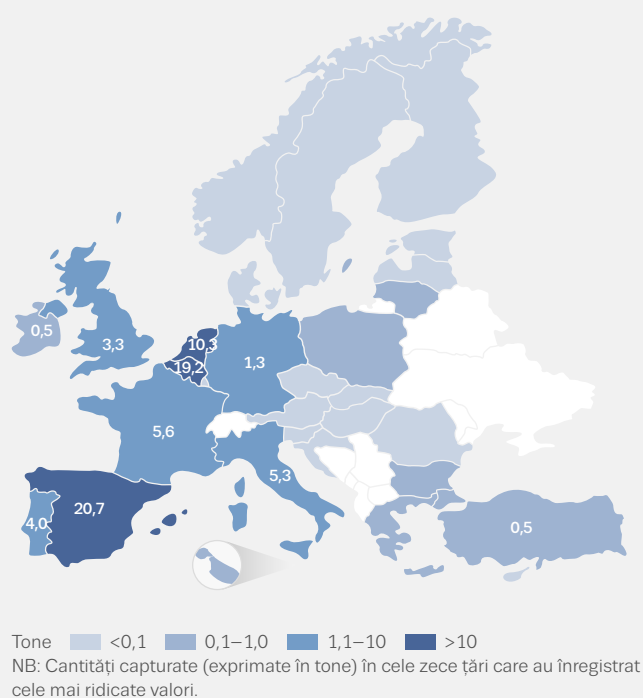
Numărul capturilor de cocaină și cantitatea capturată, 2002-2012



interceptarea a 71 de tone de drog. Numărul capturilor de cocaină raportate în 2012 rămâne la un nivel ridicat comparativ cu 2002. Totuși, acesta a scăzut față de maximum estimat, de aproximativ 95 000 de capturi în 2008. Cantitatea de cocaină capturată în 2012 a crescut cu aproximativ 10 tone față de anul anterior, însă continuă să se afle cu mult sub nivelul maxim de 120 de tone

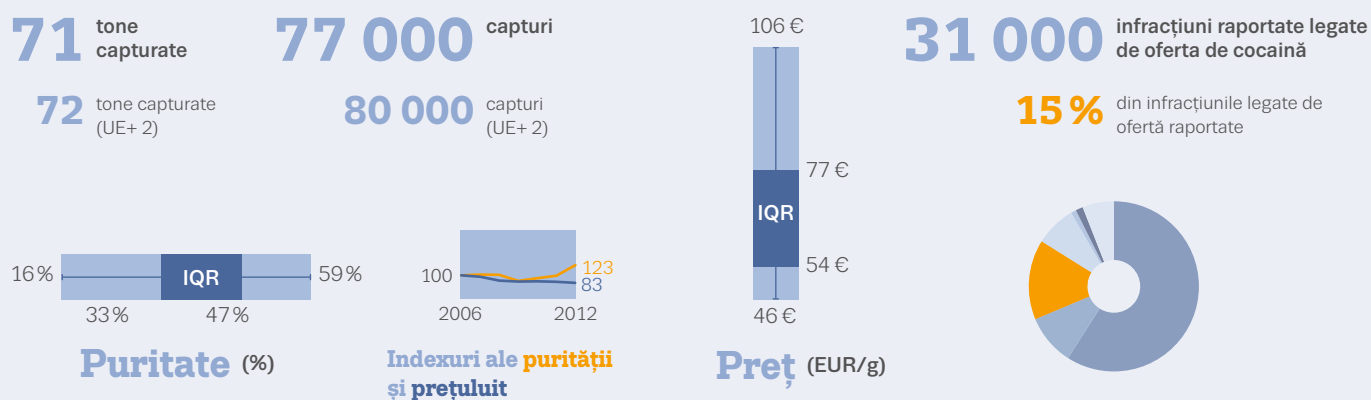
FIGURA 1.7

Cantitatea de cocaină capturată, 2012



capturate în 2006 (figura 1.6). Reducerea cantității de cocaină capturată poate fi observată cel mai clar în Peninsula Iberică, în special în Portugalia în perioada 2006-2007, și progresiv în Spania între 2006 și 2011. Belgia a raportat capturi-record în 2012 (19 tone) (figura 1.7).

COCAINĂ



UE + 2 se referă la statele membre ale UE, împreună cu Turcia și Norvegia. Prețul și puritatea cocainei: valori medii naționale – minim, maxim și interval intercuartil (IQR). Țările incluse variază în funcție de indicator.

Amfetaminele: indicii privind creșterea producției de metamfetamină

Amfetamina și metamfetamina sunt droguri stimulente sintetice înrudite îndeaproape, fiind cunoscute în mod generic ca amfetamine. Dintre cele două, amfetamina a fost întotdeauna cea mai comună în Europa, însă există indicii recente referitoare la creșterea disponibilității metamfetaminei.

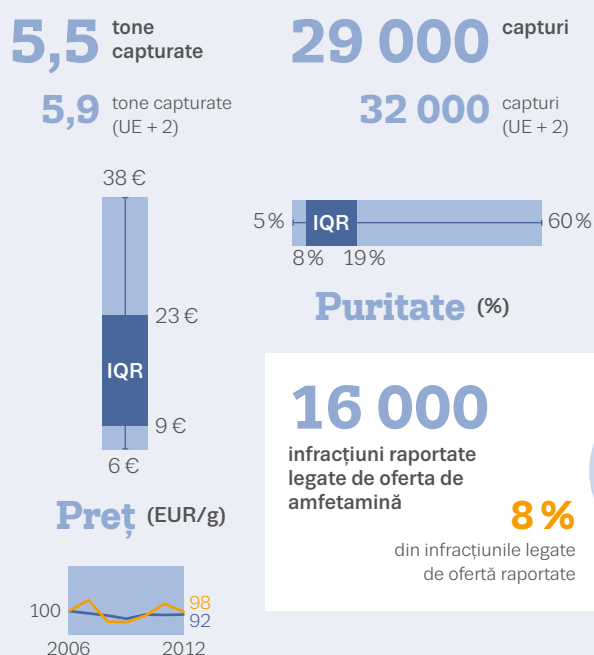
Ambele droguri se fabrică în Europa pentru consum intern, deși se produce o cantitate de amfetamină și pentru export, în principal în Orientul Mijlociu. Producția de amfetamină se înregistrează în Belgia și Țările de Jos, precum și în Polonia și în statele baltice. În ceea ce privește producția de metamfetamină, pot fi identificate două zone principale. În primul rând, în statele baltice, producția este concentrată în Lituania, de unde substanța se exportă în Norvegia, Suedia și Regatul Unit. În această regiune, ca precursor principal al drogului se folosește BMK (benzil-metil-cetona). În a doua zonă, concentrată în Republica Cehă și țările vecine, Slovacia și Germania, producția se bazează, în principal, pe efedrină și pseudoefedrină și are loc la scară mică, în așa-numitele laboratoare de bucătărie. În acest caz, cantitatea obținută este destinată, în primul rând, distribuției pe teritoriul țării. În ultimii doi ani au

apărut indicii privind o implicare mai mare a grupurilor infracționale organizate vietnameze pe piețele de metamfetamină din Republica Cehă și o extindere a producției. În 2011, a fost raportată desființarea a 350 de unități de producție a metamfetaminei în Europa, majoritatea acestora fiind, însă, unități de dimensiuni mici raportate de Republica Cehă (338).

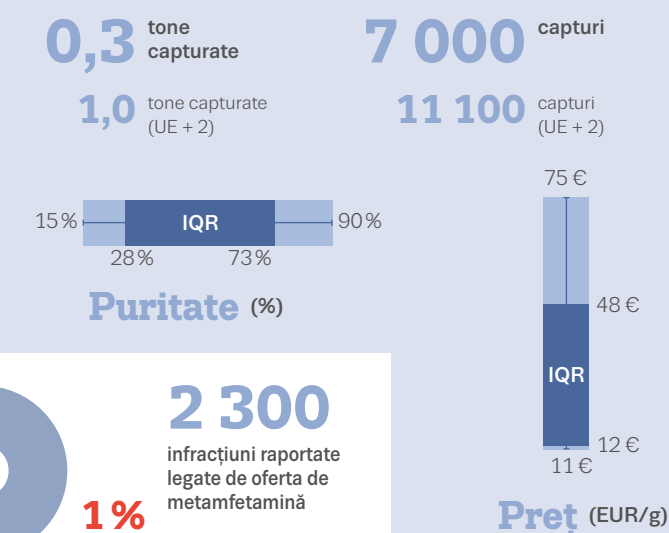
În 2012, statele membre ale UE au raportat 29 000 de capturi de amfetamină, care s-au ridicat la 5,5 tone. Peste jumătate din cantitatea totală de amfetamină capturată a fost raportată de Germania, Țările de Jos și Regatul Unit (figura 1.8). După o perioadă de vârf atât în ceea ce privește numărul, cât și cantitatea, în 2012 capturile de amfetamină au revenit aproximativ la nivelul din 2003 (figura 1.9). În aceeași perioadă, capturile de metamfetamină, deși încă reduse ca număr și cantitate, s-au multiplicat (figura 1.10). În 2012, în Uniunea Europeană au fost raportate 7 000 de capturi, reprezentând 0,34 de tone. Alte 4 000 de capturi, reprezentând 0,64 de tone, au fost raportate de Turcia și Norvegia, cele două țări raportând împreună aproximativ dublul cantității capturate în Uniunea Europeană.

AMFETAMINE

Amfetamină



Metamfetamină

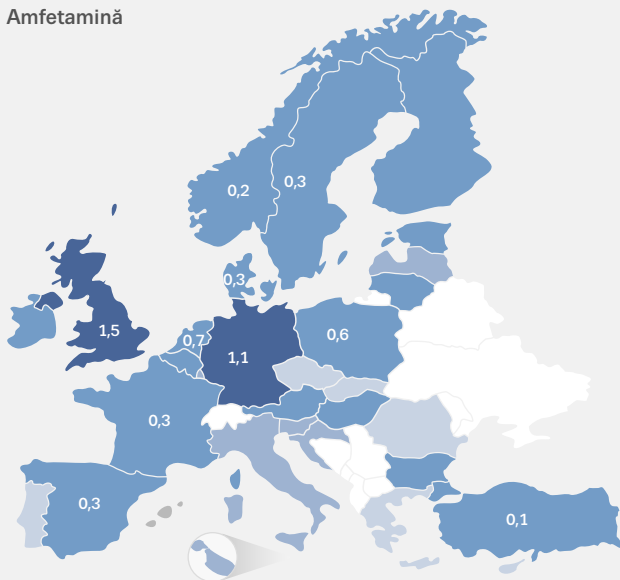


UE + 2 se referă la statele membre ale UE, împreună cu Turcia și Norvegia. Prețul și puritatea amfetaminelor: valori medii naționale: minim, maxim și interval intercuartil (IQR). Nu sunt disponibili indecșii pentru metamfetamină. Țările incluse variază în funcție de indicator.

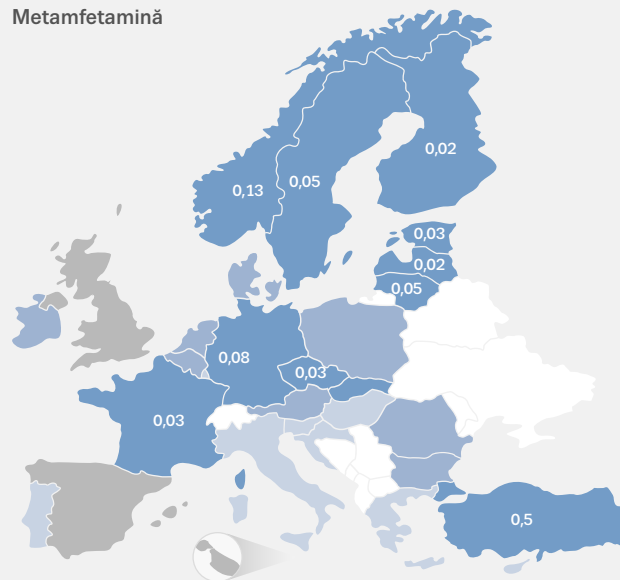
FIGURA 1.8

Cantitatea de amfetamină și metamfetamină capturată, 2012

Amfetamină



Metamfetamină

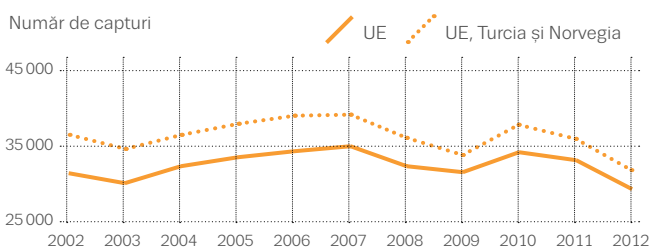


Tone <0,001 0,001–0,010 0,011–1,0 >1,0 Nu există date

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

FIGURA 1.9

Numărul capturilor de amfetamină și cantitatea capturată, 2002-2012



Tone

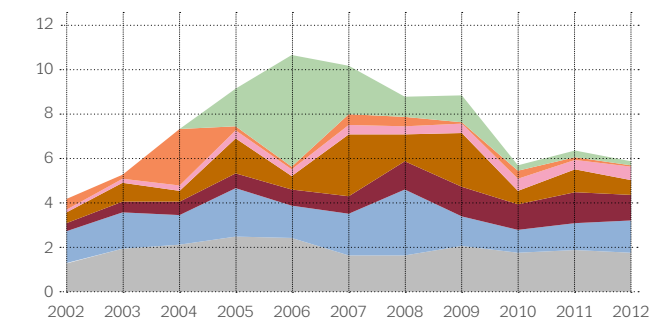
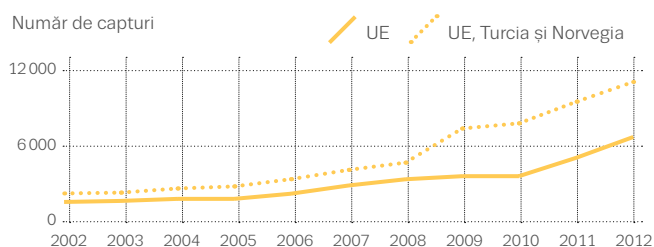
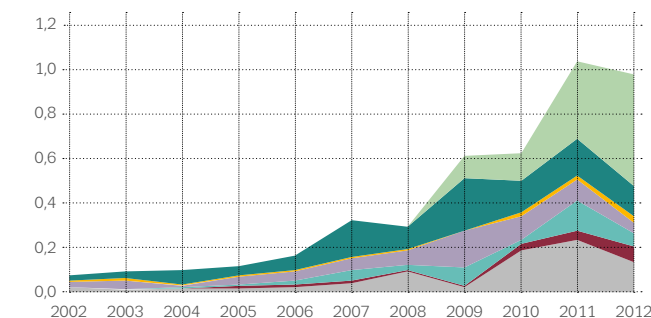

 Alte țări Regatul Unit Germania
 Țările de Jos Polonia Belgia Turcia

FIGURA 1.10

Numărul capturilor de metamfetamină și cantitatea capturată, 2002-2012



Tone


 Alte țări Germania Lituania Suedia
 Republica Cehă Norvegia Turcia

Ecstasy: disponibilitatea pudrei de mare puritate

Ecstasy se referă, de regulă, la substanța sintetică MDMA (3,4-metilendioxi-metamfetamină), care este înrudită din punct de vedere chimic cu amfetaminele, însă diferă într-o anumită măsură în ceea ce privește efectele. Totuși, comprimatele vândute ca ecstasy pot conține oricare dintre substanțele similare MDMA, ca și substanțe chimice neînrudite. Atât pudra, cât și cristalele de MDMA par să devină tot mai obișnuite, în unele zone ale Europei fiind disponibilă pudra de mare puritate.

Producția de ecstasy în Europa pare să fie concentrată în Belgia și Țările de Jos, după cum arată numărul de laboratoare desființate în aceste țări în ultimii zece ani. Numărul laboratoarelor de ecstasy desființate în Europa a scăzut de la 50 în 2002 la trei în 2010, ceea ce sugerează o reducere semnificativă a producției acestui drog. De curând, au apărut indicii referitoare la o revigorare a pieței de ecstasy, mai multe unități mari de producție de MDMA fiind desființate în Belgia și în Țările de Jos în 2013.

În 2012, în Uniunea Europeană au fost capturate 4 milioane de comprimate de ecstasy, în principal în Țările de Jos (2,4 milioane), urmate de Regatul Unit (0,5 milioane) și Germania (0,3 milioane). În plus, Turcia a capturat 3,0 milioane de comprimate de ecstasy în același an (figurile 1.11 și 1.12). Cantitatea de comprimate de ecstasy capturate în Uniunea Europeană în 2012 reprezintă mai puțin de o cincime din cantitatea capturată în 2002 (23 de milioane). Per total, capturile de ecstasy au scăzut între 2002 și 2009, crescând ușor în anii următori (figura 1.11). Această tendință se reflectă și în datele disponibile privind conținutul de MDMA al comprimatelor de ecstasy analizate, care a scăzut până în 2009, crescând în ultimii trei ani de raportare.

Atât pudra, cât și cristalele de MDMA par să devină tot mai obișnuite, în unele zone ale Europei fiind disponibilă pudra de mare puritate

ECSTASY

4 milioane de comprimate capturat

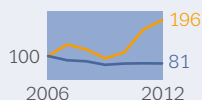
7 milioane de comprimate capturate (UE + 2)

11 200 capturi

16 000 capturi (UE + 2)



Puritate (mg MDMA/comprimat)



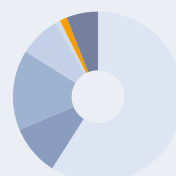
Indexuri ale purității și prețului



Preț (EUR/comprimat)

3 000 infracțiuni raportate legate de oferta de ecstasy

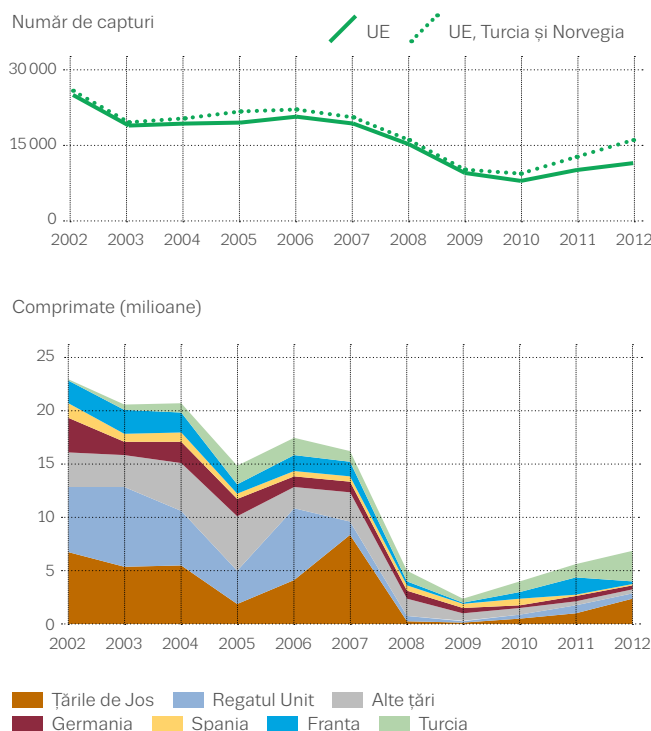
1% din infracțiunile legate de ofertă raportate



UE + 2 se referă la statele membre ale UE, împreună cu Turcia și Norvegia. Prețul și puritatea ecstasy: valori medii naționale: minim, maxim și interval intercuartil (IQR). Țările incluse variază în funcție de indicator.

FIGURA 1.11

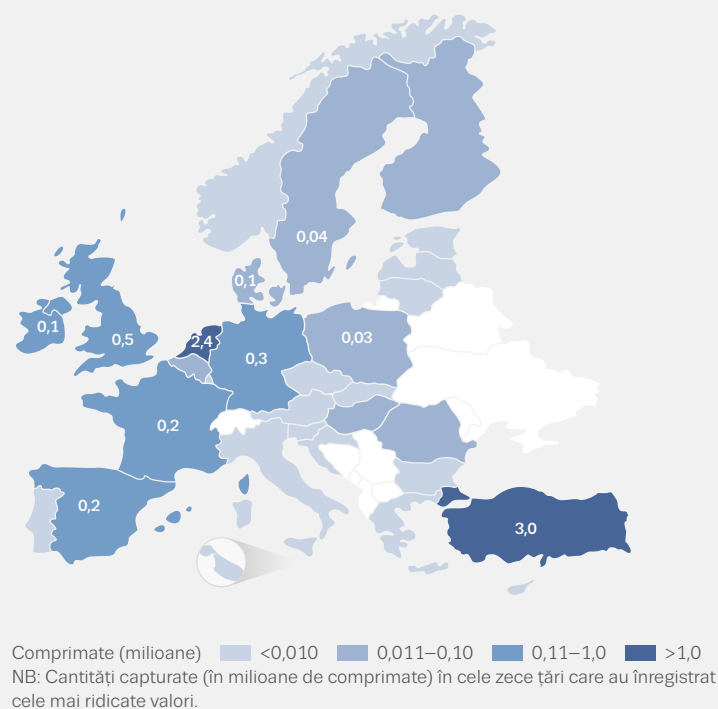
Numărul capturilor de ecstasy și al comprimatelor capturate, 2002-2012



Tendențele observate în ceea ce privește oferta de ecstasy pot fi atribuite, parțial, intensificării controalelor și capturării selective de PMK (piperonil-metil-cetonă), principala substanță chimică precursoră pentru producerea MDMA. Se presupune că producătorii de ecstasy au reacționat la controalele care vizau precursorii drogurilor, folosind „pre-precursori” sau „precursori mascați” — substanțe chimice esențiale care pot fi importate legal ca substanțe necontrolate și transformate ulterior în substanțe chimice precursoră necesare pentru producerea MDMA.

FIGURA 1.12

Cantitatea de ecstasy capturată, 2012



Catinonele, o nouă clasă de droguri stimulente în Europa

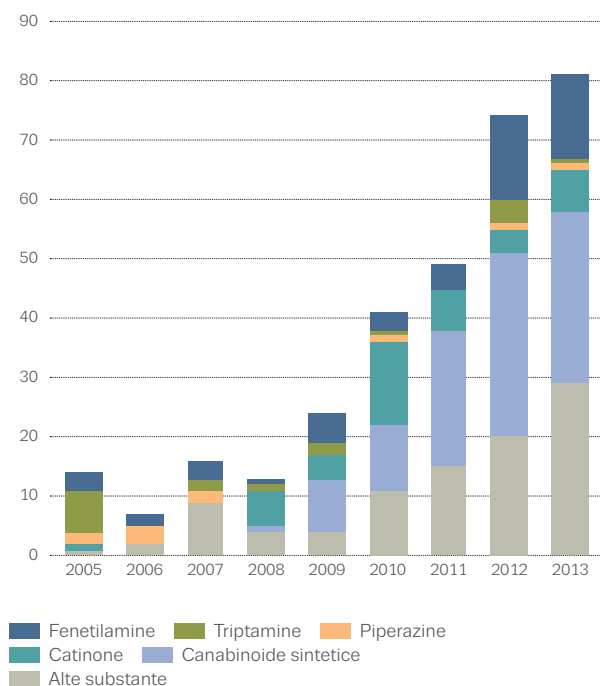
În ultimii ani, în Europa au fost identificați peste 50 de derivați de catinone substituite. Cel mai bun exemplu cunoscut, mefedrona, s-a statornicit pe piața drogurilor stimulente din unele țări. O altă catinonă, MDPV (3,4-metilendioxi-pirovaleronă), se vinde pe piața europeană în principal sub formă de pudră și comprimat ca „drog legal”, însă și direct pe piața ilegală. Între 2008 și 2013 au fost raportate peste 5 500 de capturi de pudră de MDPV în 29 de țări, reprezentând peste 200 de kilograme de drog.

Creșterea diversității drogurilor noi identificate

Analiza pieței drogurilor este complicată de apariția drogurilor noi (substanțe psihoactive noi) — substanțe sintetice sau existente în natură nereglementate de dreptul internațional și care sunt produse deseori cu intenția imitării efectelor drogurilor controlate. În unele cazuri, drogurile noi sunt produse în Europa în laboratoare clandestine și sunt vândute direct pe piață. Alte substanțe chimice sunt importate de la furnizori aflați adesea în China sau în India, fiind apoi ambalate atrăgător și comercializate ca „droguri legale” în Europa. Expresia „droguri legale” este înșelătoare, deoarece substanțele pot fi controlate în unele state membre sau, dacă sunt vândute

FIGURA 1.13

Numărul și principalele grupe de substanțe psihoactive noi notificate prin sistemul de avertizare rapidă al UE, 2005-2013



pentru consum, pot contraveni reglementărilor privind siguranța consumatorilor sau comercializarea. Pentru a evita controalele, produsele sunt deseori etichetate fraudulos, de exemplu ca „substanțe chimice pentru cercetare” sau „alimente pe bază de plante”, fiind însoțite de declinări ale responsabilității potrivit cărora produsul nu este destinat consumului uman.

În 2013, statele membre au raportat pentru prima dată 81 de substanțe psihoactive noi prin intermediul sistemului de avertizare rapidă al UE (figura 1.13). Douăzeci și nouă dintre aceste substanțe erau canabinoizi sintetici, iar alți 30 de compuși nu se încadrau în grupele chimice recunoscute (inclusiv plante și medicamente). De asemenea, au fost raportate 13 noi fenetilamine substituite, șapte catinone sintetice, o triptamină și o piperazină.

În 2013, statele membre au raportat pentru prima dată 81 de substanțe psihoactive noi prin intermediul sistemului de avertizare rapidă al UE

Evaluarea riscului generat de drogurile noi

Au fost efectuate evaluări ale riscului la nivel european pentru 4-metilamfetamină (în 2012) și 5-(2-aminopropil) indol (în 2013), ca răspuns la apariția unor dovezi privind efectele lor nocive, printre care peste 20 de decese asociate fiecărei substanțe pe o perioadă scurtă de timp. Ambele substanțe au făcut obiectul unor măsuri de control pe teritoriul Europei. Patru substanțe psihoactive noi (25I-NBOMe, AH-7921, MDPV și metoxetamina) au fost evaluate din punct de vedere al riscului în aprilie 2014.

25I-NBOMe este o fenetilamină substituită și un agonist cu putere imunogenă complet al receptorului de serotonină 5-HT_{2A}, care pare să aibă efecte halucinogene. Este disponibilă pe piața drogurilor din UE cel puțin din mai 2012. În patru state membre s-a raportat o toxicitate severă asociată consumului acestui drog, inclusiv un deces în cazul căruia a fost depistată substanța.

