Observatorul European pentru
Droguri şi Toxicomanie

RO

ISSN 2314-9183

Raportul european privind drogurile

Tendințe şi evoluții

2016

Observatorul European pentru
Droguri şi Toxicomanie

Raportul european privind drogurile

Tendințe și evoluții

2016

Aviz juridic

Această publicație a Observatorului European pentru Droguri și Toxicomanie (EMCDDA) este protejată de drepturi de autor. EMCDDA își declină orice răspundere pentru consecințele care decurg din folosirea datelor cuprinse în acest document. Conținutul prezentei publicații nu reflectă neapărat opiniile oficiale ale partenerilor EMCDDA, ale vreunui stat membru al Uniunii Europene sau ale vreunei agenții sau instituții a Uniunii Europene.

Europe Direct este un serviciu care vă ajută să găsiți răspunsuri la întrebările pe care le aveți despre Uniunea Europeană.

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

(*) Informațiile primite sunt gratuite, la fel ca și majoritatea apelurilor telefonice (unii operatori și unele cabine telefonice și hoteluri taxează totuși aceste apeluri).

Numeroase alte informații despre Uniunea Europeană sunt disponibile pe internet pe serverul Europa (http://europa.eu).

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, turcă și norvegiană. Toate traducerile au fost efectuate de Centrul de Traduceri pentru Organismele Uniunii Europene.

Luxemburg: Oficiul pentru Publicații al Uniunii Europene, 2016

ISBN: 978-92-9168-893-7
doi:10.2810/37701

© Observatorul European pentru Droguri și Toxicomanie, 2016
Reproducerea este autorizată cu condiția menționării sursei.

Observatorul European pentru Droguri și Toxicomanie (2016*), Raportul european privind drogurile 2016: Tendințe și evoluții,* Oficiul pentru Publicații al Uniunii Europene, Luxemburg.

Printed in Belgium

Tipărit pe hârtie înălbită fără clor elementar (ECF)

Observatorul European pentru
Droguri şi Toxicomanie

Praça Europa 1, Cais do Sodré, 1249-289 Lisabona, Portugal
Tel. +351 211210200
info@emcdda.europa.eu | www.emcdda.europa.eu
twitter.com/emcdda | facebook.com/emcdda

Cuprins

5 Prefață

9 Notă introductivă și mulțumiri

11 REZUMAT
Piața europeană a drogurilor continuă să prezinte semne de reziliență

17 CAPITOLUL 1
Oferta de droguri și piața

37 CAPITOLUL 2
Prevalența și tendințele consumului de droguri

53 CAPITOLUL 3
Efectele nocive ale drogurilor și răspunsurile la această problemă

71 ANEXĂ
Tabele cu date naționale

Prefață

Avem plăcerea să vă prezentăm cea de a 21-a analiză anuală a situației drogurilor din Europa, prima de acest fel pentru directorul nou ales al EMCDDA și pentru noul președinte al Consiliului de administrație al agenției. La fel ca în anii precedenți, Raportul european privind drogurile 2016 oferă o analiză actuală a celor mai recente tendințe și evoluții ale situației drogurilor în Europa, sub forma unui pachet multimedia integrat. Acest raport este unic prin faptul că reunește o prezentare generală actualizată și de ansamblu a consumului de droguri, a problemelor asociate și a piețelor de profil și completează această analiză a situației cu informații despre politicile și practicile în materie de droguri.

Analiza din acest an subliniază încă o dată faptul că Europa se confruntă cu o problemă tot mai complexă a drogurilor, în care stimulantele, substanțele psihoactive noi, medicamentele utilizate în mod abuziv și consumul problematic de canabis joacă un rol tot mai important. De asemenea, raportul ne amintește că unele dintre problemele din trecut sunt încă de actualitate – chiar dacă provocările pe care le prezintă în prezent sunt în schimbare atât din punctul de vedere al politicilor, cât și al practicii. Problema opioidelor în Europa rămâne un subiect central în cadrul analizei din 2016, reflectând impactul semnificativ pe care aceste droguri îl au încă asupra ratei mortalității și a morbidității. În prezent se observă o relație tot mai complexă între consumul de heroină și de opioide sintetice, însoțită de o creștere îngrijorătoare a estimărilor globale privind decesele asociate consumului de opioide. În plus, serviciile de tratament din Europa trebuie să răspundă acum nevoilor medicale mai complexe ale unei cohorte de consumatori de heroină în curs de îmbătrânire, iar factorii de decizie se străduiesc că stabilească cele mai potrivite obiective terapeutice pe termen lung pentru acest grup. În același timp, noile „epidemii" ale consumului de heroină raportate în alte părți ale lumii ne amintesc că în acest domeniu este necesar să se acționeze cu vigilență, iar supravegherea continuă rămâne esențială.

Raportul nostru este rezultatul unui efort colectiv și trebuie să mulțumim tuturor celor care au contribuit la realizarea sa. Ca întotdeauna, analiza de față se bazează pe contribuții din partea punctelor focale naționale Reitox și a experților naționali. În plus, dorim să menționăm contribuția partenerilor noștri instituționali de la nivel european: în special, Comisia Europeană, Europol, Centrul European de Prevenire și Control al Bolilor și Agenția Europeană pentru Medicamente. De asemenea, observăm cu plăcere că raportul din acest an include informații suplimentare la nivel de oraș, furnizate de rețelele europene de

cercetare, care completează datele naționale din domeniul analizei apelor reziduale și al urgențelor spitalicești legate de consumul de droguri și ne ajută să înțelegem mai bine atât modelele de consum de droguri, cât și efectele nocive ale acestora în întreaga Europă.

În sfârșit, remarcăm faptul că prezentul raport se publică într-un moment important pentru elaborarea politicilor în domeniul drogurilor, atât în Europa, cât și pe plan internațional. În Europa urmează să se evalueze rezultatele planului de acțiune actual în domeniul drogurilor și să se inițieze deliberări cu privire la acțiunile necesare pentru continuarea strategiei europene în materie de droguri în anii următori. De asemenea, țările Europei au participat activ la dezbaterile internaționale din cadrul sesiunii speciale a Adunării Generale a ONU care a avut loc la New York în luna aprilie a acestui an. Poziția Europei a subliniat importanța unei abordări echilibrate și bazate pe dovezi, întemeiată pe un angajament puternic față de drepturile omului. În opinia noastră, unul dintre motivele pentru care Europa poate vorbi cu autoritate în această dezbatere este angajamentul de a înțelege natura schimbătoare a problemelor cu care ne confruntăm și de a evalua în mod critic mecanismele care funcționează. Suntem mândri că acest raport și activitatea EMCDDA și a partenerilor săi naționali contribuie în continuare la această înțelegere și rămânem convinși că buna informare este o condiție esențială pentru existența unor politici și acțiuni solide în acest domeniu.

Laura d'Arrigo
Președintele Consiliului de administrație al EMCDDA

Alexis Goosdeel
Directorul EMCDDA

Notă introductivă și mulțumiri

Prezentul raport se bazează pe informațiile primite de EMCDDA de la statele membre ale Uniunii Europene și de la țara candidată Turcia, precum și de la Norvegia, sub forma unui pachet de rapoarte naționale.

Scopul său este să ofere o privire de ansamblu și o sinteză a situației drogurilor în Europa, precum și a măsurilor adoptate în acest sens. Datele statistice prezentate în raportul de față se referă la anul 2014 (sau la ultimul an pentru care sunt disponibile date). Analiza tendințelor se bazează doar pe rapoartele țărilor care au furnizat date suficiente pentru a descrie schimbările survenite în perioada de timp specificată. Semnificația statistică este testată la nivelul de 0,05, dacă nu se specifică altceva. De asemenea, cititorii trebuie să aibă în vedere faptul că monitorizarea modelelor și a tendințelor legate de consumul de droguri, un comportament condamnat de societate și pe care oamenii îl ascund, ridică probleme atât de ordin practic, cât și metodologic. Din acest motiv, analiza conținută în raport utilizează surse de date multiple. Deși se observă îmbunătățiri considerabile atât la nivel național, cât și cu privire la rezultatele care se pot obține printr-o analiză la nivel european, trebuie să recunoaștem dificultățile metodologice din acest domeniu. De aceea, se impune prudență în interpretarea datelor, mai ales atunci când țările sunt comparate pe criteriul unui singur parametru. Puteți consulta avertismentele și rezervele cu privire la date în versiunea online a acestui raport și în Buletinul statistic, care conține informații detaliate despre metodologie, rezervele legate de analiză și observații cu privire la limitările setului de informații disponibile. Sunt disponibile și informații despre metodele și datele utilizate la realizarea estimărilor la nivel european, pentru care este posibil să se folosească interpolarea.