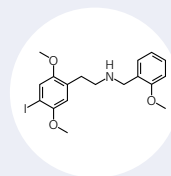
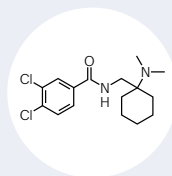
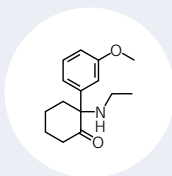
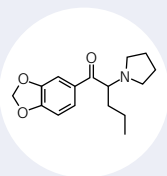
AH-7921 este un opioid sintetic, disponibil în Uniunea Europeană cel puțin din iulie 2012. În majoritatea cazurilor, a fost capturat în cantități mici sub formă de pudră. Acest opioid a fost depistat în șase intoxicații neletale și în cincisprezece decese în Suedia, Regatul Unit și Norvegia. MDPV este un derivat din catinone sintetice, înrudit îndeaproape cu pirovalerona.

MDPV este prezent pe piața drogurilor din UE cel puțin din noiembrie 2008 și a fost depistat în 107 intoxicații neletale și în 99 de decese, în special în Finlanda și Regatul Unit. Există unele indicii privind vânzarea acestui drog ca versiune „legală” sau sintetică a cocainei. De asemenea, drogul a fost depistat în comprimate similare celor de „ecstasy”.

Metoxetamina este o aril-ciclo-hexilamină înrudită îndeaproape cu ketamina, disponibilă pe piața drogurilor din UE cel puțin din septembrie 2010. Au fost capturate cantități mari, de mai multe kilograme sub formă de pudră, și au fost raportate douăzeci de decese și 110 intoxicații neletale asociate substanței.

Noile substanțe psihoactive pot apărea pe piață fie sub aparența unui drog controlat, fie ca alternativă la un drog controlat. De exemplu, 4-metilamfetamina a fost vândută direct pe piața drogurilor ilegale ca amfetamină, metoxetamina este comercializată ca alternativă legală la ketamină, iar 25I-NBOMe este vândut ca alternativă „legală” la LSD.

PATRU SUBSTANȚE EVALUATE DIN PUNCT DE VEDERE AL RISCULUI ÎN 2014



MDPV	Metoxetamină	AH-7921	25I-NBOMe	Substanța
Catinone	Aril-ciclo-hexilamine	Opioide	Fenetilamine	Familia de droguri
2008	2010	2012	2012	Anul primei notificări prin sistemul de avertizare rapidă al UE
99	20	15	1	Numărul deceselor asociate substanței
107	110	6	15	Numărul de intoxicații neletale
29	24	8	24	Numărul de țări în care a fost depistată substanța (UE, Turcia și Norvegia)
22	9	1	6	Numărul de țări în care substanța face obiectul unor măsuri de control în conformitate cu legislația privind controlul drogurilor (UE, Turcia și Norvegia)

Internetul ca piață în creștere

Internetul joacă un rol tot mai important în conturarea modalităților de vânzare a drogurilor și generează obstacole deosebite în calea stopării ofertei atât de droguri „noi”, cât și de droguri „vechi”. Faptul că producătorii, furnizorii, distribuitorii, serviciile de găzduire a site-urilor internet și de procesare a plăților pot avea sediul în țări diferite îngreunează controlul în mod deosebit. La aceste dificultăți se adaugă utilizarea tot mai intensă a rețelelor anonime — așa-numitele „rețele întunecate” (*darknets*) — de vânzare a drogurilor către dealeri și consumatori. Tehnologia de accesare a acestor site-uri este încorporată din ce în ce mai frecvent în software-ul consumatorilor, deschizând aceste piețe unui număr tot mai mare de persoane. În plus, vânzarea liberă a „drogurilor legale” pe internet pare să fi determinat o creștere a disponibilității acestora pentru distribuitori și consumatori. În 2013, în urma monitorizării efectuate de EMCDDA au fost identificate 651 de site-uri care vând „droguri legale” europenilor.

Mai multe medicamente depistate

Tot mai multe droguri noi depistate pe piața drogurilor sunt destinate utilizării legale ca medicamente. Uneori, acestea sunt comercializate ca medicamente, în alte cazuri sunt vândute clandestin ca droguri ilegale, precum heroina, sau ca „droguri legale”, „substanțe chimice pentru cercetare” și chiar ca „suplimente alimentare”. Printre exemplele recente de astfel de medicamente, despre care se presupune că au fost administrate prin injectare de către

consumatorii de opioide, se regăsesc: pregabalinul — administrat pentru tratamentul durerii neuropate, epilepsiei și anxietății generalizate, tropicamida — administrată în timpul controlului oftalmologic pentru dilatarea pupilelor și carfentanilul — un analgezic opioid folosit pentru tranchilizarea animalelor mari.

Printre alte medicamente raportate de curând prin sistemul de avertizare rapidă se numără: fenazepamul, o benzodiazepină vândută ca benzodiazepină „legală”, ca „substanță chimică pentru cercetare” și sub forma medicamentului controlat diazepam, precum și fenibutul — un anxiolitic administrat în tratamentul dependenței de alcool în Rusia, vândut online ca „supliment alimentar”. Aceste medicamente pot fi procurate în mai multe moduri: devierea medicamentelor autorizate de pe piața reglementată și importul de medicamente neautorizate din afara Uniunii Europene. În plus, drogurile componente pot fi importate în vrac din țări precum China, apoi prelucrate și ambalate în țările europene și vândute direct pe piața drogurilor ilegale, pe piața „drogurilor legale” sau pe site-urile de comerț electronic.

**Tot mai multe droguri noi
depistate pe piața drogurilor
sunt destinate utilizării
legale ca medicamente**

INFORMAȚII SUPLIMENTARE

Publicații EMCDDA

2014

Cannabis markets in Europe: a shift towards domestic herbal cannabis, Perspective în materie de droguri.

Exploring methamphetamine trends in Europe, Documente EMCDDA.

2013

Report on the risk assessment of 4-methylamphetamine in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances, Evaluări ale riscului.

Report on the risk assessment of 5-(2-aminopropyl) indole in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances, Evaluări ale riscului.

Synthetic cannabinoids in Europe, Perspective în materie de droguri.

Synthetic drug production in Europe, Perspective în materie de droguri.

2012

Cannabis production and markets in Europe, Insights.

2011

Recent shocks in the European heroin market: explanations and ramifications, Rapoarte ale reuniunilor Trendspotter.

Report on the risk assessment of mephedrone in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances, Evaluări ale riscului.

Răspunsul la apariția substanțelor psihoactive noi, Drogurile în obiectiv.

2010

Risk assessment of new psychoactive substances—operating guidelines.

2007

Early-warning system on new psychoactive substances—operating guidelines.

Publicații comune EMCDDA și Europol

2014

Annual Report on the implementation of Council Decision 2005/387/JHA.

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: AH-7921 (3,4-dichloro-N-[[1-(dimethylamino)cyclohexyl]methyl]benzamide).

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: methoxetamine (2-(3-methoxyphenyl)-2-(ethylamino)cyclohexanone).

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: 25I-NBOMe (4-iodo-2,5-dimethoxy-N-(2-methoxybenzyl)phenethylamine).

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: MDPV (3,4-methylenedioxypyrovalerone).

2013

Annual Report on the implementation of Council Decision 2005/387/JHA.

EU Drug markets report: a strategic analysis.

Amphetamine: a European Union perspective in the global context.

2010

Cocaine: a European Union perspective in the global context.

2009

Methamphetamine: a European Union perspective in the global context.

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

2

Se estimează că aproape un sfert din populația adultă din Uniunea Europeană, respectiv peste 80 de milioane de adulți, au consumat droguri ilegale într-un anumit moment din viața lor

Consumul de droguri și problemele legate de droguri

Termenul „consum de droguri” se referă la mai multe modele diferite de consum, care variază de la consumul experimental, singular, la consumul regulat și dependent. Diferitele modele de consum sunt asociate cu niveluri diferite ale riscurilor și efectelor negative. În ansamblu, riscurile la care va fi expusă o persoană prin consumul de droguri vor fi influențate de mai mulți factori, printre care: contextul în care se consumă drogurile, doza consumată, calea de administrare, consumul simultan al altor substanțe, numărul și durata episoadelor de consum al drogurilor și vulnerabilitatea individuală.

Monitorizarea consumului de droguri și a problemelor legate de droguri

O abordare comună a monitorizării consumului de droguri în Europa se bazează pe cei cinci indicatori epidemiologici cheie al EMCDDA. Aceste seturi de date includ: sondaje privind consumul, estimări privind consumul problematic, decese ca urmare a consumului de droguri, bolile infecțioase asociate și admiterile la tratament pentru consumul de droguri. Împreună, datele constituie o resursă importantă pentru analiza tendințelor și evoluțiilor efectuată de EMCDDA. Informații tehnice referitoare la acești indicatori pot fi consultate la *Key indicators gateway* (Portalul privind principalii indicatori) și în spațiul web *European Drug Report: Data and statistics*.

Peste 80 de milioane de europeni au consumat un drog ilegal

Se estimează că aproape un sfert din populația adultă din Uniunea Europeană, respectiv peste 80 de milioane de adulți, au consumat droguri ilegale într-un anumit moment din viața lor. În majoritatea cazurilor, aceștia au consumat cannabis (73,6 milioane), estimările consumului de alte droguri pe durata vieții fiind mai scăzute: cocaină (14,1 milioane), amfetamină (11,4 milioane) și ecstasy (10,6 milioane). Nivelurile de consum de-a lungul vieții variază considerabil între țări, de la aproximativ o treime din adulți în Danemarca, Franța și Regatul Unit la mai puțin de unul din zece în Bulgaria, Grecia, Cipru, Ungaria, Portugalia, România și Turcia.

Consumul de droguri în rândul elevilor

Monitorizarea consumului de substanțe în rândul elevilor oferă o perspectivă importantă asupra comportamentelor de risc actuale ale tinerilor și un indiciu pentru eventualele tendințe viitoare. În Europa, studiul ESPAD reprezintă o resursă valoroasă pentru urmărirea în timp a tendințelor în ceea ce privește consumul de substanțe în rândul elevilor de 15-16 ani. Conform datelor de ultimă oră, începând din 2011, se estimează că unul din patru adolescenți în vârstă de 15-16 ani a consumat cel puțin o dată un drog ilegal, cu toate că nivelurile de prevalență variază considerabil între țări. Cannabisul reprezintă cea mai mare parte a consumului de droguri ilegale în acest grup, 24% dintre acești adolescenți declarând cel puțin un consum pe durata vieții, 20% un consum în ultimul an, iar 12% un consum în luna anterioară sondajului. Comparativ cu fetele, probabilitatea de consum de cannabis în ultima lună în rândul băieților a fost de 1,5 ori mai mare.

Mulți dintre cei care au consumat cannabis au declarat că au folosit drogul doar o dată sau de două ori. Un număr mic de elevi au raportat, însă, modele de consum mai intensiv, circa 2% din elevi declarând că au consumat drogul de mai mult de 10 ori în decursul lunii anterioare sondajului.

Prevalența consumului altor droguri ilegale în afară de cannabis este mult mai mică, cu toate că în câteva țări consumul de ecstasy și amfetamine este mai important. În

ansamblu, circa 7% dintre elevi raportează consumul a mai mult de un drog ilegal de-a lungul vieții. ESPAD raportează și consumul de alcool și tutun. Ambele substanțe au fost consumate mai frecvent decât cannabisul, iar cei care au consumat cannabis au fost mai înclinați să consume în mod regulat alcool și tutun. În luna anterioară sondajului, 19% dintre elevi au declarat că fumează una sau mai multe țigări pe zi, iar 4% că fumează peste 10 țigări pe zi. Aproape două treimi dintre elevi declară că au băut alcool cel puțin o dată în ultima lună, iar 20% au ajuns în stare de ebrietate cel puțin o dată în această perioadă.

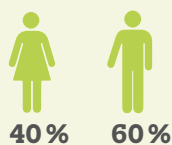
Canabisul: tendințe naționale divergente

În general, cannabisul se fumează, iar în Europa este amestecat de regulă cu tutunul. Modelele de consum de cannabis variază de la consumul ocazional sau experimental la consumul regulat și dependent, problemele legate de cannabis fiind asociate îndeaproape cu consumul mai frecvent și în doze mai mari.

Canabisul este drogul ilegal cel mai consumat de toate grupele de vârstă. Se estimează că 14,6 milioane de tineri europeni (cu vârste cuprinse între 15 și 34 de ani), reprezentând 11,2% din această grupă de vârstă, au consumat cannabis în ultimul an, 8,5 milioane dintre aceștia având vârste cuprinse între 15 și 24 de ani (13,9%). Consumul de cannabis este, în general, mai mare în rândul bărbaților, iar această diferență este accentuată, de obicei,

CONSUM DE SUBSTANȚE ÎN RÂNDUL ELEVILOR EUROPENI CU VÂRSTA CUPRINSĂ ÎNTRE 15 ȘI 16 ANI (ESPAD, 2011)

Numărul consumatorilor de cannabis în ultima lună, pe sexe



Frecvența consumului de cannabis în ultima lună (%)

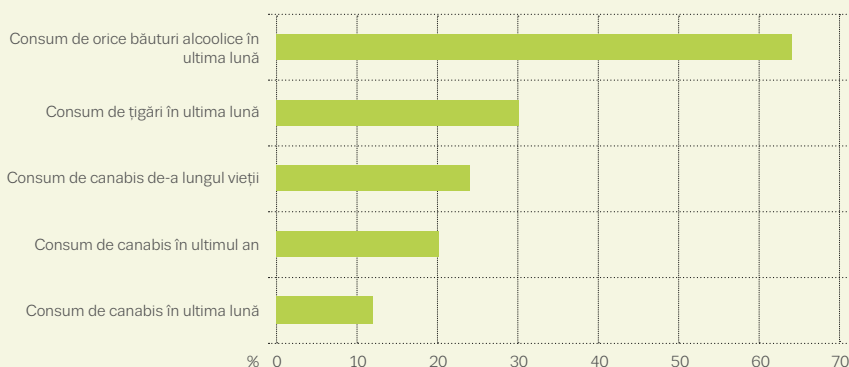
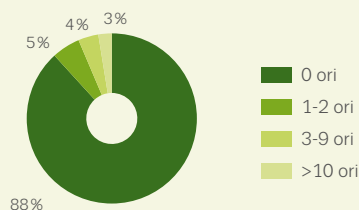
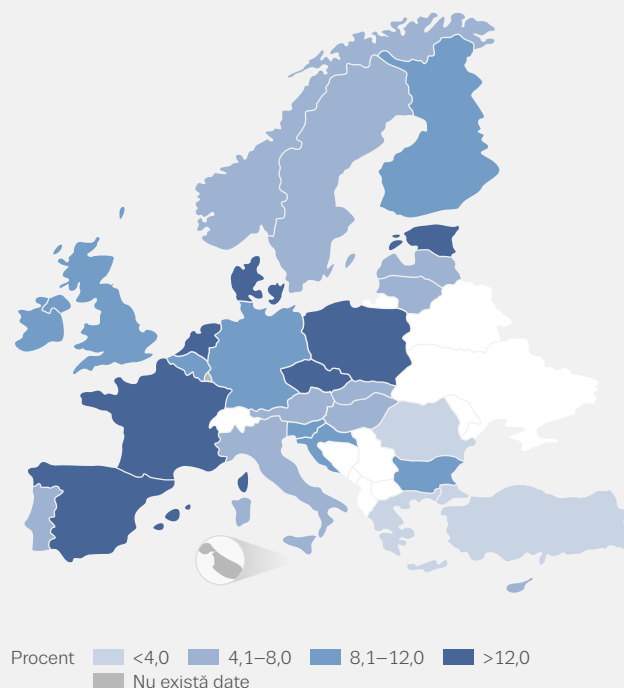
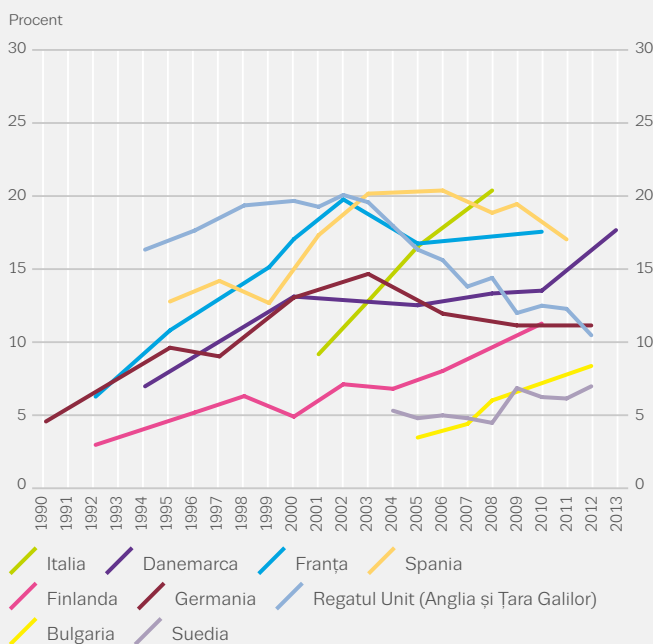


FIGURA 2.1

Prevalența în ultimul an a consumului de canabis în rândul tinerilor adulți (15-34 de ani): țări cu tendințe semnificative din punct de vedere statistic (stânga) și date de ultimă oră (dreapta)



la modelele de consum mai intensiv sau regulat. Tendințele actuale ale consumului sunt divergente, aspect ilustrat de faptul că opt dintre țările care au participat la sondaje noi după 2011 au raportat scăderi, iar cinci au raportat creșteri ale prevalenței din ultimul an. Doar un număr mic de sondaje naționale raportează în prezent consumul de agonisți ai receptorilor de canabinoizi sintetici, nivelurile de prevalență aferente fiind în general mici.

Un număr din ce în ce mai mare de țări dispun acum de suficiente date din sondaje pentru a realiza o analiză statistică a tendințelor temporale pe termen lung ale consumului de canabis în rândul tinerilor adulți (cu vârste cuprinse între 15 și 34 de ani). În Danemarca, Finlanda și Suedia, se pot observa tendințe crescătoare pentru consumul de canabis în ultimul an în rândul tinerilor adulți, deși la niveluri diferite de prevalență (figura 2.1). În schimb, ratele de prevalență din Norvegia au rămas relativ stabile. Este interesant faptul că Germania, Franța și Regatul Unit au înregistrat fie o tendință de stabilizare, fie una descendentă în ceea ce privește consumul în ultimul deceniu, deși înregistraseră creșteri înainte de această perioadă. Și Spania a raportat o prevalență mai scăzută în ultimii zece ani. Împreună, aceste patru țări reprezintă aproape jumătate din populația UE. Bulgaria și Italia, țări cu serii de timp mai scurte, înregistrează tendințe ascendente. Mai recent, Italia a raportat niveluri de prevalență mai scăzute, dar acest lucru are drept cauză unele probleme metodologice, sondajele nefiind direct comparabile.

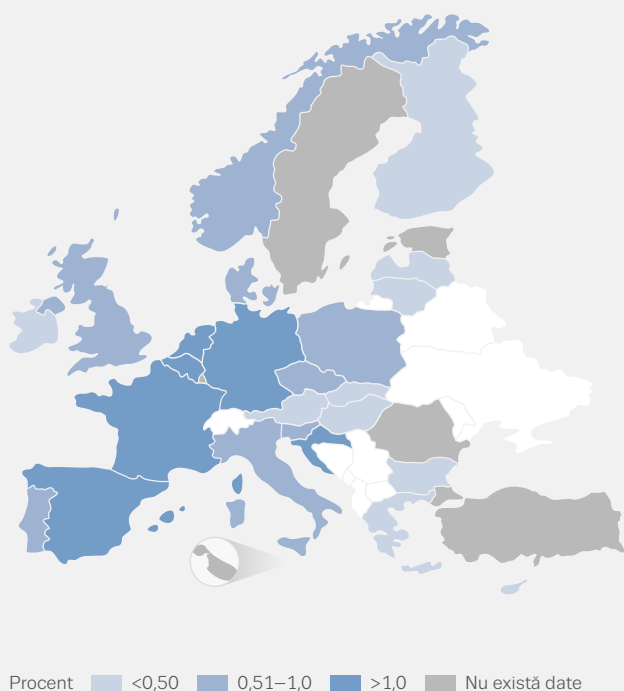
Motive de îngrijorare privind consumatorii de canabis

Un număr mic de consumatori de canabis consumă substanța intensiv. Consumul zilnic sau aproape zilnic de canabis este definit ca fiind consumul timp de 20 de zile sau mai multe în ultima lună. Pe baza acestor criterii, se estimează că aproape 1% din adulții europeni consumă canabis zilnic sau aproape zilnic. Peste două treimi dintre cei care consumă canabis zilnic sau aproape zilnic au vârste cuprinse între 15 și 34 de ani, iar din această grupă de vârstă, peste trei sferturi sunt bărbați. Dintre țările care furnizează date, procentul estimat al tinerilor adulți (15-34 de ani) care consumă canabis zilnic sau aproape zilnic variază între 0,1% în Slovacia și 4,4% în Spania (figura 2.2).

În 2012, canabisul a fost drogul raportat cel mai frecvent ca motiv principal de inițiere a unui tratament pentru consumul de droguri de către consumatorii care se adresează serviciilor de tratament pentru prima dată. Cu o creștere de la 45 000 la 61 000 de persoane între 2006 și 2011, numărul total al consumatorilor care încep tratamentul pentru prima dată s-a stabilizat în 2012 (59 000 de pacienți). Canabisul a fost al doilea dintre drogurile raportate cel mai frecvent de către consumatorii care au apelat la tratament în 2012 (110 000 de pacienți). Cu toate acestea, se poate observa o diversitate considerabilă la nivel național, 2% din numărul total al consumatorilor care au solicitat tratament raportând

FIGURA 2.2

Prevalența consumului zilnic și aproape zilnic de cannabis în rândul tinerilor adulți (15-34 de ani)



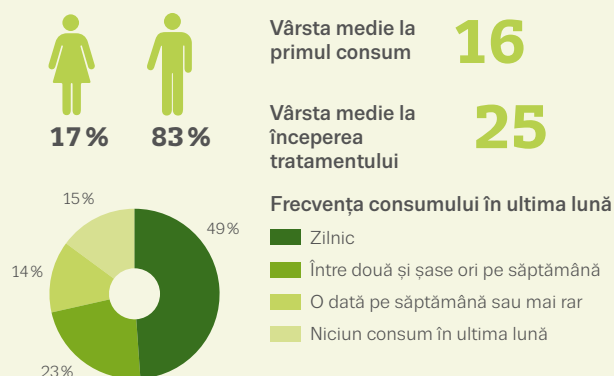
consumul de cannabis ca drog principal în Bulgaria, iar 66% în Ungaria. Această eterogenitate poate fi explicată prin deosebirile în ceea ce privește practicile de referire către tratamentul specializat, legislația, tipul de servicii de tratament disponibile și nivelurile de prevalență naționale.

Urgențe acute asociate cu cannabisul și cu produșii de tip canabinoizi sintetici

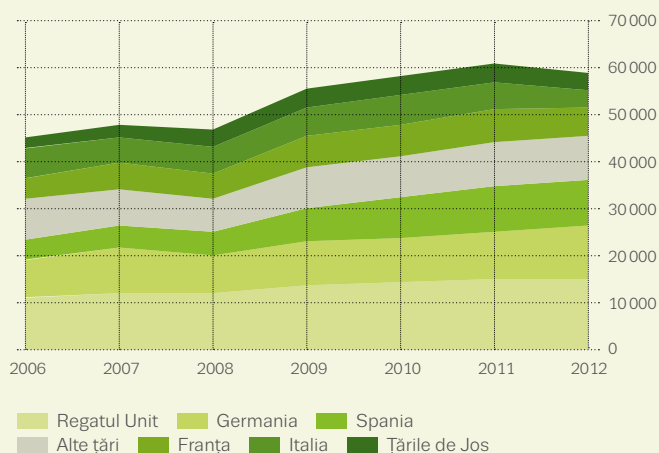
Deși rareori, consumul de cannabis poate provoca urgențe acute, în special în doze mari. În țările cu niveluri mai ridicate de prevalență, urgențele asociate cu consumul de cannabis devin o problemă din ce în ce mai mare. În Republica Cehă, Danemarca și Spania s-au raportat creșteri recente ale numărului de urgențe asociate cu consumul de cannabis. Majoritatea urgențelor provocate de consumul de cannabis apar la tinerii adulți de sex masculin și sunt adesea asociate cu consumul de alcool. Printre simptome se numără anxietatea, psihoza sau alte simptome psihiatrice și, în majoritatea cazurilor, nu este necesară spitalizarea. Un alt motiv de îngrijorare este, în ultimul timp, apariția canabinoizilor sintetici. Aceste substanțe pot avea putere imunogenă extrem de mare, dar ele nu sunt similare din punct de vedere chimic cu cannabisul, prin urmare pot avea consecințe diferite și chiar mai grave pentru sănătate. Cu toate că posibilitățile pe care le avem în prezent de a înțelege implicațiile consumului acestor substanțe asupra sănătății rămân limitate, există o preocupare din ce în ce mai mare pentru raportarea efectelor negative acute asociate cu consumul lor.

CONSUMATORI DE CANNABIS CARE SOLICITĂ TRATAMENT

Caracteristici



Tendințe în rândul persoanelor care încep tratamentul pentru prima dată



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

Diversitatea geografică a modelelor de consum de droguri stimulente

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

Datele din sondaje ilustrează diferențele geografice în ceea ce privește modelele de consum de droguri stimulente în Europa. Cocaina este mai răspândită în sudul și vestul Europei, amfetaminele în țările din centrul și nordul Europei, în timp ce ecstasy – deși la niveluri de prevalență scăzute – în țările din sudul și estul Europei (figura 2.3). Datele provenite din analiza apelor reziduale efectuată în cadrul unui studiu în mai multe orașe europene arată, de asemenea, o diferență în tiparele de consum la nivel regional. Concentrații de amfetamină

FIGURA 2.3

Drogul stimulent predominant conform prevalenței din ultimul an în rândul tinerilor adulți (15-34 de ani)

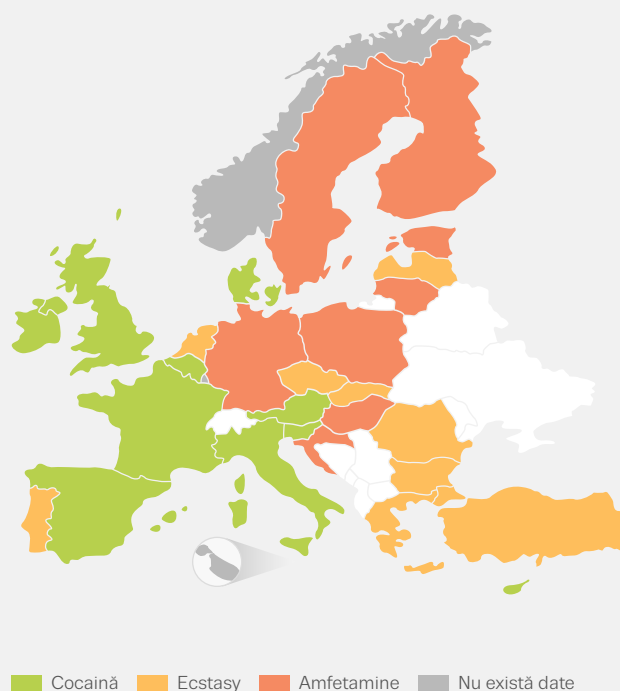
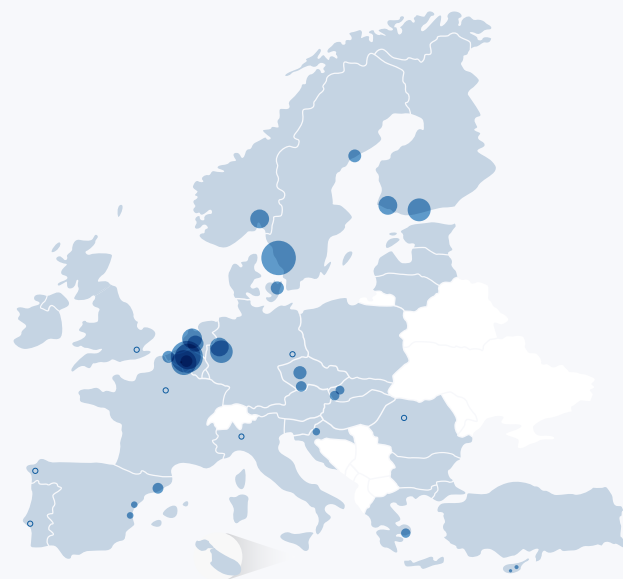


FIGURA 2.4

Amfetamine în apele reziduale din anumite orașe europene

Amfetamină



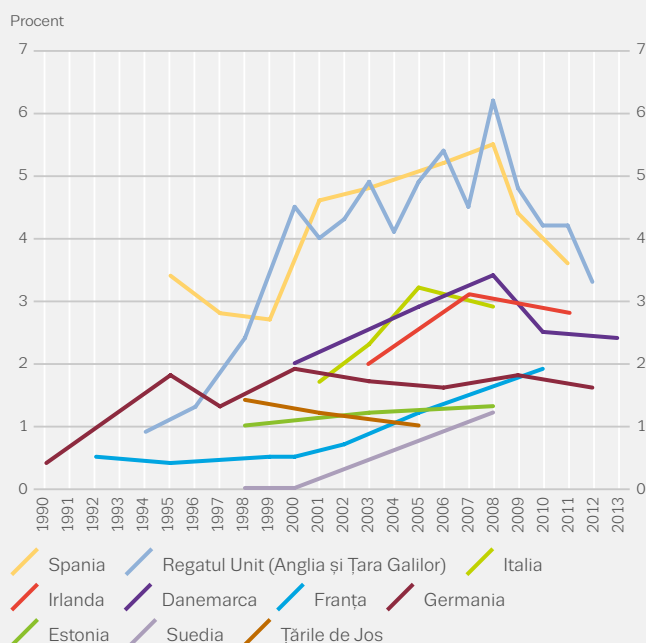
Metamfetamină



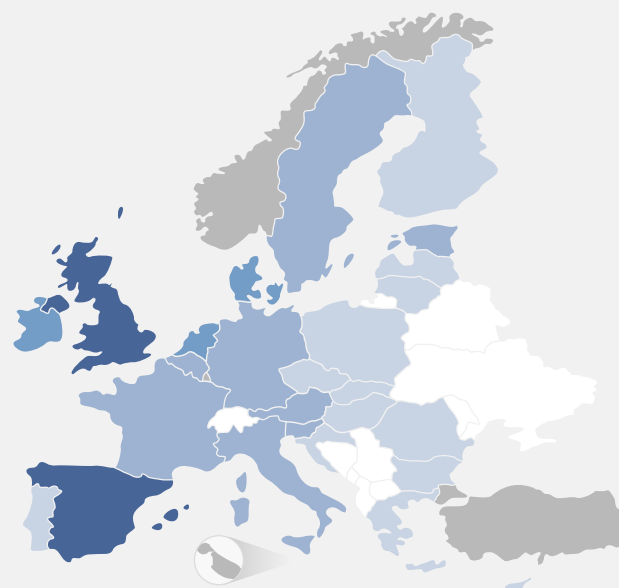
NB: Cantități medii zilnice de amfetamine în miligrame la 1000 de persoane, obținute prin eșantionare pe parcursul unei perioade de o săptămână în 2013. Sursa: Grupul de bază pentru analiza apelor uzate – Europa (SCORE).

FIGURA 2.5

Prevalența în ultimul an a consumului de cocaină în rândul tinerilor adulți (15-34 de ani): tendințe în țările selectate (stânga) și date de ultimă oră (dreapta)



NB: Tendințe în cele zece țări cu cea mai mare prevalență și în care s-au efectuat trei sau mai multe sondaje



Procent 0,1–1,0 1,1–2,0 2,1–3,0 >3,0
Nu există date

relativ mari au fost identificate în probe de ape reziduale prelevate dintr-o serie de orașe din nordul și nord-vestul Europei, în schimb cele mai ridicate niveluri de metamfetamină s-au înregistrat în orașe din Republica Cehă și Slovacia (figura 2.4).

Cocaina: prevalența continuă să scadă

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

Cocaina este cel mai consumat drog stimulent ilegal în Europa, deși majoritatea consumatorilor se află într-un număr restrâns de țări. Se estimează că circa 2,2 milioane de tineri adulți cu vârste cuprinse între 15 și 34 de ani

(1,7% din această grupă de vârstă) au consumat cocaină în ultimul an.

Având în vedere tendințele pe termen mai lung în ceea ce privește consumul de cocaină pentru Danemarca, Spania și Regatul Unit, toate acestea fiind țări care au raportat rate de prevalență relativ mari, se pot observa scăderi după înregistrarea unei valori de vârf în 2008 (figura 2.5). Majoritatea celorlalte țări prezintă tendințe de stabilizare sau descendente.

O reducere a consumului de cocaină se poate observa și în datele de ultimă oră; 11 din 12 țări în care s-au efectuat sondaje între 2011 și 2013 au raportat scăderea prevalenței.

**Cocaina este cel mai
consumat drog
stimulent ilegal în
Europa**

Scăderea în continuare a cazurilor de admitere la tratament ca urmare a consumului de cocaină

Numai patru țări dispun de estimări relativ recente privind consumul intensiv sau problematic de cocaină, iar acestea sunt dificil de comparat, deoarece definițiile utilizate diferă. În 2012, în rândul populației adulte, Germania a estimat „dependența de cocaină” la 0,20%, Italia a prezentat o estimare de 0,26% pentru persoanele „care au nevoie de tratament pentru consumul de cocaină”, iar în 2011, Spania a estimat „consumul de mare risc al cocainei” la 0,4%. Pentru 2010-2011, Regatul Unit a estimat consumul de cocaină crack în rândul populației adulte din Anglia ca fiind de 0,49%, deși majoritatea acestor consumatori consumau și opioide.

Cocaina a fost menționată ca drog primar în cazul a 14% din numărul total al consumatorilor raportați care au început un tratament specializat pentru dependența de droguri în 2012 (55 000) și în cazul a 18% din consumatorii care au început pentru prima dată tratamentul (26 000). Există diferențe mari de la o țară la alta, aproximativ 90% din numărul total de consumatori de cocaină fiind raportați de numai cinci țări (Germania, Spania, Italia, Țările de Jos, Regatul Unit). Împreună, aceste cinci țări reprezintă puțin peste jumătate din populația UE. Numărul consumatorilor care încep pentru prima dată în viață tratamentul pentru dependența de cocaină ca drog principal a scăzut în ultimii ani, de la o

valoare de vârf de 38 000 în 2008 la 26 000 în 2012. O mare parte din această scădere poate fi determinată de o reducere a cifrelor raportate de Italia. În 2012, doar un număr redus (2 300) de consumatori admiși pentru prima dată la tratament în Europa au raportat dependența de cocaină crack ca drog principal, circa două treimi dintre aceștia fiind în Regatul Unit, iar cea mai mare parte a celorlalți în Spania și Țările de Jos.

Cocaina este responsabilă și de internările în spital pentru afecțiuni acute, precum și de decese. De asemenea, drogul poate fi un factor determinant în unele cazuri de deces atribuite problemelor cardiovasculare. Deși datele în acest domeniu sunt limitate, 19 țări au raportat decese legate de consumul de cocaină în 2012, cu peste 500 de cazuri identificate.

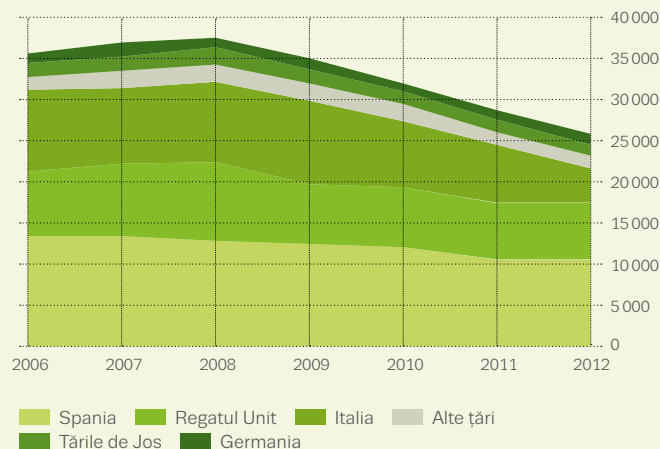
**19 țări au raportat decese
legate de consumul de
cocaină în 2012, cu peste 500
de cazuri identificate**

CONSUMATORI DE COCAINĂ CARE SOLICITĂ TRATAMENT

Caracteristici



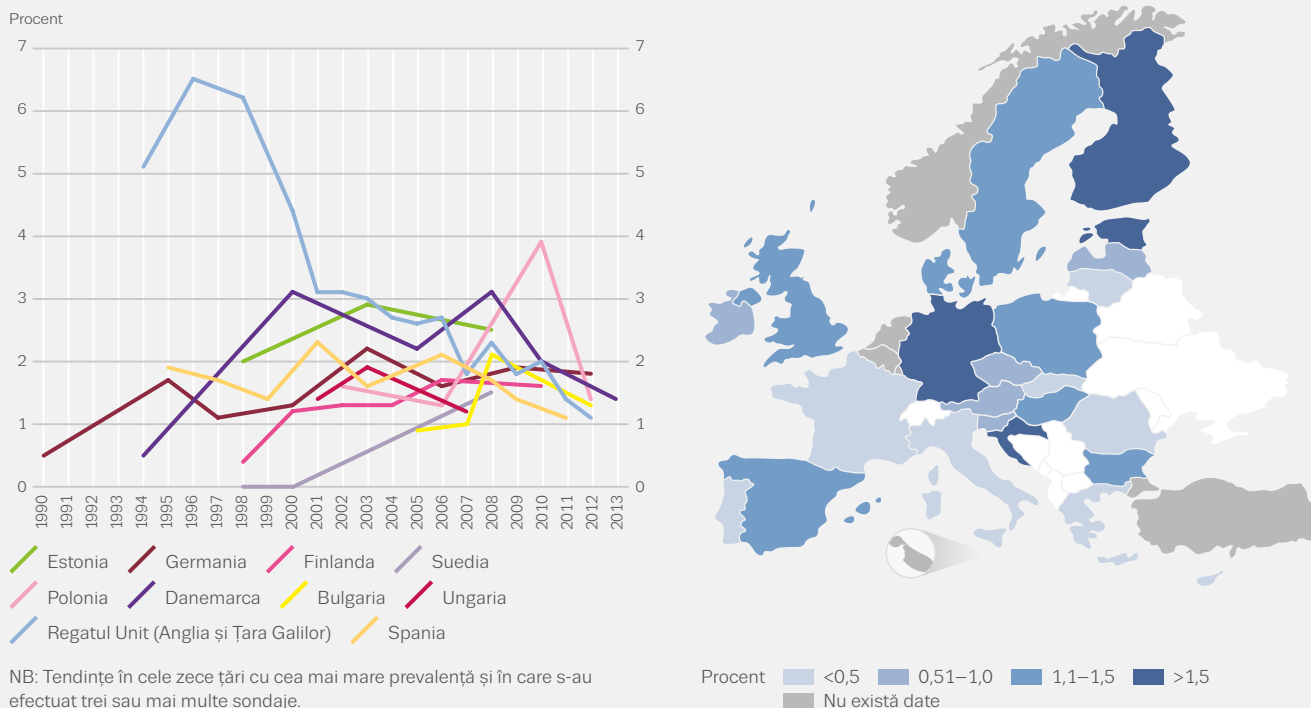
Tendințe în rândul persoanelor care încep pentru prima dată tratamentul



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

FIGURA 2.6

Prevalența în ultimul an a consumului de amfetamine în rândul tinerilor adulți (15-34 de ani): tendințe în țările selectate (stânga) și date de ultimă oră (dreapta)



Amfetaminele: consumul scade, dar riscurile asupra sănătății persistă

Amfetamina și metamfetamina, două substanțe stimulente foarte apropiate, sunt ambele consumate în Europa, dar amfetamina este de departe cea mai disponibilă dintre cele două. Consumul de metamfetamină a fost limitat din punct de vedere istoric la Republica Cehă și, mai recent, la Slovacia, deși această situație este acum în curs de schimbare.

Ambele droguri pot fi administrate oral sau inhalate; în plus, injectarea este relativ frecventă în rândul consumatorilor problematici din unele țări. Metamfetamina poate fi și fumată, dar această cale de administrare a fost raportată abia recent în Europa.

Printre efectele adverse ale consumului de amfetamine asupra sănătății se numără problemele cardiovasculare, pulmonare, neurologice și de sănătate mintală, în timp ce injectarea reprezintă, ca și în cazul altor droguri stimulente, poate fi dificilă identificarea deceselor legate de consumul de amfetamine. Cu toate acestea, anual se raportează un număr mic de decese, de obicei de către țările în care nivelurile de prevalență sunt ridicate.

Un număr estimat de 1,2 milioane (0,9%) de tineri adulți (din grupa de vârstă 15-34 de ani) au consumat

amfetamine în ultimul an. Între 2007 și 2012, estimările anuale privind prevalența consumului în rândul tinerilor adulți au rămas la un nivel relativ scăzut și stabil în majoritatea țărilor europene, nivelurile de prevalență fiind de cel mult 2,5% în toate țările raportoare. Dintre cele 12 țări în care s-au efectuat sondaje în 2011, 11 au raportat niveluri de prevalență în scădere ale consumului de amfetamină (figura 2.6).

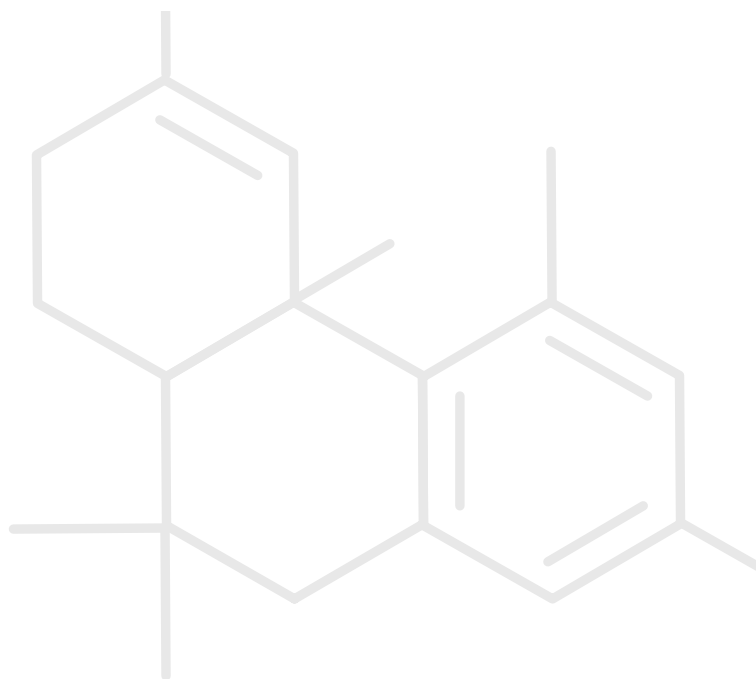


Consumul de amfetamine, un fenomen cu implicații multiple

Atât Republica Cehă, cât și Slovacia raportează tipare adânc înrădăcinate, pe termen lung, ale consumului de metamfetamină, cele mai recente estimări ale consumului problematic în rândul adulților (15-64 de ani) fiind de aproximativ 0,42% în Republica Cehă (2012) și de 0,21% în Slovacia (2007). Recent, au fost raportate indicii ale consumului problematic de metamfetamină în rândul consumatorilor de droguri de mare risc din unele regiuni ale Germaniei și din Grecia, Cipru, Letonia și Turcia. Printre aceste indicii, se numără semnale îngrijorătoare din țările din sudul Europei privind fumatul de metamfetamină cristalizată în rândul subcategoriei de consumatori de opioide prin injectare. În plus, au fost identificate noi tendințe de injectare în rândul unor mici grupuri de bărbați care întrețin relații homosexuale în unele orașe europene mari.

Aproximativ 6% dintre consumatorii care au început un tratament specializat în Europa în 2012 au raportat amfetaminele ca drog principal (aproximativ 25 000 de consumatori, din care 10 000 au început tratamentul pentru prima dată în viață). Consumatorii de amfetamină ca drog principal reprezintă un procent substanțial din consumatorii raportați care au început tratamentul pentru prima dată numai în Germania, Letonia și Polonia, în timp ce metamfetamina este menționată ca drog principal de

un număr mare de consumatori care au început tratamentul pentru prima dată în Republica Cehă și Slovacia. Creșterile recente ale numărului de consumatori admiși pentru prima dată la tratament pentru consumul de amfetamine sunt determinate în primul rând de Germania și de creșterea numărului de consumatori de metamfetamină admiși pentru prima dată la tratament în Republica Cehă și Slovacia.

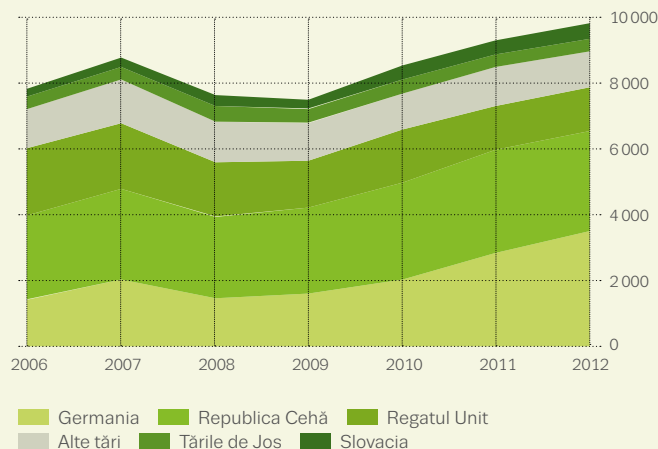


CONSUMATORI DE AMFETAMINE CARE SOLICITĂ TRATAMENT

Caracteristici



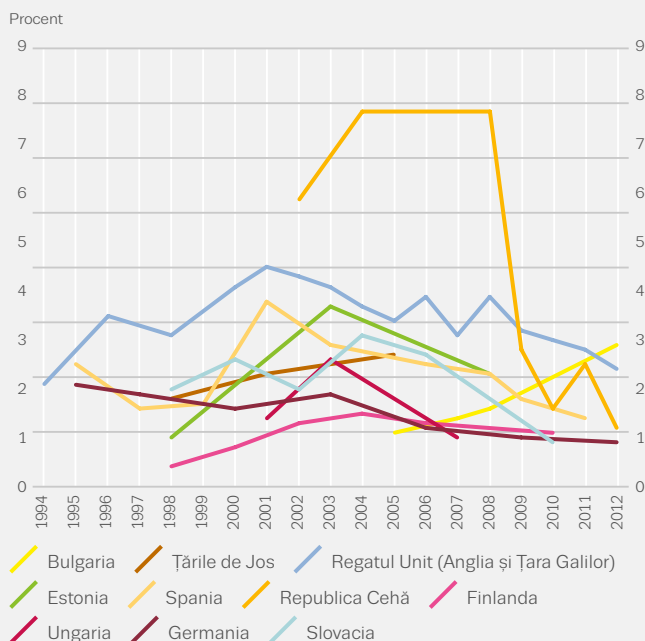
Tendințe în rândul persoanelor care încep tratamentul pentru prima dată



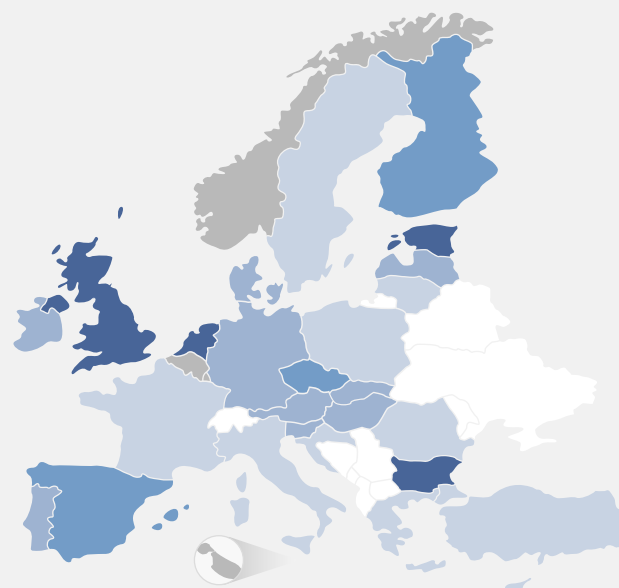
NB: Caracteristicile se referă la toți consumatorii de amfetamine ca drog principal care apelează la tratament. Tendințele se referă la consumatorii de amfetamine ca drog principal care încep tratamentul pentru prima dată. Țările incluse variază în funcție de indicator.

FIGURA 2.7

Prevalența în ultimul an a consumului de ecstasy în rândul tinerilor adulți (15-34 de ani): tendințe în țările selectate (stânga) și date de ultimă oră (dreapta)



NB: Tendințe în cele zece țări cu cea mai mare prevalență și în care s-au efectuat trei sau mai multe sondaje.



Consumul de ecstasy: tendințe descendente și de stabilizare în rândul populației generale

Ecstasy se referă de regulă la substanța sintetică MDMA. Drogul este consumat în general sub formă de comprimate, dar este disponibil și sub formă de cristale sau de pudră; de obicei, se înghite sau se inhalează. Consumul de ecstasy a fost asociat, din punct de vedere istoric, cu contextul muzicii electronice, iar consumatorii sunt tineri adulți, în special bărbați tineri. Problemele asociate cu consumul acestui drog includ hipertermia acută și probleme de sănătate psihică. Sunt raportate și decese cauzate de consumul de ecstasy, dar ele sunt rare.

Se estimează că 1,3 milioane de tineri adulți (15-34 de ani) au consumat ecstasy în ultimul an (1,0% din această grupă de vârstă), estimările la nivel național variind între mai puțin de 0,1% și 3,1%. În Europa, consumul acestui drog a atins niveluri record între începutul și jumătatea anilor 2000, înainte de a scădea (figura 2.7). Între 2007 și 2012, majoritatea țărilor au raportat tendințe de stabilizare sau scădere a consumului de ecstasy. Cu excepția Bulgariei, care înregistrează o evoluție ascendentă a prevalenței începând cu 2005, această scădere continuă să fie evidentă pentru cele 12 țări în care s-au realizat sondaje din 2011 până în prezent. Doar un număr mic de consumatori au apelat la tratament pentru probleme legate de ecstasy în 2012: ecstasy a fost menționat ca

drog principal de mai puțin de 1% (aproximativ 550 de consumatori) dintre consumatorii din Europa raportați ca fiind admiși la tratament pentru prima dată.

Catinonele sintetice: injectarea este un motiv de îngrijorare

Catinonele, cum ar fi mefedrona și MDPV, au ocupat un loc pe piața drogurilor stimulente ilegale din unele țări. Informațiile limitate disponibile arată că nivelurile de prevalență rămân scăzute. Sondaje repetate care includ consumul de catinone sunt disponibile doar pentru Regatul Unit (Anglia și Țara Galilor). În sondajele cele mai recente (2012-2013), consumul de mefedronă din ultimul an în rândul tinerilor adulți cu vârste cuprinse între 16 și 59 de ani a fost estimat la 0,5%, în scădere de la 1,1% în

**Între 2007 și 2012,
majoritatea țărilor au
raportat tendințe de
stabilizare sau scădere a
consumului de ecstasy**

2011-2012 și 1,4% în 2010-2011. Rezultatele dintr-un sondaj nereprezentativ în rândul persoanelor care frecventează regulat cluburi din Regatul Unit indică, de asemenea, o scădere a consumului de mefedronă în ultimul an (de la 19,5% în 2011 la 13,8% în 2012).

Injectarea de catinone, inclusiv mefedronă, MDPV și pentedronă, rămâne un motiv de îngrijorare și a fost raportată în diverse grupe de populație, printre care consumatorii de opioide prin injectare, pacienții aflați în tratament pentru consumul de droguri, deținuții și mici grupuri de persoane de sex masculin care întrețin relații homosexuale. În Ungaria, România și Regatul Unit, s-a raportat o creștere a admitere la tratament pentru consumul problematic de catinone sintetice. În România, un procent mai mare de consumatori care au început tratamentul pentru prima dată au raportat consumul de substanțe psihoactive noi ca drog principal (37%), comparativ cu cei care au raportat consumul de heroină (21%). Numărul consumatorilor de mefedronă care au apelat la tratament în Regatul Unit în 2011-2012 a fost estimat la 1 900, mai mult de jumătate dintre aceștia având mai puțin de 18 ani.

Nivel scăzut al consumului de substanțe halucinogene, GHB și ketamină

O serie de substanțe psihoactive cu proprietăți halucinogene, anestezice și depresive sunt disponibile pe piața drogurilor ilegale din Europa: acestea pot fi consumate individual, împreună cu sau în locul altor droguri mai frecvente. Nivelurile de prevalență generală pentru consumul de ciuperci halucinogene și LSD (dietilamida acidului lisergic) în Europa au fost în general scăzute și stabile mai mulți ani. În rândul tinerilor adulților (15-34 de ani), sondajele naționale au raportat estimări ale prevalenței consumului de ciuperci halucinogene din ultimul an care variază între 0% și 0,8%, iar de LSD între 0% și 0,7%.