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 cules 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 oficiului Europol;
- Grupului Pompidou al Consiliului Europei, Biroului Națiunilor Unite pentru droguri și criminalitate, Biroului regional pentru Europa al OMS, organizației Interpol, Organizației Mondiale a Vămilor, Proiectului european de anchete în școli privind consumul de alcool și alte droguri (ESPAD), Grupului de bază pentru analiza apelor reziduale – Europa (Sewage Analysis Core Group Europe – SCORE), Rețelei europene de urgență privind drogurile (European Drug Emergencies Network – Euro-DEN) și Consiliului suedez de informare privind alcoolul și alte droguri (CAN);
- Centrului de Traduceri pentru Organismele Uniunii Europene, designerilor de la Missing Element, lui Nigel Hawtin și societății 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 existente în statele membre ale UE, în țara candidată Turcia, în Norvegia și la Comisia Europeană. Aflate sub responsabilitatea guvernelor țărilor respective, punctele focale sunt autoritățile naționale care ne furnizează informații privind drogurile. Datele de contact ale punctelor focale naționale sunt disponibile pe site-ul EMCDDA.

Rezumat

Agenda politică a Europei în materie de droguri trebuie să cuprindă un set mai amplu și mai complex de tematici politice

Piața europeană a drogurilor continuă să prezinte semne de reziliență

Analiza de față descrie o piață europeană a drogurilor care rămâne elastică, existând anumiți indicatori care urmează tendințe ascendente pentru consumul de canabis și în special de droguri stimulante. Per ansamblu, datele privind oferta sugerează că puritatea sau potența majorității substanțelor ilegale este ridicată sau în creștere. Majoritatea datelor referitoare la prevalență, furnizate de anchetele recente, arată și creșteri nesemnificative în ceea ce privește consumul estimat al drogurilor cel mai frecvent utilizate. De asemenea, piața drogurilor a devenit mai complexă, fiind disponibile pentru consumatori atât substanțe noi, cât și droguri droguri consacrate, cu semnale care indică faptul că medicamentele devin tot mai importante, iar modelele de policonsum reprezintă regula în rândul persoanelor care se confruntă cu probleme legate de droguri. Faptul că în prezent producția de canabis, de droguri sintetice și chiar de anumite opioide și substanțe psihoactive noi are loc chiar în Europa, în apropierea piețelor de consum, reprezintă provocarea actuală pentru demersurile realizate în sensul interdicției de substanțe. Luând în considerare toate aceste aspecte, noua analiză subliniază necesitatea includerii în agenda politică europeană în materie de droguri a unui set mai amplu și mai complex de tematici politice decât în trecut.

Revenirea MDMA

Revenirea MDMA ca drog stimulant obișnuit în preferințele tinerilor ilustrează câteva dintre noile provocări pe care le prezintă piața actuală a drogurilor. Inovarea în ceea ce privește aprovizionarea cu precursori, noile tehnici de producție și oferta online, toate par să determine o renaștere pe o piață caracterizată în prezent printr-o diversitate de produse. Sunt disponibile pudre, cristale și comprimate în doze mari, cu diverse logouri, culori și forme, existând dovezi de producție la comandă și de marketing sofisticat și la țintă. Aceasta poate fi o strategie deliberată dezvoltată de producători pentru a îmbunătăți percepția asupra drogului după o perioadă lungă, în care calitatea slabă și contrafacerea au dus la scăderea

consumului. Există indicii că tactica înregistrează un oarecare succes, ceea ce dovedește că MDMA devine tot mai popular, atât în rândul consumatorilor de droguri stimulante consacrate, cât și în rândul noii generații de consumatori tineri. Acest lucru subliniază necesitatea unor măsuri de prevenție și de reducere a efectelor nocive adresate noii populații de utilizatori, care ar putea consuma produse în doze mari fără a înțelege riscurile asociate acestora.