Începând de la jumătatea anilor 1990, s-a raportat consumul recreativ de ketamină și gama-hidroxibutirat (GHB) în rândul unor subgrupuri de consumatori de droguri din Europa. Sunt recunoscute într-o măsură din ce în ce mai mare problemele de sănătate cauzate de aceste substanțe, de exemplu afectarea vezicii urinare cauzată de consumul de ketamină pe termen lung. Pierderea cunoștinței, sindromul de sevraj și dependența sunt riscuri asociate consumului de GHB, cereri de admitere la tratament înregistrându-se în Belgia și Țările de Jos.

Estimările naționale, acolo unde există, ale prevalenței consumului de GHB și ketamină atât în rândul adulților, cât

și al elevilor se mențin scăzute. Danemarca raportează prevalența consumului de ketamină în ultimul an la 0,3% din tinerii adulți (15-34 de ani), 0,8% din persoanele cu vârste cuprinse între 16 și 24 de ani raportând că au consumat ketamină în ultimul an în Regatul Unit, procent în scădere de la nivelul de vârf de 2,1% înregistrat în 2010. Sondajele realizate în contextul vieții de noapte au raportat în general niveluri mai mari ale prevalenței consumului. Dintre respondenții din Regatul Unit care au participat în 2013 la un sondaj pe internet cu eșantioane constituite prin metoda autoselecției și care au fost identificați ca persoane care frecventează regulat cluburile, 31% au raportat că au consumat ketamină în ultimul an, iar 2% au raportat că au consumat GHB în ultimul an.

O serie de substanțe psihoactive cu proprietăți halucinogene, anestezice și depresive sunt disponibile pe piața drogurilor ilegale din Europa



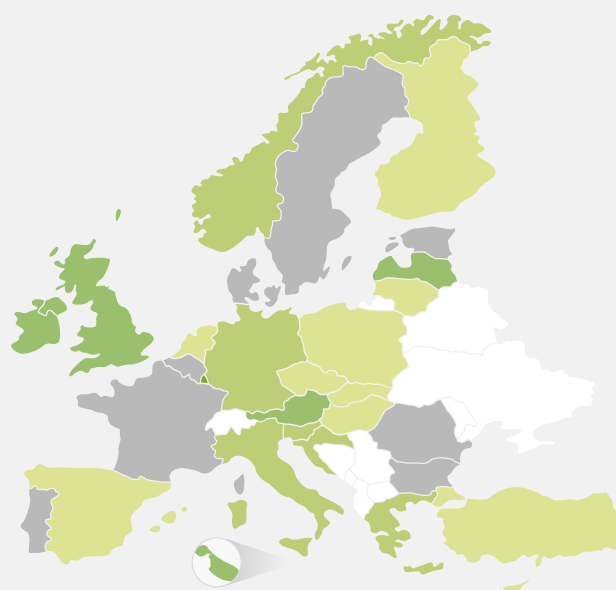
FIGURA 2.8

Estimări naționale ale prevalenței din ultimul an a consumului problematic de opioide

Cazuri la 1 000 de consumatori cu vârste cuprinse între 15 și 64 de ani



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



Rată la 1 000 de consumatori

- <2,50
- 2,51–5,0
- >5,0
- Nu există date

NB: Datele pentru Finlanda sunt din 2005, iar cele pentru Irlanda din 2006.

Opioidele: 1,3 milioane de consumatori problematici

Consumul ilegal de opioide rămâne responsabil pentru o rată disproporționat de mare a mortalității și morbidității cauzate de consumul de droguri în Europa. Principalul opioid consumat în Europa este heroina, care poate fi fumată, inhalată sau injectată. O serie de alte opioide sintetice, precum buprenorfina, metadona și fentanilul sunt, de asemenea, disponibile pe piața ilegală. Consumul de opioide tinde să atingă nivelurile cele mai ridicate în rândul grupurilor marginalizate din zonele urbane.

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

Prevalența anuală medie a consumului problematic de opioide în rândul adulților (15-64 de ani) este estimată ca reprezentând 0,4%, ceea ce înseamnă 1,3 milioane de consumatori problematici de opioide în Europa în 2012. La nivel național, estimările prevalenței consumului de opioide variază între mai puțin de unul și aproximativ opt

cazuri la 1 000 de consumatori cu vârste cuprinse între 15 și 64 de ani (figura 2.8).

Heroina: scăderea în continuare a cererii de tratament

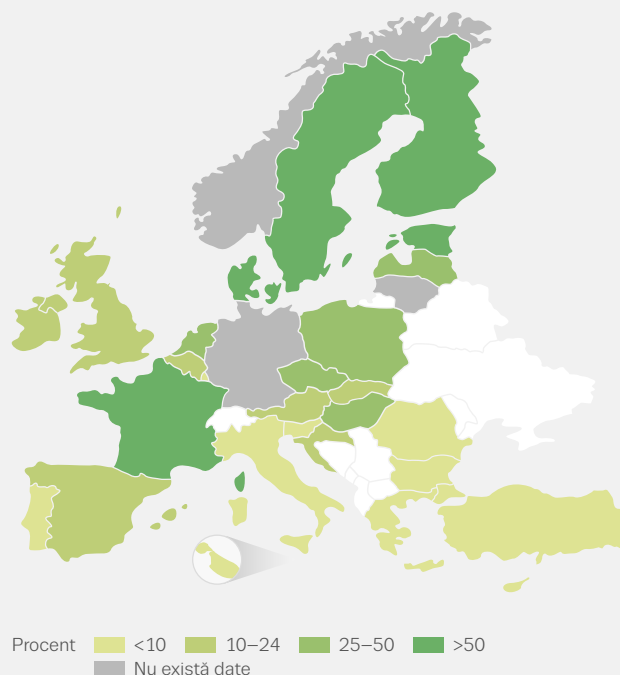
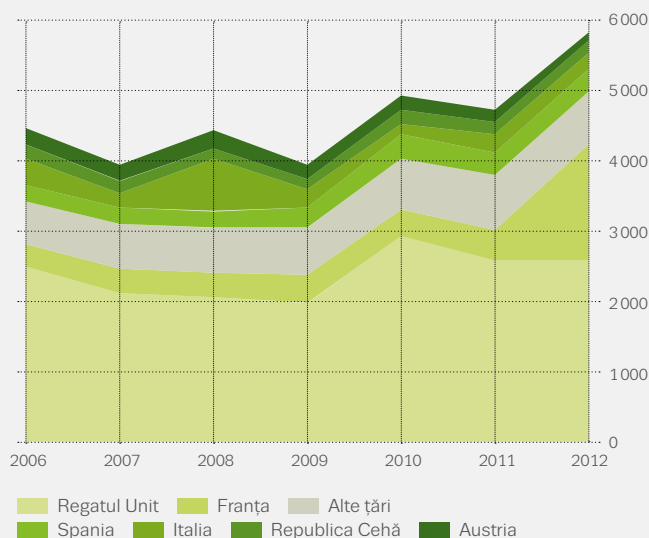
Consumatorii de opioide, în principal de heroină, ca drog primar reprezintă 46% din numărul total al consumatorilor de droguri care au apelat la tratament specializat în 2012 în Europa (180 000 de consumatori) și aproximativ 26% dintre consumatorii care au început tratamentul pentru prima dată. Numărul total de noi consumatori de heroină este în scădere în Europa, reducându-se aproape la jumătate de la un număr record de 59 000 în 2007 la 31 000 în 2012. În ansamblu, se pare că numărul consumatorilor noi de heroină a scăzut și că acest lucru afectează în prezent cererea de tratament.

Alte opioide decât heroina: din ce în ce mai îngrijorătoare

În 2012, în majoritatea țărilor europene (17), mai mult de 10% din consumatorii de opioide care au început pentru prima dată un tratament specializat consumau alte opioide decât heroina (figura 2.9). Printre aceste opioide se numărau metadona, buprenorfina și fentanilul. În unele

FIGURA 2.9

Consumatorii de alte opioide decât heroina care încep tratamentul pentru prima dată: tendințe în cifre (stânga) și ca procent din numărul total de consumatori de opioide ca drog principal care încep tratamentul pentru prima dată (dreapta)

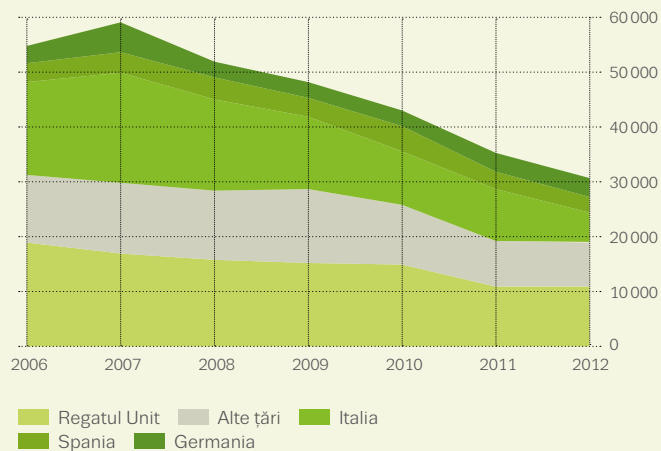


CONSUMATORI DE HEROINĂ CARE SOLICITĂ TRATAMENT

Caracteristici



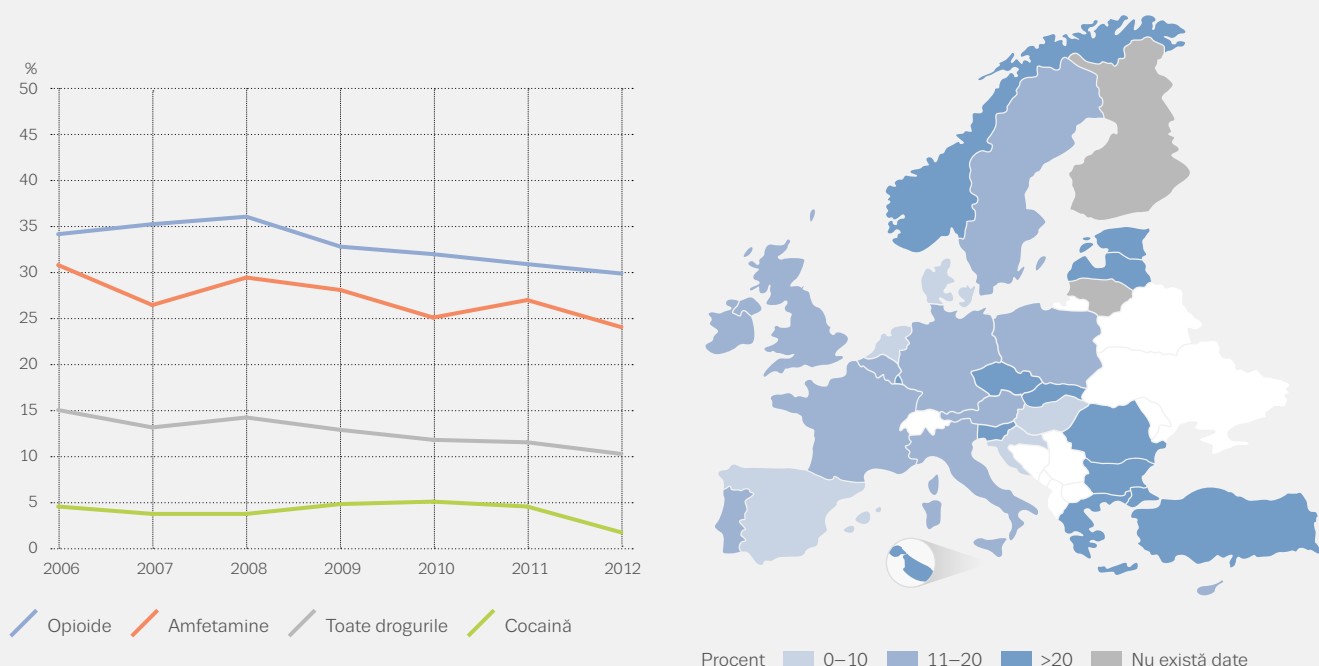
Tendințe în rândul persoanelor care încep tratamentul pentru prima dată



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

FIGURA 2.10

Prevalența injectării în ultima lună în rândul persoanelor care apelează la tratament: tendințe în rândul persoanelor admise recent la tratament (stânga), rate naționale în rândul tuturor persoanelor care urmează un tratament (dreapta)



țări, aceste droguri reprezintă în prezent cele mai comune tipuri de opioide consumate. În Estonia, majoritatea consumatorilor de opioide admiși la tratament au consumat ilegal fentanil, în timp ce în Finlanda s-a raportat că majoritatea consumatorilor de opioide sunt consumatori de buprenorfină ca drog principal.

prima dată indică faptul că injectarea ca principală cale de administrare s-a diminuat după 2006 (figura 2.10). De asemenea, în aceeași perioadă a scăzut proporția de consumatori noi care au raportat că și-au injectat amfetamine, cocaină sau opioide în ultima lună.

Consumul de droguri injectabile: declin pe termen lung

Consumatorii de droguri injectabile se află printre cei cu cel mai mare risc de probleme de sănătate cauzate de consumul de droguri, precum infecțiile transmise prin sânge sau supradozele. Injectarea este asociată de regulă cu consumul de opioide, deși în unele țări injectarea amfetaminelor reprezintă o problemă majoră. Doisprezece țări dispun de estimări recente ale prevalenței consumului de droguri injectabile, de la mai puțin de unul la circa șase cazuri la 1 000 de consumatori cu vârste cuprinse între 15 și 64 de ani. În ceea ce îi privește pe consumatorii care solicită tratament specializat, 38% dintre consumatorii de opioide și 23% dintre consumatorii de amfetamine au raportat că își injectează drogul. Nivelurile consumului prin injectare în rândul consumatorilor de opioide variază de la o țară la alta, de la mai puțin de 6% în Țările de Jos la 100% în Lituania.

O analiză a tendințelor temporale efectuată în rândul consumatorilor din Europa care încep tratamentul pentru

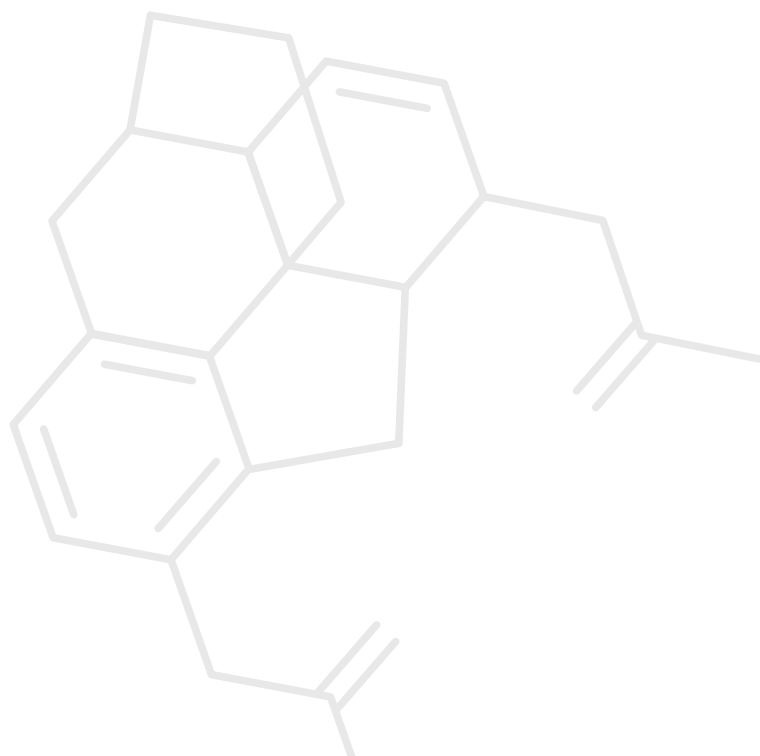
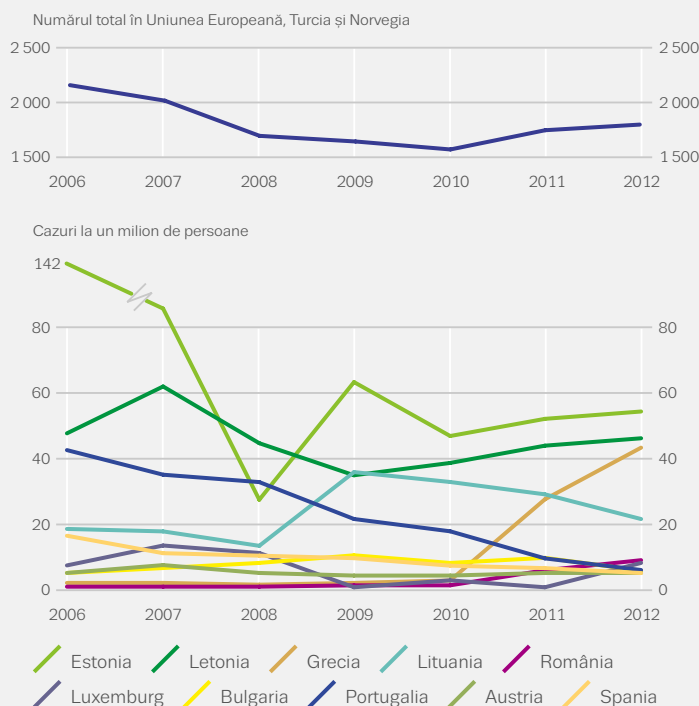
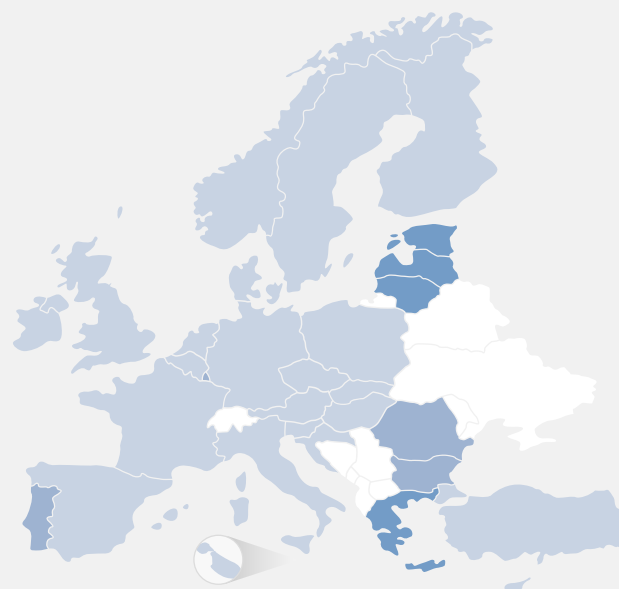


FIGURA 2.11

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



NB: Noi infecții cu HIV diagnosticate în rândul consumatorilor de droguri injectabile în cele zece țări care raportează cele mai mari rate în 2012 (sursa: ECDC).



Cazuri la un milion de persoane <5,0 5,1–10,0 >10,0

HIV: impactul focarelor de infecție asupra tendinței la nivelul UE

Injectarea drogurilor continuă să joace un rol important în transmiterea prin sânge a bolilor infecțioase, precum hepatita C și, în unele țări, HIV/SIDA. Ultimele cifre indică faptul că scăderea pe termen lung a numărului de noi îmbolnăviri cu HIV în Europa ar putea fi perturbată de numărul epidemiilor apărute în rândul consumatorilor de droguri injectabile din Grecia și România (figura 2.11). În 2012, rata medie a noilor îmbolnăviri cu HIV raportate, atribuite consumului de droguri injectabile, a fost de 3,09 la un milion de persoane. Deși cifrele sunt supuse revizuirii, au existat 1 788 de cazuri noi raportate în 2012, puțin mai multe decât în 2011 (1 732), continuând tendința ascendentă observată începând din anul 2010.

În timp ce în 2010, Grecia și România au contribuit cu puțin peste 2% la numărul total de noi îmbolnăviri raportate, până în 2012 această cifră a crescut la 37%. În alte țări, cum ar fi Spania și Portugalia, care au asistat la perioade cu rate mari de infectare în trecut, tendința este de continuare a scăderii ratelor noilor îmbolnăviri raportate. Totuși, situația este mai puțin pozitivă în Estonia, unde rata noilor îmbolnăviri rămâne ridicată, și în Letonia, unde ratele anuale continuă să crească din 2009.

Mortalitatea legată de HIV este cauza indirectă de deces în rândul consumatorilor de droguri care este cel mai bine documentată. Estimarea cea mai recentă sugerează că circa 1 700 de persoane au decedat din cauza HIV/SIDA atribuite consumului de droguri injectabile în Europa în 2010, iar tendința este descendentă. Ciroza reprezintă probabil cauza unui număr considerabil și din ce în ce mai mare de decese în rândul consumatorilor de droguri injectabile, în special din cauza infecției HCV, fiind deseori agravată de consumul mare de alcool.

**Mortalitatea legată de HIV
este cauza indirectă de deces
în rândul consumatorilor de
droguri care este cel mai
bine documentată**

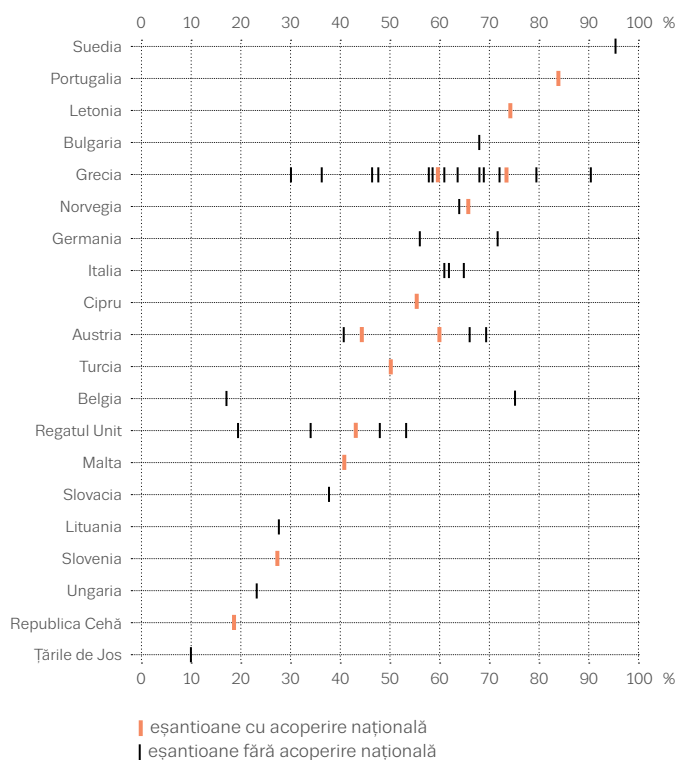
Hepatita și alte infecții: probleme majore de sănătate

Hepatita virală, în special infecția cauzată de virusul hepatitei C (HCV), este extrem de frecventă în rândul consumatorilor de droguri injectabile din Europa. Nivelurile anticorpilor HCV înregistrate în eșantioanele de consumatori de droguri injectabile în 2011-2012 au variat între 19% și 84%, șapte dintre cele 11 țări care dispun de date naționale raportând o rată a prevalenței de peste 50% (figura 2.12). Printre țările care dispun de date naționale privind tendințele pentru perioada 2007-2012, s-a raportat scăderea prevalenței HCV în rândul consumatorilor de droguri injectabile în Norvegia, în timp ce în alte șapte țări s-a observat o creștere.

În medie, în cele 18 țări care dispun de date pentru perioada 2011-2012, consumul de droguri injectabile reprezintă 64% din numărul total de infecții cu HCV și 50% din îmbolnăvirile acute notificate (în cazul în care se cunoaște categoria de risc). În ceea ce privește hepatita B, consumatorii de droguri injectabile reprezintă 9% din toate îmbolnăvirile și 21% din îmbolnăvirile acute raportate. Consumul de droguri poate reprezenta un factor de risc pentru alte boli infecțioase, printre care hepatita A și D,

FIGURA 2.12

Prevalența anticorpilor HCV în rândul consumatorilor de droguri injectabile, 2011-2012



În mod obișnuit, cei care mor ca urmare a supradozelor au în jur de 35 de ani sau mai mult, iar vârsta medie înregistrată la momentul decesului este în creștere

bolile cu transmitere sexuală, tuberculoza, tetanosul și botulismul. Focare de infecție cu antrax, cauzate probabil de heroina contaminată, au fost, de asemenea, raportate sporadic în Europa. De exemplu, în perioada iunie 2012 - martie 2013, au fost raportate 15 cazuri de antrax legate de consumul de droguri, dintre care șapte au provocat decesul persoanelor respective.

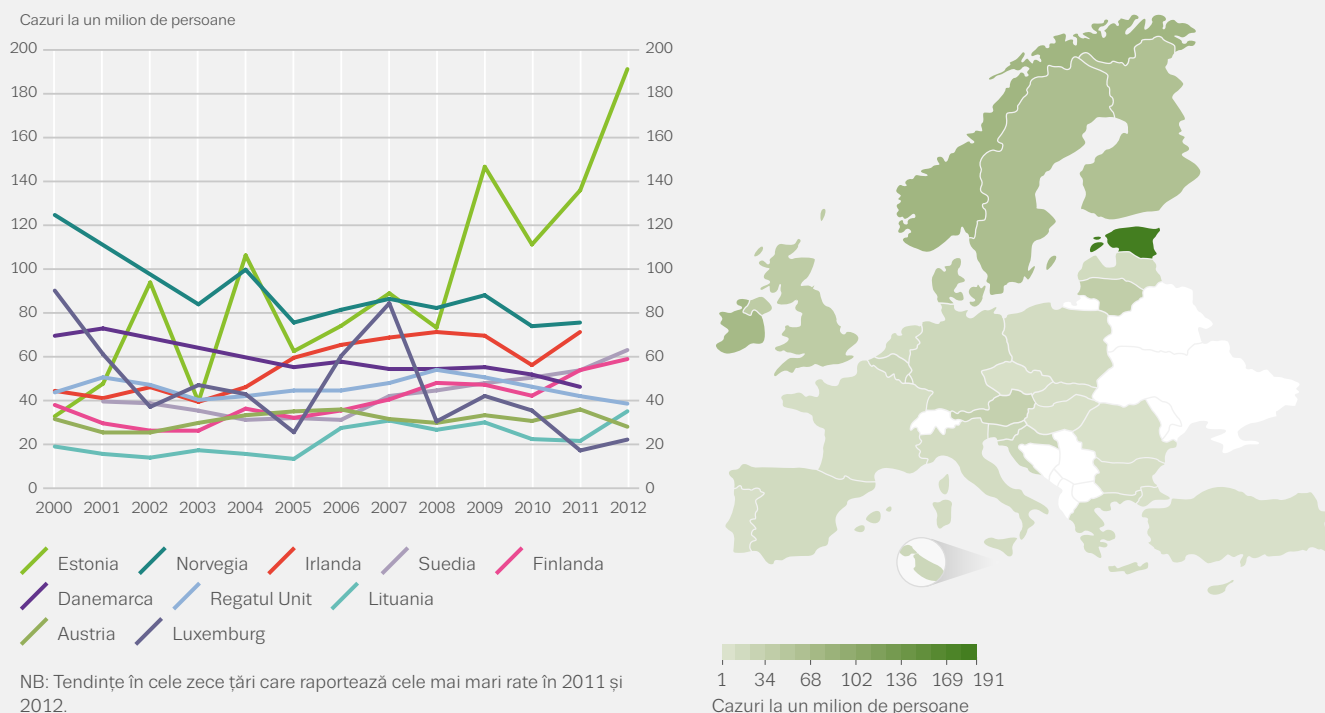
Decesele cauzate de supradoze: reducere globală, dar creșteri în unele țări

Consumul de droguri reprezintă una dintre cauzele importante ale mortalității în rândul tinerilor din Europa, atât în mod direct, prin supradoză (decese induse de consumul de droguri), cât și în mod indirect, prin boli, accidente, violență și suicid asociate consumului de droguri. Majoritatea studiilor referitoare la grupurile de consumatori problematici de droguri indică rate ale mortalității în intervalul 1-2% pe an și s-a estimat că în Europa mor în fiecare an între 10 000 și 20 000 de consumatori de opioide. În general, consumatorii de opioide sunt de cel puțin 10 ori mai predispuși la deces, în comparație cu persoanele de aceeași vârstă și sex. În cazul femeilor consumatoare de opioide, în unele țări, riscul de deces poate fi de până la 30 de ori mai mare decât pentru semenle lor.

Supradoza de droguri continuă să fie principala cauză a decesului în rândul consumatorilor problematici de droguri. Heroina sau metaboliții acesteia sunt prezenți în majoritatea cazurilor de supradoze fatale raportate, deseori împreună cu alte substanțe, precum alcoolul sau benzodiazepinele. Pe lângă heroină, în buletinele de analiză toxicologică se regăsesc frecvent și alte opioide. Printre acestea se numără metadona, buprenorfina, fentanilele și tramadolul, unele țări raportând că astfel de substanțe sunt responsabile pentru o parte substanțială din decesele prin supradoză. În două țări, numărul supradozelor legate de metadona îl depășește pe cel al supradozelor legate de heroină. În majoritatea cazurilor în care este identificată metadona, victima nu se afla în tratament de substituție în momentul decesului, dar a

FIGURA 2.13

Ratele mortalității induse de droguri în rândul adulților (15-64 de ani): tendințe în țările selectate (stânga) și date de ultimă oră (dreapta)



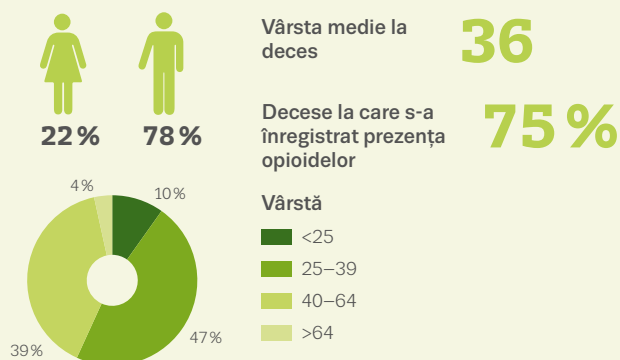
consumat metadonă în scop recreativ, în contextul policonsumului de droguri.

Decesele legate de droguri care se produc în rândul consumatorilor foarte tineri sunt un motiv de serioasă îngrijorare, deși numai 10% din decesele cauzate de supradoze raportate în Europa survin la persoane sub 25 de ani. În mod obișnuit, cei care mor ca urmare a

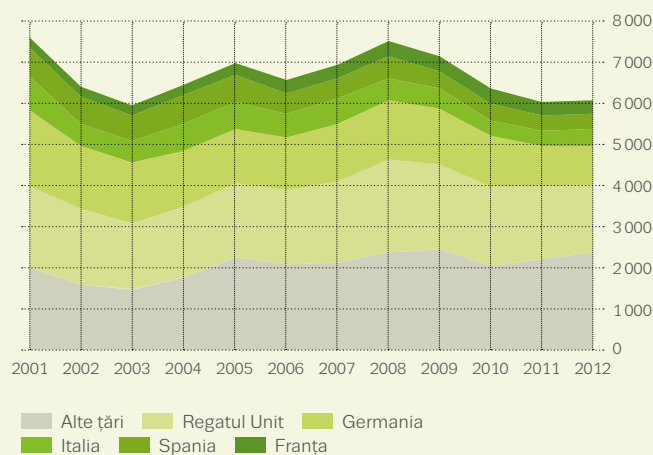
supradozelor au în jur de 35 de ani sau mai mult, iar vârsta medie în momentul decesului este în creștere, ceea ce sugerează că există o cohortă în curs de îmbătrânire de consumatori problematici de opioide. Majoritatea deceselor cauzate de supradoze (78%) sunt raportate în rândul bărbaților.

DECESE INDUSE DE CONSUMUL DE DROGURI

Caracteristici



Tendențe în evoluția deceselor provocate de supradoze



În 2012, rata medie a mortalității cauzate de supradoze în Europa a fost estimată la 17 decese la un milion de persoane în vârstă de 15-64 de ani. Ratele mortalității la nivel național variază considerabil și sunt influențate de factori precum modelele de consum de droguri, în special consumul injectabil, caracteristicile populației consumatoare de droguri și metodele de raportare. Au fost raportate rate de peste 40 de decese la un milion de persoane în șase țări, cele mai ridicate rate fiind înregistrate în Norvegia (76 la un milion) și Estonia (191 la un milion) (figura 2.13). Numărul deceselor cauzate de supradoze a crescut rapid, ceea ce ilustrează impactul pe care îl pot avea diferitele modele ale consumului de droguri asupra cifrelor la nivel național – în Estonia, decesele cauzate de supradoze sunt asociate în principal cu consumul de fentanili, care sunt opioide sintetice cu putere imunogenă foarte mare.

Majoritatea țărilor au raportat o tendință ascendentă privind numărul de decese ca urmare a supradozelor în perioada cuprinsă între anii 2003 și 2008-2009, când nivelurile generale mai întâi s-au stabilizat, iar apoi au început să scadă. În total, aproximativ 6 100 de decese prin supradoză au fost raportate în 2012. Cifra este similară cu cea raportată în 2011, dar reprezintă o scădere față de numărul cazurilor înregistrate în 2009, respectiv 7 100. Cu toate acestea, situația este diferită de la o țară la alta, unele țări încă raportând creșteri.

PENTRU INFORMAȚII SUPLIMENTARE

Publicații EMCDDA

2014

Injection of cathinones, Perspective în materie de droguri.

Wastewater analysis and drugs: results from a European multi-city study, Perspective în materie de droguri.

2013

Characteristics of frequent and high-risk cannabis users, Perspective în materie de droguri.

Emergency health consequences of cocaine use in Europe, Perspective în materie de droguri.

Trends in heroin use in Europe — what do treatment demand data tell us?, Perspective în materie de droguri.

2012

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

Fentanyl in Europe, Studiu Trendspotter EMCDDA.

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

2011

Mortality related to drug use in Europe, Ediție selectată.

2010

Problem amphetamine and methamphetamine use in Europe, Ediție selectată.

Trends in injecting drug use in Europe, Ediție selectată.

2009

Polydrug use: patterns and responses, Ediție selectată.

2008

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

Publicații comune EMCDDA și ESPAD

2012

Rezumatul Raportului ESPAD pe 2011.

Publicații comune EMCDDA și ECDC

2012

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

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

3

**În acest capitol sunt analizate
intervențiile menite să prevină,
să trateze și să reducă riscurile
asociate consumului de droguri**

Răspunsuri medicale și sociale la problemele legate de droguri

În acest capitol sunt examinate intervențiile menite să prevină, să trateze și să reducă riscurile asociate consumului de droguri. Capitolul analizează dacă țările au adoptat abordări comune, în ce măsură aceste abordări sunt susținute de dovezi și dacă disponibilitatea serviciilor este corelată cu nevoile estimate.

Monitorizarea răspunsurilor medicale și sociale

Capitolul de față se bazează pe evaluările naționale anuale furnizate de punctele focale ale EMCDDA. Evaluările sunt completate cu date privind cererea de tratament, tratamentul de substituție pentru opioide și distribuția de ace și seringi. Clasificările realizate de experți oferă informații suplimentare privind disponibilitatea serviciilor, în cazurile în care nu sunt disponibile mai multe seturi de date formalizate. De asemenea, capitolul se bazează pe revizuirile ale dovezilor științifice disponibile privind eficacitatea intervențiilor medicale publice.

Informații suplimentare despre acest subiect pot fi consultate pe site-ul EMCDDA la rubrica *Health and social responses profiles* (Profilurile răspunsurilor medicale și sociale), în spațiul web *European Drug Report: Data and statistics* și Portalul privind bunele practici.

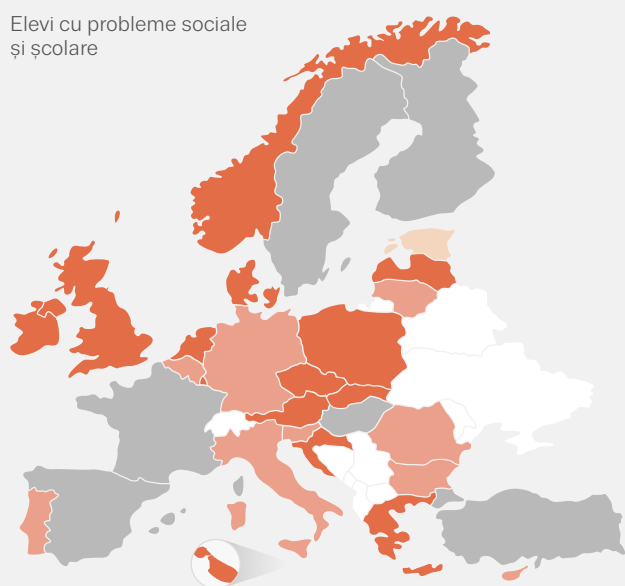
Prevenirea consumului de droguri la grupurile vulnerabile de tineri

Se utilizează o serie de strategii de prevenire a consumului de droguri și de soluționare a problemelor legate de droguri. Strategia de mediu și cea universală se adresează populației generale, prevenirea selectivă se adresează grupurilor vulnerabile care pot prezenta un risc mai mare de a dezvolta probleme legate de consumul de droguri, iar prevenirea indicată se concentrează pe persoanele aflate în situație de risc. În raportul din acest an, accentul se pune pe prevenirea selectivă, o abordare pentru care există din ce în ce mai multe dovezi de eficacitate a programelor

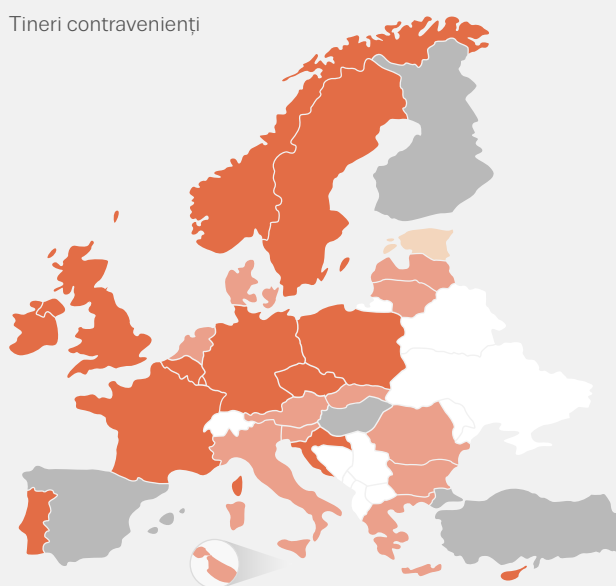
FIGURA 3.1

Disponibilitatea unor intervenții specifice de prevenire a consumului de droguri pentru anumite grupuri vulnerabile (clasificări realizate de experți, 2012)

Elevi cu probleme sociale și școlare



Tineri contravenienți



Complete/extinse Limitate/rare Nedisponibile Nu există date

care se concentrează pe stabilirea de norme, pe restructurarea mediului, pe motivare, aptitudini și luarea deciziilor. Cu toate acestea, numeroase programe se bazează în continuare pe furnizarea de informații, sensibilizare și consiliere, abordări în care dovezile de eficacitate sunt puține.

Două grupuri-țintă importante pentru intervențiile de prevenire selectivă sunt elevii cu probleme școlare și sociale și infractorii tineri (figura 3.1). Evaluările experților au sugerat o creștere a ofertei generale pentru ambele grupuri între 2007 și 2010, deși nu s-au mai observat alte schimbări în 2013.

În ceea ce privește intervențiile care se adresează elevilor, dovezile arată că strategiile care au ca scop îmbunătățirea climatului școlar pot conduce la reduceri ale consumului de droguri. Printre abordările din acest domeniu se numără formarea profesorilor și măsuri destinate îmbunătățirii participării elevilor și promovării unui etos școlar pozitiv. Alte metode de prevenire care se concentrează pe elevi tind să crească nivelul de autocontrol și să dezvolte competențe sociale, în timp ce abordările cu accent pe familie tind să îmbunătățească aptitudinile parentale.

În ceea ce privește infractorii tineri, majoritatea țărilor raportează acum introducerea de măsuri alternative la sancțiunile penale. Un program notabil în acest domeniu este *FreD*, un set de intervenții pe bază de manual,

program care a fost pus în aplicare în 15 state membre ale Uniunii Europene. Evaluările acestui program au arătat o scădere a ratelor infracționalității repetate.

Reducerea riscurilor asociate drogurilor în contextul vieții de noapte: necesitatea unei abordări integrate

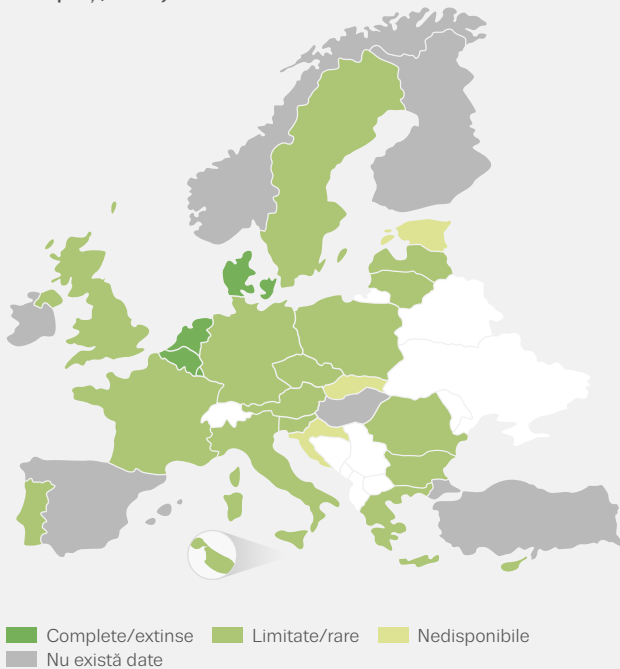
Este binecunoscută asocierea dintre viața de noapte și unele modele ale consumului de droguri de mare risc și de alcool. În ciuda acestui fapt, doar un număr limitat de țări europene raportează punerea în aplicare a unor strategii de prevenire în acest domeniu (figura 3.2), iar clasificările realizate de experți arată o reducere generală a activităților între 2010 și 2013.

La nivel european, standardele elaborate de *Club Health* și de *Safer Nightlife* oferă orientare pentru punerea în aplicare a programelor de prevenire în medii recreative. În ceea ce privește reducerea riscurilor asociate, rezultate pozitive au fost obținute prin strategii integrate de prevenire legate de mediu, care includ componente precum promovarea consumului responsabil de alcool, formarea personalului barurilor și a personalului responsabil cu securitatea și cooperarea cu autoritățile de aplicare a legii.

Un motiv deosebit de îngrijorare este riscul reprezentat de tinerii care conduc spre casă de la localuri de distracție de

FIGURA 3.2

Disponibilitatea unor intervenții de prevenire a consumului de droguri în contextul vieții de noapte (clasificări realizate de experți, 2012)



noapte, după ce au consumat alcool și droguri. O analiză recentă a constatat că numărul accidentelor de circulație produse de conducerea sub influența alcoolului poate fi redus prin campanii media dedicate, combinate cu punerea la dispoziție a unor posibilități gratuite de transport de noapte. Totuși, intervențiile care vizează conducerea sub influența alcoolului sunt rare.

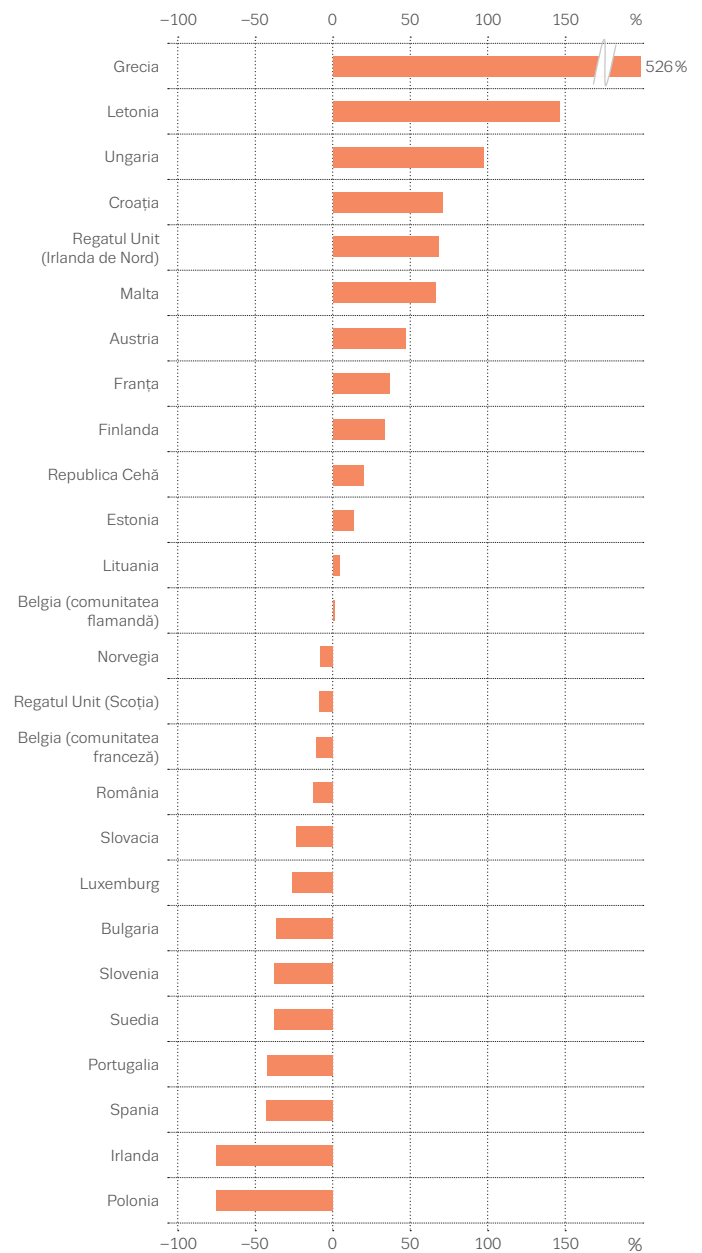
Prevenirea răspândirii bolilor infecțioase

Consumatorii de droguri, în special consumatorii de droguri injectabile, sunt expuși riscului de contractare a unor boli infecțioase prin folosirea în comun a materialelor utilizate pentru consumul de droguri și prin contactele sexuale neprotejate. Prevenirea transmiterii HIV, a hepatitei virale și a altor infecții este, prin urmare, un obiectiv important pentru politicile europene privind drogurile. În ceea ce îi privește pe consumatorii de opioide injectabile, acum este clar demonstrat faptul că tratamentul de substituție reduce comportamentul de risc raportat, unele studii sugerând că efectul protectiv crește atunci când este combinat cu programe de distribuire de ace și seringi.

Numărul seringilor distribuite în cadrul unor programe specializate a crescut în Europa (26 de țări), de la 42,9 milioane de seringi în 2007 la 46,0 milioane în 2012. La nivel național se observă o imagine divergentă, aproximativ jumătate din țări raportând o creștere a ofertei,

FIGURA 3.3

Modificări în numărul seringilor distribuite în cadrul programelor specializate între 2007 și 2012

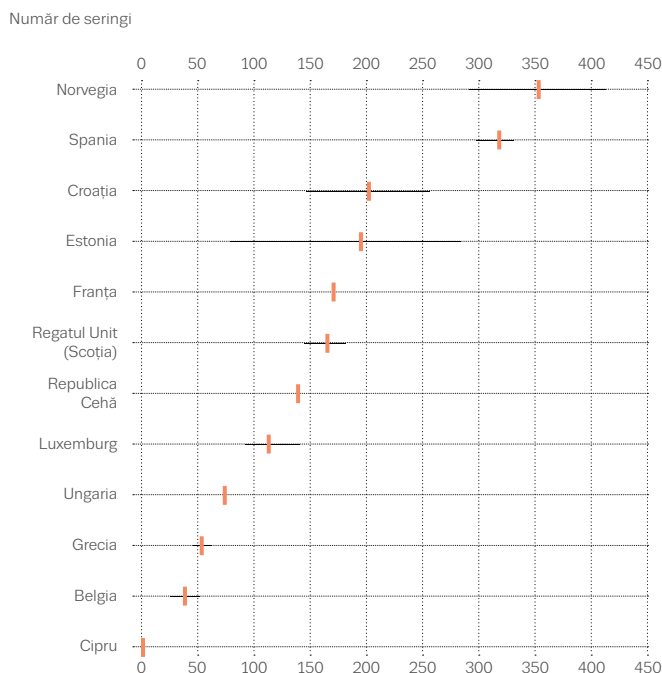


iar jumătate o scădere (figura 3.3). Creșterile pot fi explicate prin extinderea ofertei, uneori plecându-se de la o bază redusă. Scăderile pot fi explicate fie printr-o diminuare a disponibilității serviciilor, fie printr-o reducere a numărului de consumatori. În cele 12 țări cu estimări recente ale numărului de consumatori de droguri injectabile, numărul mediu de seringi distribuite pentru fiecare drog injectabil prin programe specializate în 2012 s-a situat între zero în Cipru și 300 în Spania și Norvegia (figura 3.4).

Noi focare de infecții cu HIV în rândul consumatorilor de droguri injectabile au fost raportate recent în Grecia și România, după cum s-a menționat în capitolul 2. Această

FIGURA 3.4

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



NB: Date afișate ca estimări punctuale și intervale de incertitudine

situație a impus efectuarea unui exercițiu de evaluare a riscului, pentru a identifica dacă există și alte țări care ar putea fi vulnerabile la apariția unor noi focare de HIV. În figura 3.5, este prezentată o imagine de ansamblu a unor indicatori de nivel înalt ai riscului potențial. Conform acestei analize simple, circa o treime din țări pot fi considerate ca prezentând anumiți factori de risc, ceea ce sugerează necesitatea de a menține vigilența și de a lua în considerare creșterea gradului de acoperire a măsurilor de prevenire a infecției cu HIV.

Măsurile de prevenire îndreptate împotriva transmiterii hepatitei C sunt similare celor pentru HIV. La nivel de politică, din ce în ce mai multe țări au adoptat sau pregătesc strategii specifice privind hepatita C. Inițiativele destinate testării și consilierii consumatorilor de droguri injectabile cu privire la hepatita C rămân limitate. În ciuda numărului din ce în ce mai mare de dovezi ale eficacității tratamentului antiviral pentru hepatita C la consumatorii de droguri injectabile, nivelul ofertei rămâne scăzut.

FIGURA 3.5

Indicatori sintetici ai riscului potențial ridicat de infecții cu HIV în rândul consumatorilor de droguri injectabile

	Belgia	Bulgaria	Republica Cehă	Danemarca	Germania	Estonia	Irlanda	Grecia	Spania	Franța	Croația	Italia	Cipru	Letonia	Lituania	Luxemburg	Ungaria	Malta	Țările de Jos	Austria	Polonia	Portugalia	România	Slovenia	Slovacia	Suedia	Finlanda	Regatul Unit	Turcia	Norvegia
Prevalența HIV și tendințe																														
Prevalența consumului de droguri și tendințe (riscul de transmitere)																														
Gradul de acoperire al tratamentului de substituție – sub 30%																														
Gradul de acoperire al acelor și seringilor – mai puțin de 100 de seringi pentru un consumator de droguri injectabile																														

■ Niciunul dintre următorii factori de risc nu a fost identificat: creșterea numărului de cazuri de infecții cu HIV raportate sau a prevalenței HIV sau HCV; creșterea riscului de transmitere; grad redus de acoperire al intervențiilor.

■ Posibili factori de risc prezenți: creșterea prevalenței sau a riscului de transmitere a HIV sau HCV la nivel subnațional; creștere consecventă, dar nesemnificativă, la nivel național.

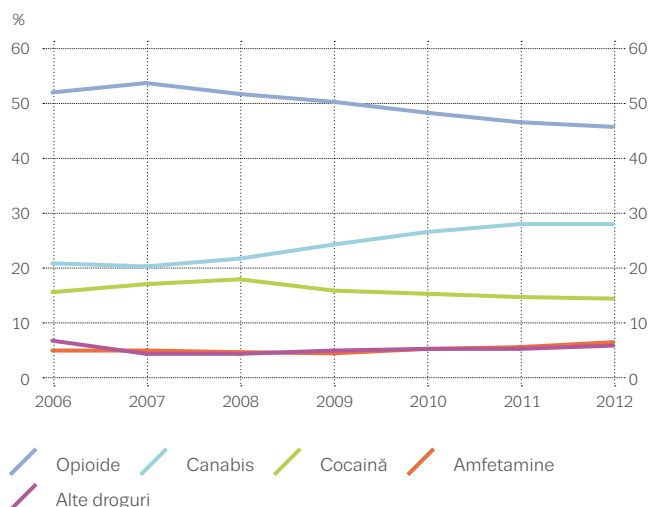
■ Factori de risc prezenți: creșterea semnificativă a numărului de cazuri de infecții cu HIV raportate sau a prevalenței HIV sau HCV; creșterea riscului de transmitere; grad redus de acoperire al intervențiilor.

■ Informații nedisponibile pentru ECDC sau EMCDDA.

Adaptare după *Eurosurveillance* 2013;18(48):pii=20648.