Noile date evidențiază modelele regionale de utilizare a drogurilor stimulante și efectele nocive ale acestora

Raportul sugerează că trebuie să se acorde prioritate identificării și combaterii modelelor localizate ale consumului de droguri stimulante și ale efectelor nocive asociate. Constatările recente din analizele apelor reziduale corespund datelor privind capturile și datelor provenite din anchete, evidențiind în ansamblu diferențe regionale între modelele de consum de droguri stimulante la nivel european. Consumul de cocaină este mai ridicat în țările din vestul și sudul Europei, în timp ce consumul de amfetamine este mai pronunțat în nordul și estul Europei. Pe termen mediu, atât cocaina, cât și amfetaminele au înregistrat o creștere a purității, prețurile rămânând în mare parte stabile. Problemele asociate drogurilor stimulante sunt, de asemenea, din ce în ce mai vizibile. Există îngrijorări cu privire la numărul tot mai mare de noi cereri de tratament al dependenței de amfetamine din unele țări, aproape jumătate din cazurile noi admise la tratament raportând administrarea drogului prin injectare. Consumul de droguri stimulante injectabile a fost asociat și cu recentele focare de HIV din rândul unor populații marginalizate. Asocierea dintre injectarea de stimulante și nivelurile ridicate de practici sexuale riscante reprezintă, de asemenea, un motiv de îngrijorare tot mai mare. Aceste practici au fost raportate în rândul unor grupuri mici de bărbați care fac sex cu bărbați din unele orașe europene, ceea ce subliniază necesitatea unei cooperări sporite și a unui răspuns comun din partea serviciilor de tratament pentru consumul de droguri și sănătate sexuală.

Răspunsul la consumul de canabis rămâne o provocare majoră pentru politicile europene în materie de droguri

La nivel internațional și în Europa, au loc în prezent serioase dezbateri publice și politice cu privire la costurile și beneficiile diferitelor opțiuni de politică privind canabisul. Datele prezentate în acest raport completează discuția prin ilustrarea unora dintre aspectele complexe care trebuie luate în considerare. Acest subiect este important deoarece, în general, nivelurile consumului de canabis nu par să fie în scădere și este posibil chiar să înceapă să crească în rândul anumitor populații. Trebuie precizat că majoritatea țărilor care au realizat o estimare pe baza unor anchete recente (începând cu 2013) au raportat o creștere a consumului acestui drog.

Conform estimărilor recente, canabisul atinge cea mai mare cotă din valoarea pieței europene a drogurilor ilegale. Producția de canabis a devenit o sursă importantă de venit pentru crima organizată. Aplicarea legii este îngreunată considerabil de importul de canabis din țări cu surse multiple și de creșterea producției interne în Europa, punând presiune asupra resurselor polițienești și vamale deja suprasolicitate. Infracțiunile asociate consumului de canabis, dintre care cea mai mare parte se referă la consumul sau posesia pentru consum personal, reprezintă și ele aproximativ trei sferturi din totalul infracțiunilor asociate consumului de droguri.

De asemenea, se observă o înțelegere tot mai aprofundată a costurilor medicale și sociale rezultate din consumul de canabis. Este cazul, cu preponderență, al consumatorilor cu o frecvență mai mare și pe termen mai lung, estimându-se că aproximativ 1 % din adulții europeni sunt consumatori zilnici sau aproape zilnici de canabis. Nivelurile de potență, pentru rășină și planta de canabis, sunt ridicate în comparație cu standardele istorice, ceea ce este îngrijorător, deoarece pot crește riscurile pentru consumatorii care se confruntă cu probleme de sănătate atât acute, cât și cronice. În prezent, drogul este și motivul pentru care există majoritatea cazurilor noi admise la tratament, cu toate că datele privind admiterile la tratament trebuie înțelese în contextul căilor de trimitere și al unei definiții ample a ceea ce constituie îngrijirea acestei populații. În răspunsurile politice din acest domeniu trebuie să țină seama și de faptul că, spre deosebire de alte părți ale lumii, în Europa canabisul este consumat, în general, prin fumat în amestec cu tutun. Astfel sinergia dintre politicile privind controlul consumului de canabis și controlul consumului de tutun să devină importantă.

Canabisul atinge cea mai mare cotă din valoarea pieței europene a drogurilor ilegale

SCURTĂ PREZENTARE A ESTIMĂRILOR PRIVIND CONSUMUL DE DROGURI ÎN UNIUNEA EUROPEANĂ

Canabis

Consumat:

Adulți (15–64)

În ultimul an: **22,1 milioane** — 6,6 %

De-a lungul vieții: **83,2 milioane** — 24,8 %

Adulți tineri (15–34)

În ultimul an: **16,6 milioane** — 13,3 %

Estimări naționale privind consumul din ultimul an: Cel mai scăzut 3,2 %; Cel mai ridicat 23,9 %

Cocaină

Consumat:

Adulți (15–64)

În ultimul an: **3,6 milioane** — 1,1 %

De-a lungul vieții: **17,1 milioane** — 5,1 %

Adulți tineri (15–34)

În ultimul an: **2,4 milioane** — 1,9 %

Estimări naționale privind consumul din ultimul an: Cel mai scăzut 0,2 %; Cel mai ridicat 4,2 %

MDMA

Consumat:

Adulți (15–64)

În ultimul an: **2,5 milioane** — 0,8 %

De-a lungul vieții: **13,0 milioane** — 3,9 %

Adulți tineri (15–34)

În ultimul an: **2,1 milioane** — 1,7 %

Estimări naționale privind consumul din ultimul an: Cel mai scăzut 0,3 %; Cel mai ridicat 5,5 %

Amfetamine

Consumat:

Adulți (15–64)

În ultimul an: **1,6 milioane** — 0,5 %

De-a lungul vieții: **12,0 milioane** — 3,6 %

Adulți tineri (15–34)

În ultimul an: **1,3 milioane** — 1,0 %

Estimări naționale privind consumul din ultimul an: Cel mai scăzut 0,1 %; Cel mai ridicat 2,9 %

Opioide

Consumatori de opioide de mare risc

1,3 milioane

Supradoze fatale

82 %

Opioidele se regăsesc în **82 %** din cazurile de supradoză fatală

Cereri de tratament pentru consum

Principalul drog menționat în aproximativ **40 %** din numărul total al cererilor de tratament din Uniunea Europeană

40 %

644 000

de consumatori de opioide au primit tratament de substituție în 2014

Substanțe psihoactive noi

Consumat:

Adulți tineri (15–24)

În ultimul an: 3,0 %

De-a lungul vieții: 8,0 %

Sursa: Eurobarometrul Flash privind tinerii și drogurile (2014)

NB: Pentru setul complet de date și informații privind metodologia, consultați Buletinul statistic online care însoțește raportul.

Canabinoizii sintetici predomină în rândul capturilor de substanțe psihoactive noi

O provocare pentru politicile internaționale și europene în materie de droguri este și dezvoltarea unui răspuns eficace la piața noilor droguri, o piață dinamică și în continuă schimbare. Există informații foarte limitate cu privire la consumul de substanțe psihoactive noi, dar cele 50 000 de capturi de astfel de droguri din 2014 oferă o idee asupra disponibilității relative a acestora. Din numărul capturilor peste 60 % o reprezintă canabinoizii sintetici. Această clasă de droguri este predominantă și printre cele 98 de substanțe noi detectate pentru prima dată în 2015 și raportate la sistemul de alertă timpurie al UE pentru substanțe psihoactive noi. Douăzeci și patru dintre acestea au fost canabinoizi sintetici – droguri care acționează asupra acelorași receptori cerebrali ca și THC, unul dintre principalii compuși activi care se regăsesc în canabis în formă naturală. Având în vedere intoxicațiile în masă și chiar decesele raportate, mulți canabinoizi sintetici sunt însă considerabil mai toxici din punct de vedere medical . Într-un avertisment, emis în februarie 2016, cu privire la canabinoidul sintetic MDMB-CHMICA – un drog care a fost asociat cu 13 decese și 23 de intoxicații nefatale – EMCDDA atrage atenția asupra amenințării pe care o reprezintă aceste substanțe. Acest produs chimic a fost identificat în peste 20 de amestecuri diferite pentru fumat, înregistrându-se decese sau intoxicații în opt țări, și este posibil să se fi întâmplat și în altele. De obicei, consumatorii acestor produse ignoră substanțele chimice pe care le conțin.