FIGURA 3.6

Procentul de pacienți care beneficiază de servicii de tratament specializat pentru consumul de droguri, pentru fiecare drog primar



Prevenirea supradozelor și a deceselor asociate consumului de droguri

Reducerea numărului de supradoze fatale și a altor decese asociate consumului de droguri rămâne o provocare majoră pentru politicile de sănătate publică în Europa. Răspunsurile specifice în acest domeniu se concentrează fie pe prevenirea apariției supradozei, fie pe îmbunătățirea șanselor de supraviețuire după o supradoză. Tratamentul pentru consumul de droguri, în special tratamentul de substituție pentru opioide, previne supradoza și reduce riscul de mortalitate pentru consumatorii de droguri. Formarea privind reacția la supradoză prin distribuirea de naloxonă, drog antagonist al opioidelor, poate salva vieți în situații de supradoză. Un tip de intervenție care vizează atât reducerea apariției supradozei, cât și creșterea șanselor de supraviețuire după o supradoză, este utilizarea spațiilor pentru consumul supravegheat de droguri. În prezent, șase state membre ale UE și Norvegia oferă astfel de spații – 73 în total. În ultimii trei ani, o serie de spații au fost închise în Țările de Jos din cauza diminuării cererii, în timp ce patru noi spații s-au deschis în Danemarca și unul în Grecia.

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

Se estimează că cel puțin 1,3 milioane de persoane au primit tratament pentru consumul de droguri ilegale în Europa în cursul anului 2012. Consumatorii de opioide reprezintă cel mai mare grup aflat în curs de tratament, iar datele referitoare la persoanele recent admise la tratament (figura 3.6) sugerează faptul că utilizatorii de cannabis și

cocaină formează probabil grupurile situate pe locurile doi și trei ca mărime, deși există diferențe notabile de la o țară la alta.

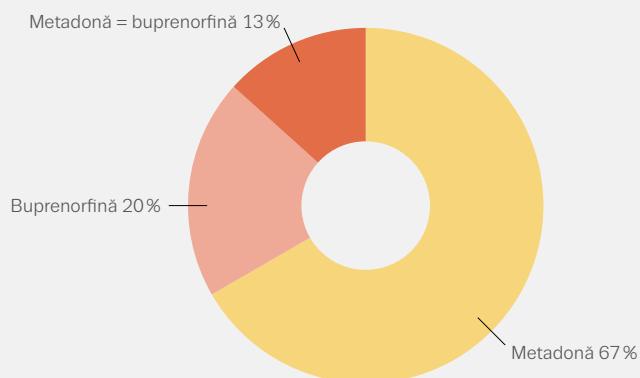
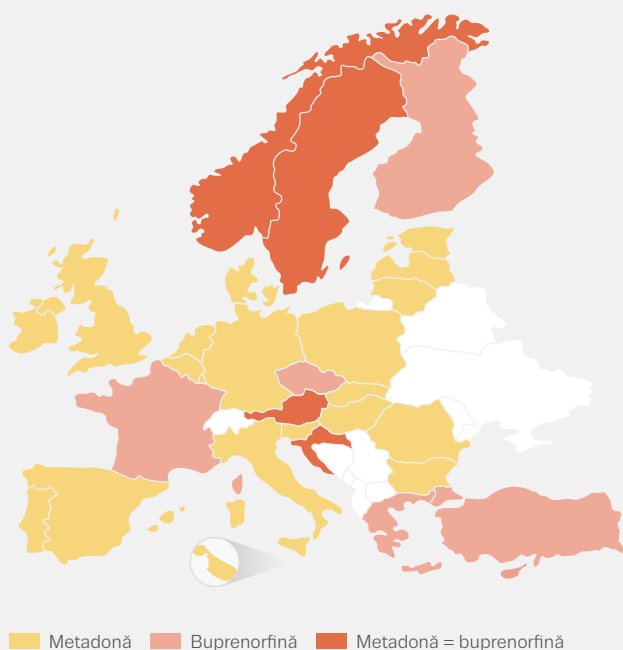
Majoritatea tratamentelor sunt furnizate în sistem ambulatoriu, precum centre specializate, cabinete de medicină generală, inclusiv cabinete ale medicilor generaliști și unități cu acces necondiționat. O proporție considerabilă din tratamentele pentru consumul de droguri se furnizează în spații rezidențiale, cum ar fi centre specializate de tratament rezidențial, comunități terapeutice și centre rezidențiale cu sediul în spitale (de exemplu, spitale de psihiatrie). O abordare nouă și inovatoare a tratamentului constă în furnizarea de servicii prin internet, ceea ce permite persoanelor care au nevoie de ajutor pentru o problemă legată de droguri să acceseze programe de tratament de acasă.

Tratamentul de substituție, combinat de regulă cu intervențiile psihosociale, reprezintă cea mai comună formă de tratament pentru dependența de opioide în Europa. Dovezile disponibile susțin această abordare combinată pentru menținerea pacienților în tratament, precum și pentru reducerea consumului de opioide ilegale, a riscurilor asociate consumului de droguri și a mortalității asociate consumului de droguri. Intervențiile psihosociale reprezintă modalitatea principală de tratament utilizată pentru consumatorii dependenți de droguri stimulente, studiile sugerând că atât terapia cognitiv-comportamentală, cât și gestionarea situațiilor de urgență sunt asociate cu rezultate pozitive. Un număr din ce în ce mai mare de țări oferă acum tratamente specifice pentru consumul de cannabis, dovezile disponibile venind în sprijinul utilizării unei combinații între terapia cognitiv-comportamentală, interviul motivațional și abordările privind gestionarea situațiilor de urgență. Unele dovezi susțin utilizarea terapiei familiale multidimensionale pentru tinerii consumatori de cannabis.

Reducerea numărului de supradoze fatale și a altor decese asociate consumului de droguri rămâne o provocare majoră pentru politicile de sănătate publică în Europa

FIGURA 3.7

Distribuția medicamentelor de substituție pentru opioide la nivel național (stânga) și ca procent din numărul de consumatori care urmează un tratament de substituție în Europa (dreapta)



Tratamentul de substituție: principala modalitate de tratament în sistem ambulatoriu

Metadona este medicamentul de substituție prescris cel mai frecvent, primit de până la două treimi dintre consumatorii care primesc tratament de substituție, în timp ce buprenorfina este prescrisă la celor mai mulți dintre ceilalți consumatori (circa 20%) și este principalul medicament de substituție în șase țări (figura 3.7). Circa 6% din numărul total al tratamentelor de substituție din Europa se bazează pe prescrierea altor substanțe, precum morfina cu eliberare lentă sau diacetilmorfina (heroina).

Se estimează că 734 000 de consumatori de opioide au primit tratament de substituție în Europa în 2012. Această cifră este relativ stabilă prin comparație cu cea din 2011 (726 000), dar mai mare decât estimarea de 630 000 pentru 2007 (figura 3.8). În 2012, cinci țări au raportat creșteri de peste 25% ale numărului de pacienți, comparativ cu estimarea pentru anul anterior. Cea mai mare creștere procentuală s-a înregistrat în Turcia (250%), urmată de Grecia (45%) și Letonia (28%). Totuși, creșterile procentuale în aceste trei țări au apărut în contextul unor valori de bază relativ reduse. În schimb, în aceeași perioadă, România a raportat cea mai mare scădere procentuală (-30%) a numărului estimat de pacienți.

FIGURA 3.8

Tendențe în ceea ce privește numărul consumatorilor care urmează un tratament de substituție pentru opioide

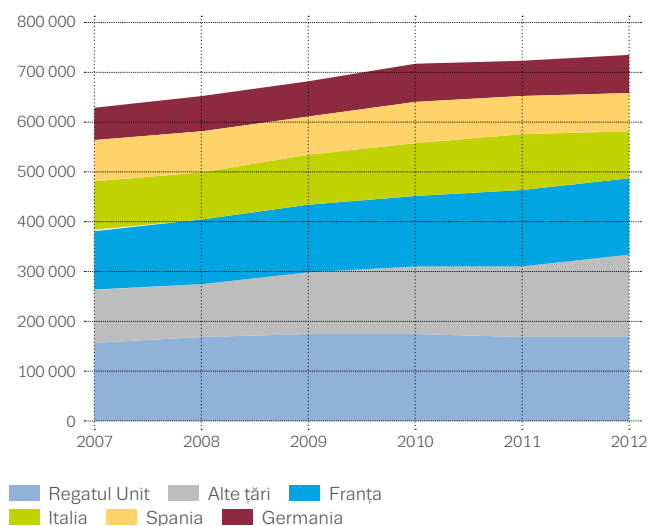
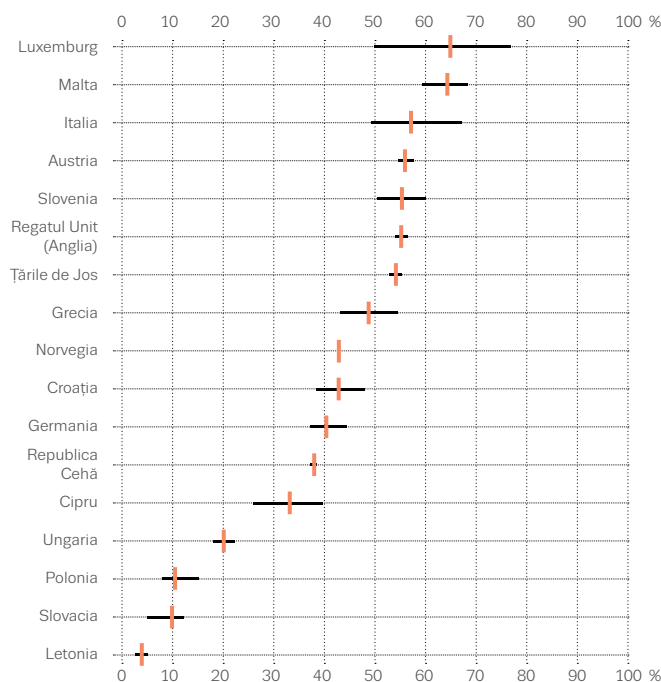


FIGURA 3.9

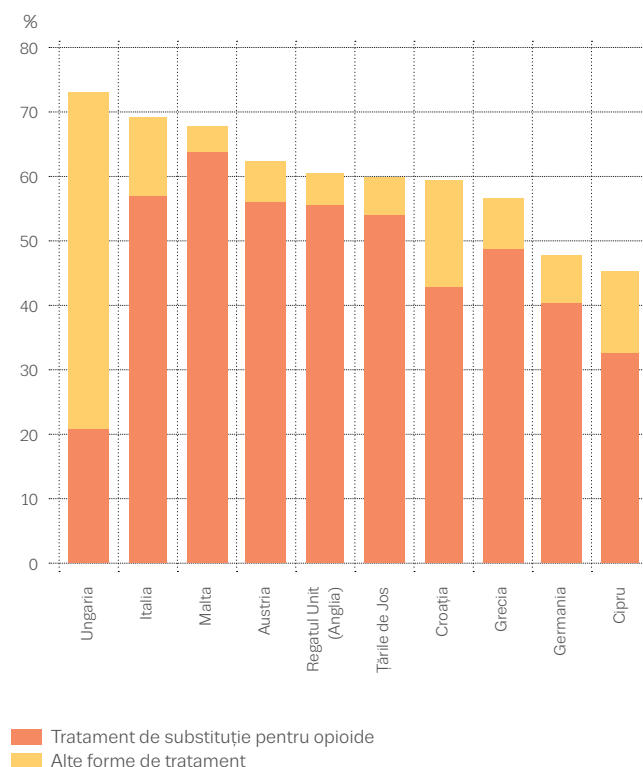
Procentul de consumatori problematici de opioide care primesc tratament de substituție (estimare)



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

FIGURA 3.10

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



Gradul de acoperire al tratamentului: peste jumătate din consumatorii de opioide se află în tratament de substituție

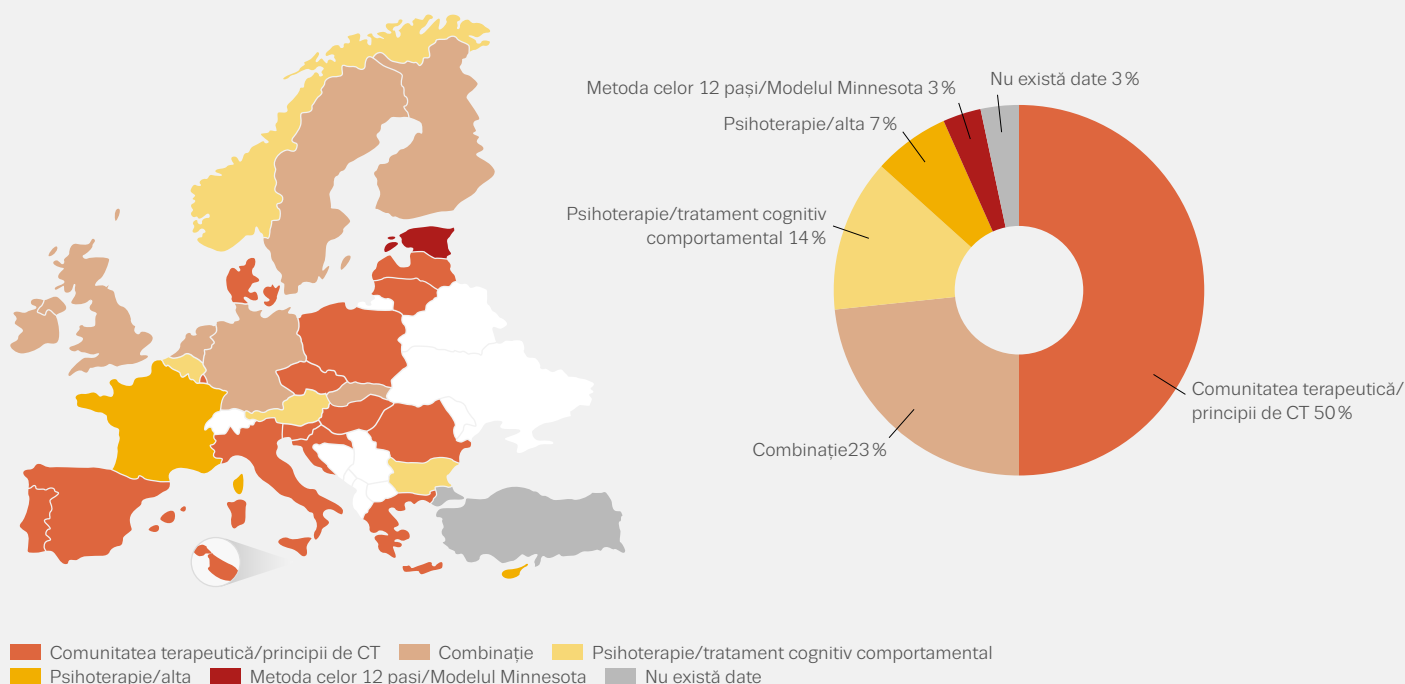
Gradul de acoperire al tratamentului de substituție pentru opioide – ca procent din numărul celor care au nevoie de intervenție – este estimat la peste 50% dintre consumatorii problematici de opioide din Europa. Această estimare trebuie privită cu precauție, din motive metodologice, dar în multe țări majoritatea consumatorilor de opioide sunt sau au fost în contact cu serviciile de tratament. Cu toate acestea, la nivel național există încă diferențe mari în ceea ce privește ratele de acoperire, cele mai mici rate estimate (circa 10% sau mai puțin) fiind raportate în Letonia, Slovacia și Polonia (figura 3.9).

Tratamentul fără medicație de substituție este oferit consumatorilor de opioide din toate țările europene. În cele zece țări care furnizează date suficiente, gradul de acoperire al altor abordări de tratament, care nu implică medicație de substituție, se situează în general între 3% și 17% din numărul total de consumatori problematici de opioide, ajungând la un nivel de peste 50% în Ungaria (figura 3.10).



FIGURA 3.11

Distribuția generală a abordării terapeutice în programele rezidențiale, ca număr global, la nivel național (stânga) și la nivel european (dreapta), 2011



Tratamentul rezidențial: predomină abordarea comunității terapeutice

În majoritatea țărilor europene, programele de tratament rezidențial constituie un element important al opțiunilor de tratament și reabilitare pentru consumatorii de droguri. Un studiu recent efectuat de EMCDDA a identificat 2 500 de centre de tratament rezidențial în Europa, peste două treimi din aceste spații fiind concentrate în șase țări: Germania, Spania, Irlanda, Italia, Suedia și Regatul Unit. Spațiile rezidențiale comunitare constituie cel mai mare grup (2 300), 17 țări raportând că toate spațiile lor rezidențiale sunt de acest gen. În plus, în toată Europa au fost identificate 170 de programe de tratament rezidențial cu sediul în spitale.

Multe programe rezidențiale se concentrează pe sănătate, dezvoltare personală și socială și îmbunătățirea calității vieții. Programele rezidențiale pot fi caracterizate de patru abordări terapeutice principale: metoda celor 12 pași sau modelul Minnesota; abordarea comunității terapeutice; psihoterapia care folosește terapia cognitiv-comportamentală; și psihoterapia care folosește alte modele de îngrijire. Dintre acestea, în 15 țări predomină „modelul comunității terapeutice” (figura 3.11).

Dovada eficacității comunităților terapeutice bazate pe abținere este neconcludentă, în parte din cauza dificultăților metodologice întâmpinate în desfășurarea cercetării rezultatelor tratamentelor în acest domeniu. Cea mai mare parte a cercetărilor pe acest subiect în Europa se limitează la studii observaționale, prin urmare concluziile au în mod obligatoriu un caracter experimental. Totuși, în general, aceste studii raportează rezultate pozitive ale tratamentelor, asociate cu o durată mai mare de menținere în tratament și cu finalizarea tratamentului. Aproape toate studiile observaționale raportează că rezidenții comunității terapeutice prezintă reduceri și întreruperi ale consumului de droguri, precum și îmbunătățirea măsurilor privind calitatea vieții.

Deși din punct de vedere istoric programele de tratament rezidențial s-au bazat exclusiv pe abținere, datele actuale indică faptul că este în creștere furnizarea de medicație de substituție ca o componentă a programelor de tratament rezidențial pentru consumatorii de opioide. În 18 din cele 25 de țări raportoare, s-a înregistrat un anumit nivel de integrare a substituției opioide în tratamentul rezidențial pentru consumul de droguri (figura 3.12).

FIGURA 3.12

Disponibilitatea substituției pentru opioide în cadrul programelor rezidențiale, 2011

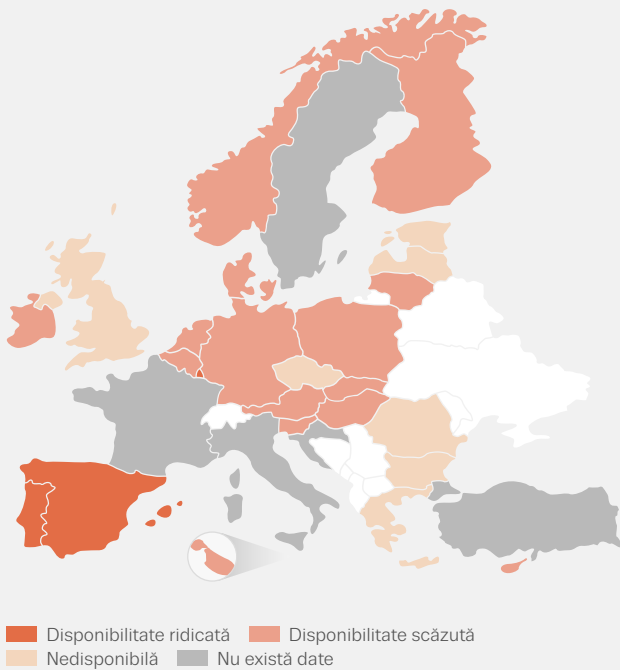
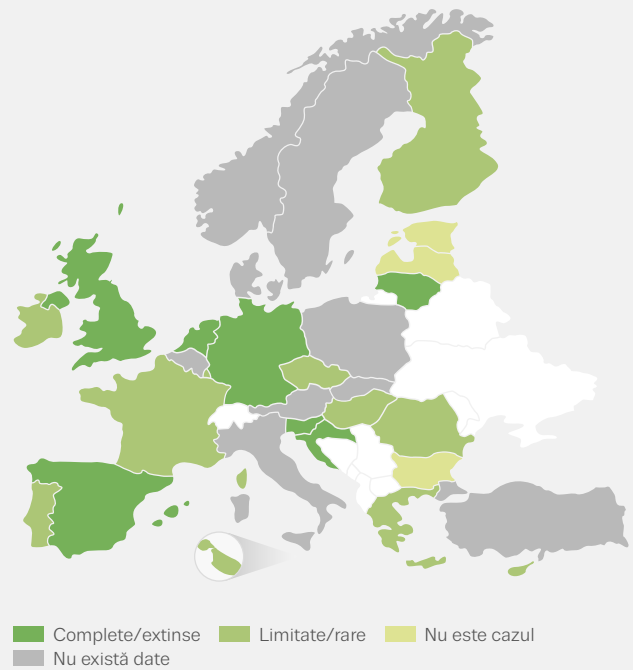


FIGURA 3.13

Disponibilitatea unor intervenții pe piața intermediară a muncii pentru pacienții aflați în tratament pentru consumul de droguri (clasificări realizate de experți, 2011)



Reintegrarea socială: accent pe șansele de angajare

Serviciile de reintegrare socială sprijină tratamentul și previn recidiva, abordând aspectele esențiale ale excluziunii sociale a consumatorilor de droguri. În 2012, circa jumătate din consumatorii care au început un tratament specializat pentru consumul de droguri erau șomeri (47%) și aproape unul din zece nu avea o locuință stabilă (9%). De asemenea, acest grup a fost caracterizat de un nivel scăzut de educație. Cu toate că reintegrarea socială a consumatorilor de droguri este menționată ca un obiectiv-cheie al strategiilor naționale antidrog, furnizarea acestor intervenții variază considerabil de la o țară la alta.

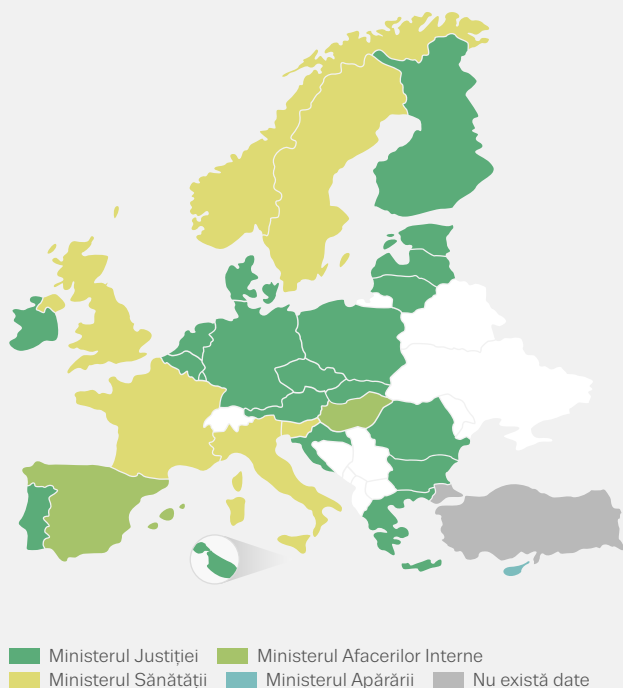
Creșterea șanselor de angajare ale pacienților care urmează un tratament pentru consumul de droguri îi poate ajuta să se reintegreze în societate. Șansele de angajare depind de cunoștințele, competențele și atitudinea fiecărei persoane, de modul în care își folosește aceste atuuri și de contextul în care își caută un loc de muncă. Un mod de a obține acest lucru este printr-un sistem de asistență pentru persoanele dezavantajate, care își propune să elimine decalajul dintre șomajul pe termen lung și piața muncii. Acest sistem este adesea numit piața intermediară a muncii. Pacienții care apelează la tratament pot primi contracte de angajare temporară, pot beneficia de activități de formare profesională, de experiență profesională, dezvoltare personală și căutare de locuri de muncă.

Proiectele de întreprinderi sociale reprezintă un tip de inițiativă luat frecvent în considerare în această categorie. Aceste întreprinderi produc bunuri sau servicii utile pentru societate și angajează grupuri de persoane care se confruntă cu dezavantaje pe piața muncii. Deși aceste intervenții sunt disponibile în majoritatea statelor membre (a se vedea figura 3.13), accesul la tratamentul pentru consumul de droguri pare să fie limitat și poate fi complicat de ratele mari de șomaj în rândul populației generale.

Serviciile de reintegrare socială susțin tratamentul și previn recidiva, abordând aspectele esențiale ale excluziunii sociale a consumatorilor de droguri

FIGURA 3.14

Responsabilitatea ministerială pentru furnizarea de servicii medicale în închisori



Problema sănătății în închisori rămâne în sarcina ministerelor justiției și afacerilor interne

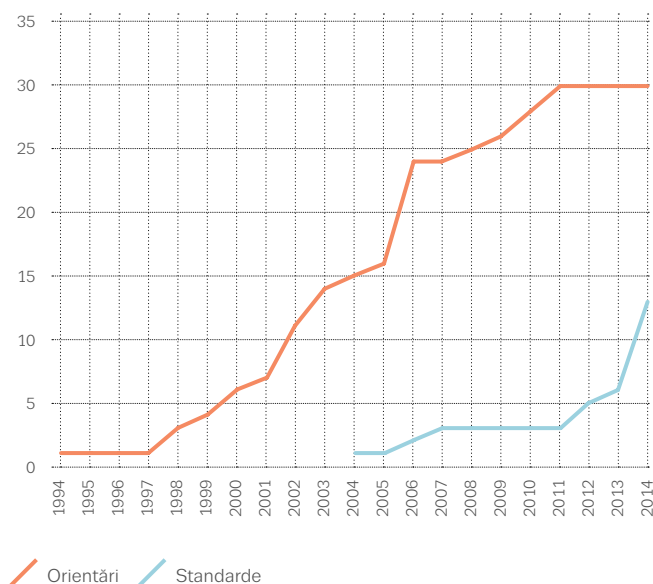
Deținuții raportează rate mai mari ale consumului de droguri decât populația generală și modele de consum mai dăunătoare, așa cum arată studiile recente, potrivit cărora între 5% și 31% dintre deținuți au consumat droguri injectabile. La intrarea în închisoare, majoritatea consumatorilor reduc consumul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

Majoritatea țărilor dispun în prezent de parteneriate între agenții, între serviciile medicale ale închisorii și furnizorii din cadrul comunității. Astfel de parteneriate oferă educație pentru sănătate și intervenții de tratament în închisoare și asigură continuitatea asistenței de la intrarea până la eliberarea din închisoare. În general, serviciile medicale din închisori rămân în responsabilitatea ministerelor justiției sau afacerilor interne. Cu toate acestea, în unele țări, ministrul sănătății răspunde acum de furnizarea de servicii medicale în închisori (figura 3.14), facilitând o mai bună integrare cu furnizarea de servicii medicale generale în comunitate.

În prezent, tratamentul de substituție pentru opioide este furnizat în închisori din 26 dintre cele 30 de țări

FIGURA 3.15

Numărul cumulat al țărilor care au publicat ghiduri și standarde de calitate pentru intervențiile medicale și sociale în domeniul drogurilor, pe ani de publicare



monitorizate de EMCDDA, deși introducerea sa a fost, în general, întârziată față de furnizarea de tratamente similare în comunitate. Pot exista și restricții. De exemplu, în patru țări, tratamentul de substituție în închisori este limitat la cei care aveau deja o prescripție medicală înainte de încarcerare.

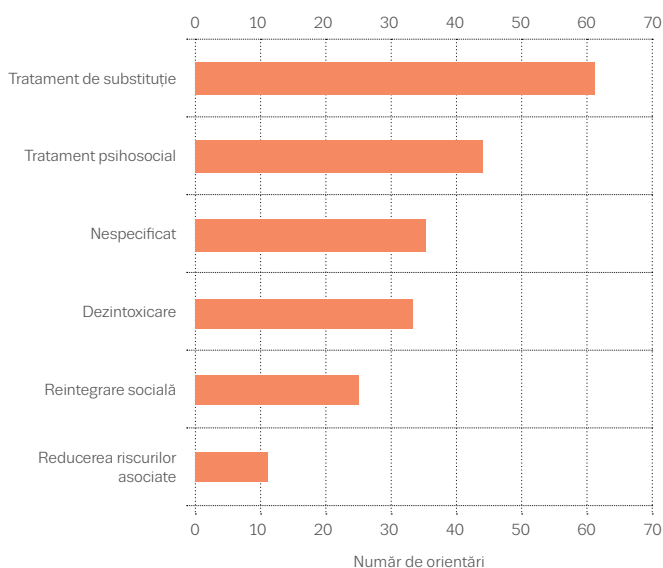
Răspunsurile bazate pe dovezi: utilizarea orientărilor și standardelor

Răspunsurile medicale și sociale ale Europei la problemele legate de consumul de droguri sunt susținute din ce în ce mai mult prin orientări și standarde de calitate, al căror rol este de a transforma dovezile în rezultate satisfăcătoare și durabile. În general, se poate observa un proces prin care orientările preced cu mai mulți ani introducerea standardelor de calitate (figura 3.15).

Ghidurile sunt declarații care includ recomandări menite să optimizeze îngrijirea pacienților. De obicei, ele se bazează pe o analiză sistematică a dovezilor și pe o evaluare a beneficiilor și riscurilor asociate opțiunilor de terapie alternativă. Scopul ghidurilor este de a ajuta pacienții, aparținătorii și furnizorii de servicii la luarea deciziilor referitoare la intervențiile corespunzătoare. În ultimii 20 de ani, s-au publicat mai mult de 150 de seturi de ghiduri în domeniul consumului de droguri, iar din 2011

FIGURA 3.16

Orientări naționale pentru intervenții medicale și sociale în domeniul drogurilor, raportate în Europa până în 2013



astfel de ghiduri sunt disponibile în fiecare stat membru. Ghidurile acoperă gama completă a intervențiilor medicale și sociale în domeniul drogurilor, cu toate că există un număr mai mare de ghiduri privind intervențiile medicale, precum tratamentul de substituție și dezintoxicarea, decât cele privind reducerea riscurilor asociate și reintegrarea socială (figura 3.16).

Standardele de calitate sunt principii și seturi de reguli bazate pe dovezi, care sunt utilizate pentru a sprijini punerea în aplicare a intervențiilor recomandate în ghiduri. Ele se pot referi la probleme de conținut, la procese sau aspecte structurale de asigurare a calității, cum ar fi mediul de lucru și componența personalului. În domeniul prevenirii consumului de droguri, este disponibil un set de standarde de calitate la nivel european, pentru susținerea elaborării de programe. Aceste standarde evidențiază factori precum asigurarea relevanței activităților pentru grupurile-țintă, aderarea la principii etice acceptate, precum și integrarea și promovarea unei baze de dovezi științifice.

Răspunsurile medicale și sociale ale Europei la problemele legate de consumul de droguri sunt susținute din ce în ce mai mult prin ghiduri și standarde de calitate

PENTRU INFORMAȚII SUPLIMENTARE

Publicații EMCDDA

2014

Cocaine: drugs to treat dependence?, Perspective în materie de droguri.

Health and social responses for methamphetamine users in Europe, Perspective în materie de droguri.

Internet-based drug treatment, Perspective în materie de droguri.

2013

Can mass media campaigns prevent young people from using drugs?, Perspective în materie de droguri.

Drug prevention interventions targeting minority ethnic populations, Documente tematice.

Hepatitis C treatment for injecting drug users, Perspective în materie de droguri.

North American drug prevention programmes: are they feasible in European cultures and contexts?, Documente tematice.

Preventing overdose deaths in Europe, Perspective în materie de droguri.

2012

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

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

New heroin-assisted treatment, Insights.

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

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

2011

European drug prevention quality standards, Manual.

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

2010

Harm reduction: evidence, impacts and challenges, Monografii.

Treatment and care for older drug users, Ediție selectată.

2009

Internet-based drug treatment interventions, Insights.

Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents, Documente tematice.

2008

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

Drugs and vulnerable groups of young people, Ediție selectată.

Publicații comune EMCDDA și ECDC

2011

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

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

4

**Cadrul internațional pentru
controlul producției, comerțului și
posesiei a peste 240 de substanțe
psihoactive este stabilit în trei
convenții ale Organizației
Națiunilor Unite**

Politici privind drogurile

La nivel european, legislația UE privind drogurile, împreună cu strategiile multianuale și planurile de acțiune oferă un cadru pentru acțiune coordonată. La nivel național, este responsabilitatea guvernelor și a parlamentelor să adopte cadrul juridic, strategic, organizatoric și bugetar necesar pentru soluționarea problemelor legate de droguri.

Monitorizarea politicilor privind drogurile

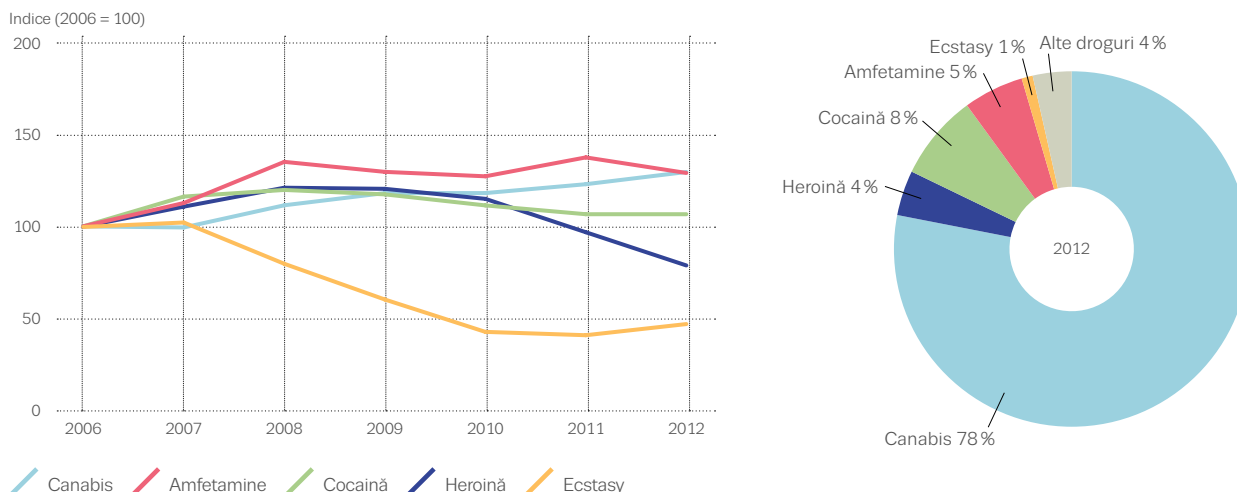
Dimensiunile esențiale ale politicilor care pot fi monitorizate la nivel european includ: legi privind drogurile și infracțiuni la regimul drogurilor, strategii naționale privind drogurile și planuri de acțiune, mecanisme de coordonare și evaluare a politicilor, precum și bugete și cheltuieli publice legate de droguri. Datele sunt colectate prin două rețele EMCDDA: punctele focale naționale și corespondenții juridici și politici. Datele și notele metodologice privind infracțiunile la regimul drogurilor pot fi consultate în spațiul web *European Drug Report: Data and statistics*, iar informații cuprinzătoare despre *Politica și legislația europeană privind drogurile* sunt disponibile, de asemenea, online.

Legislația privind drogurile: un cadru comun

Cadrul internațional pentru controlul producției, comerțului și posesiei a peste 240 de substanțe psihoactive este stabilit în trei convenții ale Organizației Națiunilor Unite. Acestea obligă fiecare țară să considere furnizarea neautorizată drept infracțiune. Același lucru se aplică posesiei de droguri pentru consum personal, însă, în funcție de „principiile constituționale naționale și de conceptele de bază ale sistemului juridic propriu”. Această clauză nu a fost interpretată în mod uniform, ceea ce se reflectă în abordările juridice diferite din țările europene și nu numai.

FIGURA 4.1

Infracțiuni raportate legate de consumul de droguri sau posesia de droguri în scopul consumului în Europa, tendințe și analiză pe tipuri de drog



Posesia în vederea consumului: renunțarea treptată la sentințele cu închisoarea

Posesia de droguri în scopul consumului propriu — și uneori consumul de droguri — constituie infracțiune în majoritatea țărilor europene și se pedepsește cu închisoarea. În multe țări europene, însă, aplicarea pedepsei cu închisoarea nu este o practică uzuală, iar începând aproximativ din anul 2000, în Europa, s-a manifestat tendința generală de reducere a posibilității de detenție pentru infracțiunile legate de posesia de droguri în scopul consumului propriu. Unele țări au eliminat întru totul pedeapsa cu închisoarea, în timp ce altele au mers și mai departe, stabilind că infracțiunile care constau în posesia de droguri în scopul consumului propriu fac doar obiectul unor sancțiuni non-penale, constând de obicei în amenzi.

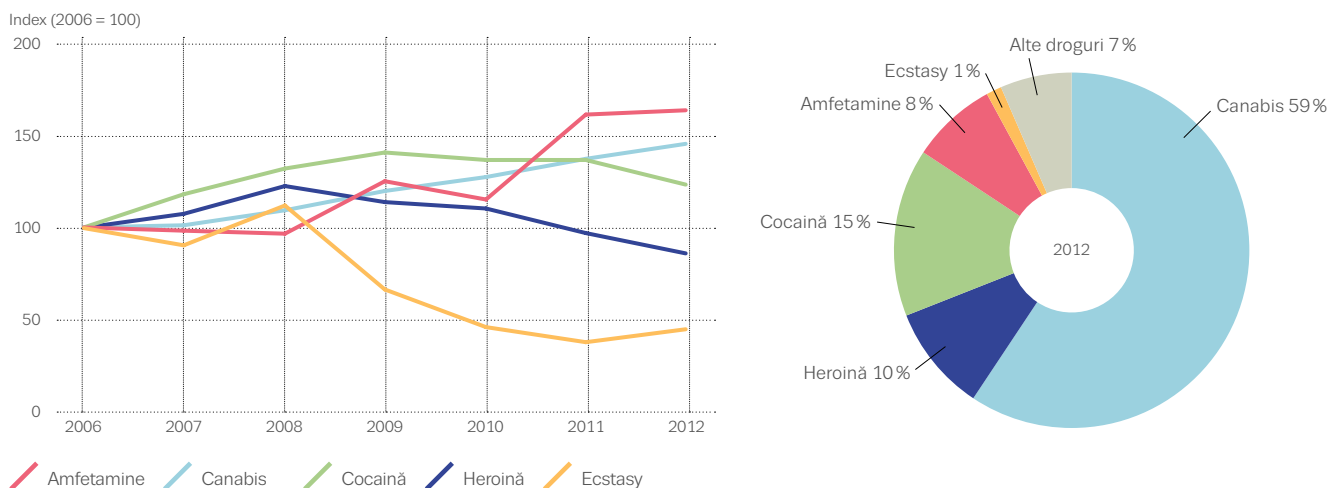
În cele mai multe țări europene, majoritatea rapoartelor privind infracțiunile la regimul drogurilor se referă la consumul de droguri sau la posesia de droguri pentru consum personal. În general, în Europa, se estimează că peste un milion de astfel de infracțiuni au fost raportate în 2012, ceea ce înseamnă o creștere cu 17% în comparație cu 2006. Peste trei sferturi dintre aceste infracțiuni raportate au legătură cu canabisul (figura 4.1).

Oferta de droguri: diferențe mari în privința sancțiunilor

Oferta de droguri ilegale este considerată întotdeauna o infracțiune în Europa, însă sancțiunile posibile diferă considerabil de la o țară la alta. În unele țări, infracțiunile

FIGURA 4.2

Infrațiuni raportate legate de oferta de droguri în Europa, tendințe și analiză pe tipuri de drog



legate de ofertă pot fi sancționate în limitele unei singure categorii extinse de sancțiuni (mergând până la închisoarea pe viață). Alte țări fac diferența între infracțiunile majore și minore legate de oferta de droguri, în funcție de factori precum cantitatea sau tipul de droguri găsite, aplicând sancțiuni maxime și minime corespunzătoare.

Per total, infracțiunile legate de oferta de droguri raportate au crescut cu 28% din anul 2006, ajungând la peste 230 000 în 2012. Ca și în cazul infracțiunilor legate de posesia de droguri, cannabisul a făcut obiectul majorității infracțiunilor. Cocaina, heroina și amfetaminele au avut, însă, o pondere mai mare în cazul infracțiunilor legate de ofertă decât în cazul infracțiunilor legate de posesia de droguri. Tendințele descendente în ceea ce privește infracțiunile legate de oferta de cocaină și heroină s-au menținut (figura 4.2).

Substanțele psihoactive noi: apariția sistemelor de control

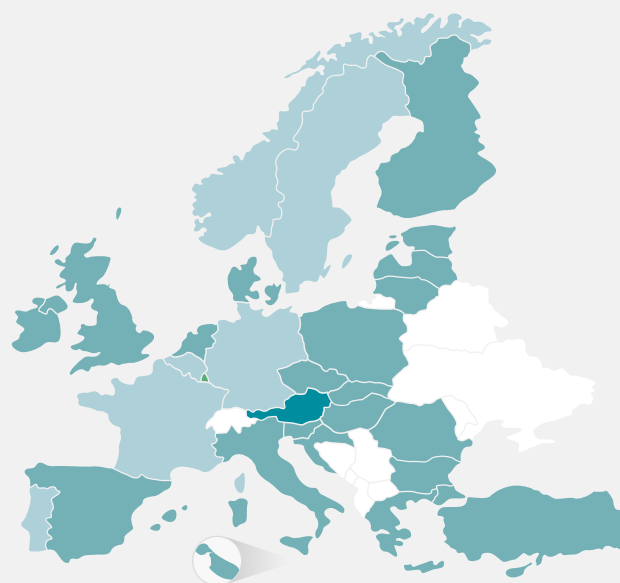
Viteza cu care substanțele aflate sub control au fost înlocuite, în ultima vreme, cu substanțe noi, precum și diversitatea produselor disponibile, reprezintă provocări majore pentru legislatorii europeni.

La nivel național, aceste provocări au determinat o serie de răspunsuri juridice inovatoare în rândul țărilor europene. În general, se pot identifica trei tipuri de răspunsuri. În primul rând, țările pot să folosească legile existente care reglementează aspecte ce nu țin de drogurile aflate sub control, precum legislația referitoare la siguranța consumatorului sau la controlul medicamentelor: în Polonia, peste 1 000 de puncte de vânzare cu amănuntul au fost închise într-un singur weekend în 2010, apelându-se la competențele existente în domeniul protecției sănătății. În al doilea rând, țările își pot extinde sau adapta legile sau procesele existente în domeniul drogurilor: în 2011, în Regatul Unit au fost introduse ordine privind drogurile supuse controlului temporar pentru a controla oferta pe perioada examinării riscurilor pentru sănătate. În al treilea rând, țările pot să conceapă noi legi: în 2013, Portugalia și Slovacia au introdus legi în mod special pentru a pune capăt vânzării neautorizate a anumitor substanțe noi.

Acest domeniu legislativ aflat într-o schimbare rapidă continuă să se dezvolte. De curând, Polonia și România au consolidat legislația existentă prin introducerea unor legi noi concepute în mod special pentru acest domeniu; în prezent, cele două legislații sunt folosite în paralel. În 2012, Cipru a reformulat definițiile generice pentru a

FIGURA 4.3

Strategii și planuri de acțiune naționale privind drogurile: disponibilitate și domeniu de aplicare



■ Strategie combinată privind drogurile legale și ilegale
■ Strategie privind drogurile ilegale
■ Nu există o strategie națională privind drogurile

NB: Regatul Unit dispune de o strategie privind drogurile ilegale, iar Țara Galilor și Irlanda de Nord dispun de strategii combinate care includ alcoolul.

cuprinde substanțe ce nu erau incluse în definițiile actuale, iar în același an Țările de Jos au respins definițiile generice deoarece nu erau suficient de specifice.

În cadrul acestor răspunsuri diferite, există o varietate largă în ceea ce privește criteriile de generare a unui răspuns legislativ și sancțiunile pentru neconformitate. Cu toate acestea, se pare că țările manifestă tendința de a sancționa cu precădere infracțiunile legate de oferta de droguri și nu infracțiunile legate de posesie în scopul consumului propriu.

**A devenit o practică uzuală
pentru guvernele naționale din
Europa să adopte strategii și
planuri de acțiune privind
drogurile**

FIGURA 4.4

Strategii naționale privind drogurile

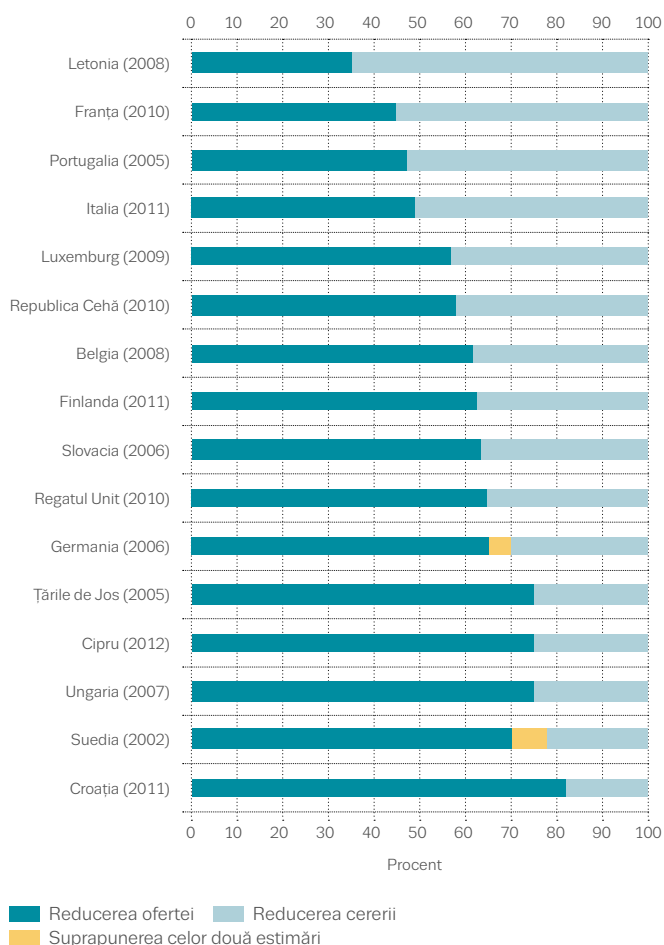
A devenit o practică uzuală pentru guvernele naționale din Europa să adopte strategii și planuri de acțiune privind drogurile. Aceste documente cu limite de timp conțin un set de principii, obiective și priorități generale, specificând măsurile și părțile responsabile cu punerea în aplicare a acestora. În prezent, toate țările dispun de o strategie națională sau de un plan de acțiune privind drogurile, cu excepția Austriei care dispune de astfel de planuri la nivel de provincii. Șapte țări au adoptat strategii naționale și planuri de acțiune care vizează atât drogurile legale, cât și pe cele ilegale (figura 4.3). În prezent, multe țări își evaluează sistematic strategiile și planurile de acțiune privind drogurile. În general, scopul acestei măsuri este de a evalua nivelul de punere în aplicare atins, precum și schimbările în situația generală a drogurilor.

Diferite organizații de sprijinire a politicilor privind drogurile

În ultimii ani, s-a constatat o implicare sporită în elaborarea strategiilor privind drogurile din partea organizațiilor societății civile, inclusiv a grupurilor de sprijinire a politicilor privind drogurile. Un studiu recent al EMCDDA a identificat peste 200 de organizații implicate în sprijinirea politicilor privind drogurile în Europa, aproximativ 70% dintre acestea fiind active la nivel național, restul fiind distribuite în mod egal între activitățile de sprijinire la nivel local și cele la nivel european. Aproape două treimi dintre aceste organizații au avut obiective axate pe dezvoltarea practicii, 39% susținând abordări în sensul reducerii efectelor negative, iar 26% susținând prevenirea și reducerea consumului de droguri. Restul organizațiilor s-au concentrat asupra modificărilor legislative, 23% fiind în favoarea reducerii controlului drogurilor, iar 12% susținând întărirea controlului.

Majoritatea organizațiilor de sprijin sunt implicate în activități specifice, menite să influențeze atitudinile și opiniile publicului și ale factorilor de decizie în ceea ce privește furnizarea serviciilor legate de droguri și controlul drogurilor. Se folosesc activități de conștientizare, precum participarea la dezbateri publice sau menținerea platformelor de comunicare socială pe internet cu scopul de a influența politica privind drogurile. Organizațiile care promovează reducerea controlului drogurilor sau reducerea efectelor negative ale acestora acționează în principal în numele consumatorilor de droguri, în timp ce organizațiile care susțin reducerea consumului de droguri și întărirea controlului au acționat în primul rând în numele societății în general și, în special, în numele tinerilor și al familiilor.

Analiza cheltuielilor publice legate de droguri în funcție de domeniu - reducerea cererii și reducerea ofertei



Evaluare economică: fondurile pentru intervenții afectate de austeritate

Multe țări europene continuă să se confrunte cu consecințele încetirii recente a creșterii economice. Nivelul măsurilor de consolidare sau austeritate fiscală și impactul acestora variază de la o țară europeană la alta. Dintre cele 18 țări care au furnizat date suficiente pentru efectuarea unei comparații, s-au raportat reduceri în ceea ce privește cheltuielile pentru sănătate, ordine și siguranță publică — acestea fiind domeniile în care se fac cele mai multe cheltuieli publice în legătură cu drogurile. În general, în perioada 2009-2011, cele mai mari reduceri ale cheltuielilor publice s-au observat în sectorul sănătății.

Reducerea fondurilor disponibile pentru programele și serviciile legate de droguri a fost raportată și de țările europene, fiind afectate, în mod deosebit, intervențiile în materie de prevenire a consumului de droguri și cercetările privind drogurile. De asemenea, mai multe țări raportează că încercările de a rezerva fonduri pentru tratamentul pentru consumul de droguri nu s-au soldat întotdeauna cu succes.

Analiza economică poate fi un instrument important pentru evaluarea politicilor, deși informațiile limitate disponibile cu privire la cheltuielile publice legate de droguri în Europa continuă să reprezinte un obstacol major și îngreunează efectuarea unei comparații între țări. În cele 16 țări care au pus la dispoziție estimări începând cu 2002, cheltuielile publice în legătură cu drogurile variază între 0,01% și 0,5% din produsul intern brut al acestora (PIB). În baza informațiilor disponibile, se pare că cea mai mare parte din cheltuielile publice legate de droguri este alocată activităților de reducere a ofertei (figura 4.4).

Cheltuielile publice legate de reducerea ofertei cuprind, printre altele, cheltuielile aferente detenției celor care comit infracțiuni la regimul drogurilor. EMCDDA a făcut o serie de calcule estimative, cifrele cele mai mici luând în considerare doar deținuții care au fost condamnați pentru o infracțiune la regimul drogurilor, iar cifrele mari incluzându-i și pe cei arestați preventiv care ar putea fi condamnați pentru o infracțiune la regimul drogurilor. În urma aplicării acestor criterii s-a constatat că, în 2010, țările europene au cheltuit estimativ 0,03% din PIB sau 3,7 miliarde EUR cu deținuții care au comis infracțiuni la regimul drogurilor. Dacă sunt incluși și cei arestați preventiv, cheltuielile estimate se ridică la 0,05% din PIB sau 5,9 miliarde EUR.

PENTRU INFORMAȚII SUPLIMENTARE

Publicații EMCDDA

2014

Drug policy profiles — Austria, Documente EMCDDA.

Drug policy profiles — Poland, Documente EMCDDA.

2013

Drug policy advocacy organisations, Documente EMCDDA.

Drug policy profiles: Ireland.

Drug supply reduction and internal security, Documente EMCDDA.

Legal approaches to controlling new psychoactive substances, Perspective în materie de droguri.

Models for the legal supply of cannabis: recent developments, Perspective în materie de droguri.

The new EU drugs strategy (2013–20), Perspective în materie de droguri.

2012

Drug-related research in Europe: recent developments and future perspectives, Documente tematiche.

2011

Drug policy profiles: Portugal.

2009

Drug offences: sentencing and other outcomes, Ediție selectată.

2008

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

Publicații comune EMCDDA și Comisia Europeană

2010

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

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

Anexă

**Datele naționale prezentate aici sunt
extrase din spațiul web *European
Drug Report: Data and statistics*,
unde sunt disponibile date, ani, note
și metadata suplimentare**

TABELUL 1

OPIACEE

	Estimarea consumului problematic de opiacee	Indicator privind admiterea la tratament, drog principal				Consumatori care urmează un tratament de substituție
		Consumatori de opiacee, procent din persoanele care încep un tratament		Procentul consumatorilor de opiacee prin injectare (principala cale de administrare)		
		Toate persoanele care încep un tratament	Persoanele admise prima dată la tratament	Toate persoanele care încep un tratament	Persoanele admise pentru prima dată la tratament	
Țara	cazuri la 1 000	% (total)	% (total)	% (total)	% (total)	total
Belgia	—	34,5 (2 335)	17,1 (290)	21,7 (480)	12,4 (35)	17 351
Bulgaria	—	82,5 (1 631)	84,3 (253)	78,5 (963)	80,3 (196)	3 445
Republica Cehă	1,5–1,5	18,2 (1 615)	9,7 (417)	85,8 (1 370)	84,5 (348)	4 000
Danemarca	—	17,5 (663)	7,1 (102)	33,9 (193)	23 (20)	7 600
Germania	3,2–3,8	40,4 (30 841)	15,9 (3 343)	—	—	75 400
Estonia	—	93,4 (510)	85,6 (107)	80,7 (406)	79,4 (85)	1 157
Irlanda	—	51,6 (3 971)	32,4 (1 058)	42,5 (1 633)	34,4 (353)	8 923
Grecia	2,6–3,2	77,5 (4 399)	68,9 (1 652)	39,7 (1 744)	36,3 (600)	9 878
Spania	0,9–1,0	29,7 (14 925)	13,2 (3 289)	18,1 (2 537)	12,1 (384)	76 263
Franța	—	43,1 (15 641)	27,1 (2 690)	14,2 (1 836)	6,8 (172)	152 000
Croația	3,2–4,0	80,9 (6 357)	27,9 (313)	74,5 (4 678)	42,3 (126)	4 565
Italia	3,8–5,2	55,5 (16 751)	39 (5 451)	55,7 (8 507)	46,4 (2 185)	98 460
Cipru	1,0–1,5	27,9 (278)	8,4 (41)	57,2 (159)	57,5 (23)	239
Letonia	5,4–10,7	49,9 (1 071)	26,3 (104)	91,3 (935)	80,9 (76)	355
Lituania	2,3–2,4	—	66 (140)	—	100 (140)	687
Luxemburg	5,0–7,6	58,8 (163)	—	44,1 (71)	—	1 226
Ungaria	0,4–0,5	5,9 (230)	1,8 (47)	70,9 (156)	56,8 (25)	637
Malta	5,8–6,6	75,4 (1 410)	35,2 (93)	61 (840)	53,9 (48)	1 094
Țările de Jos	0,8–1,0	12,1 (1 302)	5,7 (352)	5,8 (45)	9 (19)	9 556
Austria	5,2–5,5	58 (2 110)	35,5 (488)	46,5 (727)	33,6 (127)	16 892
Polonia	0,4–0,7	28,7 (808)	9 (104)	62,7 (449)	39,4 (39)	1 583
Portugalia	—	70,1 (2 637)	54,4 (980)	15,4 (147)	13,1 (80)	24 027
România	—	37,4 (745)	25 (251)	89,3 (609)	86,5 (199)	531
Slovenia	4,0–4,8	81,1 (519)	64 (189)	50,6 (212)	39,7 (48)	3 345
Slovacia	1,0–2,5	26,3 (528)	13,1 (126)	74 (382)	69,6 (87)	465
Finlanda	—	61,9 (920)	38,1 (101)	81 (728)	74 (74)	2 439
Suedia	—	20,1 (248)	—	60,9 (148)	—	5 200
Regatul Unit	7,9–8,3	56,4 (61 737)	33,4 (13 586)	34,5 (20 804)	30,6 (4 085)	171 082
Turcia	0,2–0,5	75,4 (3 557)	67,3 (1 695)	48,7 (1 734)	43,1 (730)	28 656
Norvegia	2,1–3,9	32,6 (2 902)	—	77,1 (145)	—	7 038
UE	—	45,5 (174 345)	25,0 (35 567)	38,2 (50 759)	31,8 (9 574)	698 441
UE, Turcia și Norvegia	—	45,5 (181 804)	25,7 (37 262)	38,5 (52 638)	32,4 (10 304)	734 135

TABELUL 2

COCAINĂ

	Estimări privind prevalența			Indicator privind admiterea la tratament, drog principal			
	Populație generală		Populație școlară	Consumatori de cocaină ca procent din persoanele care încep un tratament		Procentul consumatorilor de cocaină prin injectare (principala cale de administrare)	
	De-a lungul vieții, adulți (15-64)	În ultimele 12 luni, tineri adulți (15-34)	De-a lungul vieții, elevi (15-16)	Toate persoanele care încep un tratament	Persoanele admise prima dată la tratament	Toate persoanele care încep un tratament	Persoanele admise pentru prima dată la tratament
Țara	%	%	%	% (total)	% (total)	% (total)	% (total)
Belgia	–	2,0	4	15,3 (1 031)	16,3 (277)	7,4 (72)	2,2 (6)
Bulgaria	0,9	0,3	3	0,5 (9)	1 (3)	0 (0)	0 (0)
Republica Cehă	2,3	0,5	1	0,2 (19)	0,2 (10)	0 (0)	0 (0)
Danemarca	5,2	2,4	2	5,1 (193)	5,8 (84)	10,1 (17)	0 (0)
Germania	3,4	1,6	3	6,1 (4 620)	6 (1 267)	–	–
Estonia	–	1,3	2	–	–	–	–
Irlanda	6,8	2,8	3	8,5 (654)	9,1 (297)	1,5 (9)	0 (0)
Grecia	0,7	0,2	1	4,1 (235)	4,2 (101)	19,4 (45)	8,9 (9)
Spania	8,8	3,6	3	40,4 (20 335)	42,5 (10 637)	1,9 (371)	0,9 (97)
Franța	3,7	1,9	4	6,4 (2 311)	4,1 (411)	9,9 (192)	4,1 (16)
Croația	2,3	0,9	2	1,9 (147)	4,3 (48)	3,5 (5)	2,2 (1)
Italia	4,2	1,3	1	24,2 (7 299)	30 (4 187)	4,1 (282)	3,4 (134)
Cipru	1,3	0,6	4	12,1 (121)	6,2 (30)	2,5 (3)	0 (0)
Letonia	1,5	0,3	–	0,3 (6)	0,5 (2)	0 (0)	0 (0)
Lituania	0,9	0,3	2	–	–	–	–
Luxemburg	–	–	–	12,6 (35)	–	39,4 (13)	–
Ungaria	0,9	0,4	2	1,6 (62)	1,6 (41)	11,5 (7)	7,5 (3)
Malta	0,4	–	4	13,4 (251)	28 (74)	30,7 (75)	14,5 (10)
Țările de Jos	5,2	2,4	2	26,5 (2 867)	21,7 (1 328)	0,1 (2)	0,1 (1)
Austria	2,2	1,2	–	8,3 (301)	10,2 (140)	6,5 (19)	1,5 (2)
Polonia	0,9	0,3	3	2,4 (69)	2,7 (31)	6,1 (4)	3,2 (1)
Portugalia	1,2	0,4	4	10,5 (397)	14,4 (259)	3,6 (8)	1 (2)
România	0,3	0,2	2	1,2 (23)	1,9 (19)	0 (0)	0 (0)
Slovenia	2,1	1,2	3	4,8 (25)	4,2 (8)	40 (10)	12,5 (1)
Slovacia	0,6	0,4	2	0,5 (11)	0,9 (9)	0 (0)	0 (0)
Finlanda	1,7	0,6	1	–	–	–	–
Suedia	3,3	1,2	1	1,8 (16)	–	0 (0)	–
Regatul Unit	9,0	3,3	4	12,6 (13 787)	16,9 (6 887)	2,1 (279)	0,9 (58)
Turcia	–	–	–	1,7 (82)	2 (50)	0 (0)	0 (0)
Norvegia	–	–	1	0,8 (67)	–	0 (0)	–
UE	4,2	1,7	–	14,3 (54 824)	18,4 (26 150)	3 (1 413)	1,5 (341)
UE, Turcia și Norvegia	–	–	–	13,9 (54 973)	18,1 (26 200)	3 (1 413)	1,5 (341)

TABELUL 3

AMFETAMINE

	Estimări privind prevalența			Indicator privind admiterea la tratament, drog principal			
	Populație generală		Populație școlară	Consumatori de amfetamină, ca procent din persoanele care încep un tratament		Procentul consumatorilor de amfetamine prin injectare (principala cale de administrare)	
	De- a lungul vieții, adulți (15-64)	În ultimele 12 luni, tineri adulți (15-34)	De- a lungul vieții, elevi (15-16)	Toate persoanele care încep un tratament	Persoanele admise pentru prima dată la tratament	Toate persoanele care încep un tratament	Persoanele admise pentru prima dată la tratament
Țara	%	%	%	% (total)	% (total)	% (total)	% (total)
Belgia	–	–	5	9,4 (639)	7,4 (125)	15,4 (86)	9,8 (12)
Bulgaria	1,2	1,3	6	2,2 (43)	8 (24)	0 (0)	0 (0)
Republica Cehă	2,5	0,8	2	67,4 (5 999)	71 (3 040)	80,1 (4 761)	75,2 (2 255)
Danemarca	6,6	1,4	2	9,5 (358)	10,3 (149)	3,1 (9)	0 (0)
Germania	3,1	1,8	4	13,1 (9 959)	16,7 (3 498)	–	–
Estonia	–	2,5	3	2,4 (13)	2,4 (3)	75 (9)	66,7 (2)
Irlanda	4,5	0,8	2	0,6 (45)	0,8 (25)	0 (0)	0 (0)
Grecia	0,1	0,1	2	0,1 (7)	0,1 (2)	0 (0)	0 (0)
Spania	3,3	1,1	2	1,2 (595)	1,5 (363)	0,3 (2)	0 (0)
Franța	1,7	0,5	4	0,3 (98)	0,2 (22)	22,5 (18)	15,8 (3)
Croația	2,6	1,6	2	1,1 (85)	2 (22)	1,2 (1)	0 (0)
Italia	1,8	0,1	1	0,1 (33)	0,2 (22)	0 (0)	0 (0)
Cipru	0,7	0,4	4	–	–	–	–
Letonia	2,2	0,6	–	19,8 (426)	27,1 (107)	60,4 (223)	56,3 (54)
Lituania	1,2	0,5	3	–	5,7 (12)	–	75 (9)
Luxemburg	–	–	–	0,7 (2)	–	0 (0)	–
Ungaria	1,8	1,2	6	12,3 (476)	11,1 (285)	20 (94)	16 (45)
Malta	0,4	–	3	0,3 (5)	0,4 (1)	20 (1)	0 (0)
Țările de Jos	3,1	–	3	5,9 (633)	6,1 (372)	1,8 (6)	0,5 (1)
Austria	2,5	0,9	–	3,2 (117)	4,3 (59)	0 (0)	0 (0)
Polonia	2,9	1,4	4	21,7 (611)	22,4 (260)	10,1 (60)	3,5 (9)
Portugalia	0,5	0,1	3	0,03 (1)	0,1 (1)	–	–
România	0,1	0,0	2	0,5 (9)	0,4 (4)	0 (0)	0 (0)
Slovenia	0,9	0,8	2	1 (5)	2,1 (4)	0 (0)	0 (0)
Slovacia	0,5	0,3	2	44,7 (895)	49,3 (474)	27,8 (244)	19,2 (90)
Finlanda	2,3	1,6	1	12,2 (181)	9,8 (26)	80,4 (135)	68 (17)
Suedia	5,0	1,5	1	14,9 (130)	–	76,5 (176)	–
Regatul Unit	10,6	1,1	2	2,8 (3 084)	3,3 (1 329)	26,1 (744)	19,4 (241)
Turcia	0,3	–	–	–	–	–	–
Norvegia	–	–	1	11,9 (1 057)	–	70,2 (203)	–
UE	3,4	0,9	–	6,5 (24 553)	7,2 (10 229)	48 (6 569)	43 (2 738)
UE, Turcia și Norvegia	–	–	–	6,5 (25 610)	7,1 (10 229)	48,5 (6 772)	43 (2 738)

TABELUL 4

ECSTASY

	Estimări privind prevalența			Indicator privind admiterea la tratament, drog principal	
	Populație generală		Populație școlară	Consumatori de ecstasy ca procent din persoanele care încep un tratament	
	De- a lungul vieții, adulți (15-64)	În ultimele 12 luni, tineri adulți (15-34)	De- a lungul vieții, elevi (15-16)	Toate persoanele care încep un tratament	Persoanele admise la pentru prima dată la tratament
Țara	%	%	%	% (total)	% (total)
Belgia	–	–	4	0,5 (36)	1,1 (19)
Bulgaria	2,0	2,9	4	–	–
Republica Cehă	3,6	1,2	3	0,1 (6)	0,1 (3)
Danemarca	2,3	0,7	1	0,3 (13)	0,5 (7)
Germania	2,7	0,9	2	–	–
Estonia	–	2,3	3	–	–
Irlanda	6,9	0,9	2	0,6 (46)	1 (32)
Grecia	0,4	0,4	2	0,2 (10)	0,2 (4)
Spania	3,6	1,4	2	0,2 (103)	0,3 (78)
Franța	2,4	0,4	3	0,5 (186)	0,2 (22)
Croația	2,5	0,5	2	0,4 (31)	0,4 (4)
Italia	1,8	0,1	1	0,2 (61)	0,2 (32)
Cipru	0,9	0,3	3	0,2 (2)	0,2 (1)
Letonia	2,7	0,8	3	0,2 (4)	0,5 (2)
Lituania	1,3	0,3	2	–	–
Luxemburg	–	–	–	–	–
Ungaria	2,4	1,0	4	1,5 (57)	1,3 (34)
Malta	0,7	–	3	1,1 (20)	2,7 (7)
Țările de Jos	6,2	3,1	3	0,6 (66)	0,9 (58)
Austria	2,3	1,0	–	0,7 (24)	0,9 (13)
Polonia	1,1	0,3	2	0,2 (7)	0,2 (2)
Portugalia	1,3	0,6	3	0,1 (4)	0,2 (4)
România	0,7	0,4	2	0,2 (3)	0,2 (2)
Slovenia	2,1	0,8	2	0,4 (2)	1,1 (2)
Slovacia	1,9	0,9	4	–	–
Finlanda	1,8	1,1	1	0,1 (2)	0,4 (1)
Suedia	2,1	0,2	1	–	–
Regatul Unit	8,3	2,4	4	0,2 (270)	0,4 (166)
Turcia	0,1	0,1	–	1,1 (53)	1,6 (41)
Norvegia	–	–	1	–	–
UE	3,1	1,0	–	0,2 (953)	0,3 (493)
UE, Turcia și Norvegia	–	–	–	0,3 (1 006)	0,4 (534)

TABELUL 5

CANABIS

	Estimări privind prevalența			Indicator privind admiterea la tratament, drog principal	
	Populație generală		Populație școlară	Consumatori de cannabis, ca procent din persoanele care încep un tratament	
	De- a lungul vieții, adulți (15-64)	În ultimele 12 luni, tineri adulți (15-34)	De- lungul vieții, elevi (15-16)	Toate persoanele care încep un tratament	Persoanele admise prima dată la tratament
Țara	%	%	%	% (total)	% (total)
Belgia	14,3	11,2	24	31,2 (2 112)	49,4 (839)
Bulgaria	7,5	8,3	21	3,4 (67)	5,7 (17)
Republica Cehă	27,9	18,5	42	12,5 (1 111)	17,5 (747)
Danemarca	35,6	17,6	18	63,4 (2 397)	72,6 (1 048)
Germania	23,1	11,1	19	34,4 (26 208)	54,5 (11 431)
Estonia	–	13,6	24	2,9 (16)	8 (10)
Irlanda	25,3	10,3	18	28,8 (2 216)	45,8 (1 498)
Grecia	8,9	3,2	8	15,7 (889)	24,6 (589)
Spania	27,4	17,0	28	25,6 (12 873)	38,9 (9 736)
Franța	32,1	17,5	39	44,1 (16 020)	62,5 (6 206)
Croația	15,6	10,5	18	12,7 (1 001)	56,3 (630)
Italia	21,7	8,0	14	17,1 (5 176)	26 (3 629)
Cipru	9,9	4,2	7	53,3 (532)	81,9 (399)
Letonia	12,5	7,3	25	14,6 (314)	26,8 (106)
Lituania	10,5	5,1	20	–	3,3 (7)
Luxemburg	–	–	–	26 (72)	–
Ungaria	8,5	5,7	19	65,9 (2 560)	74,9 (1 927)
Malta	3,5	1,9	10	8,4 (157)	29,2 (77)
Țările de Jos	25,7	13,7	26	47,6 (5 143)	57,8 (3 542)
Austria	14,2	6,6	–	25,3 (919)	45,4 (623)
Polonia	12,2	12,1	23	35,6 (1 003)	53,6 (623)
Portugalia	9,4	5,1	14	13,9 (525)	25,4 (457)
România	1,6	0,6	7	11,1 (222)	18,1 (182)
Slovenia	15,8	10,3	23	10,4 (54)	26,5 (50)
Slovacia	10,5	7,3	27	21,6 (432)	32 (308)
Finlanda	18,3	11,2	11	18 (267)	42,6 (113)
Suedia	14,9	6,9	7	16 (197)	–
Regatul Unit	30,0	10,5	24	22,4 (24 498)	37,1 (15 107)
Turcia	0,7	0,4	–	15,8 (744)	22 (555)
Norvegia	19,2	7,9	5	19,2 (1 711)	–
UE	21,7	11,2	–	27,9 (106 981)	42,2 (59 901)
UE, Turcia și Norvegia	–	–	–	27,6 (109 436)	41,8 (60 456)

TABELUL 6

ALȚI INDICATORI

	Decese ca urmare a consumului de droguri (vârsta 15-64 ani)	Îmbolnăviri cu HIV în rândul consumatorilor de droguri injectabile (ECDC)	Estimare privind consumul de droguri injectabile	Seringi distribuite în cadrul unor programe specializate
Țara	cazuri la un milion de persoane (total)	cazuri la un milion de persoane (total)	cazuri la 1 000 de persoane	total
Belgia	17,4 (127)	0,4 (4)	2,5–4,8	937 924
Bulgaria	4,8 (24)	5,5 (40)	–	466 603
Republica Cehă	3,9 (28)	0,6 (6)	5,32–5,38	5 362 334
Danemarca	46,3 (168)	2 (11)	–	–
Germania	16,8 (908)	1 (81)	–	–
Estonia	190,8 (170)	53,7 (72)	4,3–10,8	2 228 082
Irlanda	70,5 (215)	2,8 (13)	–	274 475
Grecia	–	42,9 (484)	0,93–1,25	406 898
Spania	11,4 (360)	4,4 (166)	0,19–0,21	1 990 136
Franța	6,7 (283)	1,2 (76)	–	13 800 000
Croația	16,1 (46)	0,2 (1)	0,3–0,6	256 544
Italia	10,1 (390)	3,4 (208)	–	–
Cipru	12 (7)	0 (0)	0,2–0,4	0
Letonia	12,4 (17)	46 (94)	–	311 188
Lituania	34,7 (70)	20,6 (62)	–	196 446
Luxemburg	22,1 (8)	7,6 (4)	4,5–6,85	212 822
Ungaria	3,5 (24)	0 (0)	0,8	420 812
Malta	16,2 (4)	0 (0)	–	376 104
Țările de Jos	10,2 (113)	0,4 (7)	0,21–0,22	237 400
Austria	28,1 (160)	4,5 (38)	–	4 625 121
Polonia	9,9 (271)	1,1 (42)	–	98 000
Portugalia	4,2 (29)	5,3 (56)	–	1 341 710
România	2 (28)	8 (170)	–	1 074 394
Slovenia	18,4 (26)	0,5 (1)	–	553 426
Slovacia	6,2 (24)	0,2 (1)	–	11 691
Finlanda	58 (205)	1,3 (7)	–	3 539 009
Suedia	62,6 (383)	1,7 (16)	–	73 125
Regatul Unit	38,3 (1 598)	1,8 (111)	2,9–3,2	9 349 940
Turcia	3,1 (154)	0,1 (6)	–	–
Norvegia	75,9 (250)	2,2 (11)	2,2–3,1	3 011 000
UE	17,1 (5 686)	3,5 (1 771)	–	–
UE, Turcia și Norvegia	–	3,1 (1 788)	–	–

TABELUL 7

CAPTURI

	Heroină		Cocaină		Amfetamine		Ecstasy	
	Cantitate capturată	Număr de capturi	Cantitate capturată	Număr de capturi	Cantitate capturată	Număr de capturi	Cantitate capturată	Număr de capturi
Țara	kg	total	kg	total	kg	total	tablete (kg)	total
Belgia	112	1 953	19 178	3 349	58	2 641	26 874 (–)	1 015
Bulgaria	285	44	115	30	84	68	6 164 (30)	3
Republica Cehă	8	41	8	44	32	357	1 782 (0,01)	12
Danemarca	41	430	42	2 056	303	1 817	72 654 (–)	523
Germania	242	3 381	1 258	3 618	1 196	11 919	313 179 (–)	1 786
Estonia	0,0004	1	3	49	41	319	9 210 (0,01)	56
Irlanda	60	766	459	391	23	143	148 195 (6)	311
Grecia	331	2 045	201	432	0,3	22	3 253 (0,4)	7
Spania	229	5 822	20 754	37 880	251	2 511	175 381 (–)	2 128
Franța	701	–	5 602	–	307	–	156 337 (–)	–
Croația	30	192	6	132	3	268	– (1,1)	105
Italia	951	2 983	5 319	6 633	12	63	19 051 (20)	138
Cipru	1	34	7	88	0,5	50	102 (0,1)	9
Letonia	1	427	1	28	30	820	847 (–)	24
Lituania	0,5	112	120	10	80	119	54 (–)	8
Luxemburg	3	190	2	122	1	13	137 (–)	10
Ungaria	3	26	13	118	30	492	12 437 (0,8)	91
Malta	1	44	143	80	0,2	3	1 080 (–)	27
Țările de Jos	750	–	10 000	–	681	–	2 442 200 (61)	–
Austria	222	393	65	912	35	607	8 998 (–)	113
Polonia	36	–	213	–	618	–	31 092 (0,01)	–
Portugalia	66	971	4 020	1 238	0,2	44	867 (7)	101
România	45	215	55	85	4	16	12 861 (0,02)	112
Slovenia	20	439	27	251	9	203	960 (–)	16
Slovacia	0,3	82	2	19	11	607	529 (–)	16
Finlanda	0,07	47	26	147	139	2 616	23 623 (–)	513
Suedia	7	363	34	1 010	361	3 609	38 630 (3)	441
Regatul Unit	831	10 624	3 324	18 569	1 491	6515	473 000 (–)	3 716
Turcia	13 301	4 155	476	1 434	619	108	2 961 553 (357)	4 445
Norvegia	45	1 277	67	860	317	6 801	6 579 (2)	274
UE	4 977	31 625	70 997	77 291	5 802	35 842	3 979 497 (130)	11 281
UE, Turcia și Norvegia	18 323	37 057	71 540	79 585	6 737	42 751	6 947 629 (489)	16 000

TABELUL 7

CAPTURI (continuarea)

	Rășină de canabis		Plantă de canabis		Plante de canabis	
	Cantitate capturată	Număr de capturi	Cantitate capturată	Număr de capturi	Cantitate capturată	Număr de capturi
Valsts	kg	total	kg	total	plante (kg)	total
Belgia	1 338	4 500	5 635	19 672	330 675	1 111
Bulgaria	15 967	4	1 319	127	13 072 (2 517)	26
Republica Cehă	21	24	563	558	90 091 (–)	259
Danemarca	1 334	9 239	223	1 287	– (1 401)	675
Germania	2 386	6 490	4 942	28 744	97 829 (–)	2 204
Estonia	5	48	25	466	– (7)	12
Irlanda	1 185	527	1 020	1 843	11 601 (–)	542
Grecia	44	145	22 383	6 262	34 040 (–)	831
Spania	325 563	179 993	10 457	150 206	– (39 932)	1 677
Franța	51 118	–	3 270	–	131 307 (–)	–
Croația	23	343	1 070	4 098	6 703 (–)	211
Italia	21 893	6 184	21 496	4 660	4 122 617 (–)	1 216
Cipru	0,1	20	100	863	385 (–)	39
Letonia	117	64	74	414	– (335)	4
Lituania	424	23	96	242	– (–)	–
Luxemburg	1	83	30	774	39 (–)	9
Ungaria	3	103	1 777	2 092	7 382 (–)	193
Malta	16	96	3	50	46 (–)	5
Țările de Jos	2 200	–	12 600	–	1 400 000 (–)	–
Austria	174	1 192	812	5 732	– (173)	210
Polonia	39	–	1 489	–	61 585 (–)	–
Portugalia	18 304	3 298	49	554	7 788 (–)	397
România	27	1 492	335	262	3 125 (300)	30
Slovenia	3	66	706	3 350	11 166 (–)	174
Slovacia	1	17	177	1 242	2 927 (–)	38
Finlanda	714	1 870	–	5 036	18 150 (66)	3 339
Suedia	1 091	6 761	641	7 611	–	–
Regatul Unit	13 432	17 360	13 243	148 746	555 625	15 846
Turcia	27 413	6 881	124 673	57 744	–	3 646
Norvegia	1 605	10 985	314	4 402	– (133)	364
UE	457 424	239 942	104 535	394 891	6 906 153 (44 730)	29 048
UE, Turcia și Norvegia	486 442	257 808	229 522	457 037	6 906 153 (44 863)	33 058

Observatorul European pentru Droguri și Toxicomanie
Raportul european privind drogurile 2014: Tendințe și evoluții

Luxemburg: Oficiul pentru Publicații al Uniunii Europene
2014 — 80 p. — 21 × 29,7 cm

ISBN: 978-92-9168-708-4

doi:10.2810/38356

CUM VĂ PUTEȚI PROCURA PUBLICAȚIILE UNIUNII EUROPENE?

Publicații gratuite

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

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

Publicații contra cost

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

Abonamente contra cost

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

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

Despre acest raport

Raportul *Tendințe și evoluții* prezintă o vedere de ansamblu, de prim nivel, a fenomenului drogurilor în Europa, referindu-se la furnizarea de droguri, utilizarea acestora și problemele de sănătate publică, precum și la politica și soluțiile pentru combaterea drogurilor. Împreună cu publicațiile online *European Drug Report: Data and statistics* (Raportul european privind drogurile: Date și statistici), *Rezumate de țară* și *Perspective în materie de droguri*, acesta alcătuiește pachetul Raportului european privind drogurile 2014.

Despre EMCDDA

Observatorul European pentru Droguri și Toxicomanie (EMCDDA) reprezintă sursa centrală de informații și autoritatea recunoscută în ceea ce privește aspectele legate de droguri în Europa. De peste 20 de ani, acest organism colectează, analizează și difuzează informații fundamentate științific în legătură cu drogurile, dependența de droguri și consecințele acestora, oferind publicului o imagine bazată pe dovezi privind fenomenul drogurilor la nivel european.

Publicațiile EMCDDA reprezintă o sursă esențială de informații pentru un public variat, care cuprinde: factori de decizie și consilierii acestora, practicieni și cercetători din domeniul drogurilor și, la un nivel mai general, mass-media și publicul larg. Având sediul la Lisabona, EMCDDA este una dintre agențiile descentralizate ale Uniunii Europene.