De asemenea, există reacții adverse asociate atât drogurilor stimulante necontrolate, cât și opioidelor raportate la sistemul de alertă timpurie. Una dintre cele mai mari provocări politice în domeniu o reprezintă dezvoltarea unui răspuns eficace și rapid la vânzarea de produse chimice obscure, printre care unele extrem de toxice, astfel cum se constată ulterior. . Se poate ca tinerii consumatori să devină, fără să știe, cobai umani pentru substanțe ale căror riscuri potențiale pentru sănătate sunt în mare parte necunoscute. Un exemplu în acest sens îl reprezintă catinona sintetică alfa-PVP, care a fost supusă unei evaluări a riscurilor în noiembrie 2015. Acest psihostimulator cu potență foarte mare a fost asociat cu aproape 200 de cazuri de intoxicații acute și cu peste 100 de decese în Europa.

Sectoarele mai vechi și mai problematice de pe piața drogurilor par să fie din ce în ce mai mult ținta producătorilor de substanțe psihoactive noi. De exemplu, pe piață sunt disponibile opioide sintetice nesupuse controlului, cum ar fi membrii familiei fentanilului. Aceste droguri pot fi deosebit de nocive. Un exemplu care trebuie menționat aici este cel al acetil-fentanilului, pentru care EMCDDA și Europol au efectuat în 2015 o evaluare a riscurilor. Și în produsele comercializate ca înlocuitori pentru medicamente au fost identificate substanțe psihoactive noi. Este cazul benzodiazepinele care, atunci când sunt folosite în mod greșit, reprezintă o problemă asociată consumului de droguri în unele țări.

Creșterea numărului de decese cauzate de supradoze: heroina revine în centrul atenției

Analiza din acest an scoate în evidență noi motive de îngrijorare cu privire la creșterea numărului de supradoze asociate consumului de heroină și de alte opioide. Heroina apare cu preponderență în datele despre supradozele fatale și este și cel mai comun drog ilegal raportat în noile date europene, culese la nivel de oraș, despre prezentările la serviciul de urgențe al spitalelor. Motivul principal pentru urgențele asociate consumului de droguri sunt substanțele considerabil diferite de la un oraș la altul, pe primele locuri situându-se canabisul, cocaina și alte droguri stimulante. În prezent, la nivel european, nu se culeg în mod sistematic date cu privire la problemele acute asociate consumului de droguri. Studiul-pilot realizat la nivel de oraș arată că o monitorizare sistematică în acest domeniu ar fi foarte utilă, pentru a ajuta la o mai bună înțelegere și pentru a urmări impactul problemelor emergente asociate consumului de droguri.

În câteva țări, în special din nordul Europei, care se confruntă de mult timp cu probleme legate de consumul de opioide, s-au raportat creșteri recente ale numărului de decese cauzate de consumul acestor droguri. Cu toate acestea, este complicat să înțelegem factorii care declanșează tendințele în acest domeniu. Printre posibilele explicații se numără creșterea disponibilității heroinei, creșterea purității, îmbătrânirea și creșterea vulnerabilității cohortei de consumatori și schimbarea modelelor de consum (inclusiv în ceea ce privește consumul de opioide sintetice și de medicamente). Pot fi importante și modificările apărute la nivelul practicii de raportare. Datele privind oferta, inclusiv estimările mai ridicate ale heroinei produse în Afganistan, creșterea volumului capturilor de heroină și niveluri mai ridicate de puritate, toate indică o posibilă creștere a disponibilității. În prezent nu există totuși nicio dovadă fermă de creștere a numărului de noi consumatori de heroină, rata de admitere la tratamentul dependenței de heroină este în scădere sau stabilă, iar supradozajul rămâne o problemă în special în rândul consumatorilor de opioide mai vârstnici. În rândul grupurilor de tineri din unele țări, s-au observat, în schimb, mici creșteri ale deceselor cauzate de, ceea ce necesitămai multă atenție.

Consumul de opioide sintetice: un motiv de îngrijorare

În unele părți ale Europei, se pare că și opioidele sintetice și medicamentele joacă un rol la fel de important în ceea ce privește decesele cauzate de consumul de droguri. Există îngrijorări legate de utilizarea greșită a benzodiazepinei și a altor medicamente, deturnate de la utilizarea inițială și terapeutică sau obținute din surse neautorizate, dar rolul acestora în decesele cauzate de supradoze în Europa nu este încă pe deplin înțeles. Sunt disponibile mai multe date despre opioidele sintetice. În datele despre decesele cauzate de consumul de droguri din unele țări, sunt mai frecvent întâlnitemedicamentele pe bază de opioide sintetice, mai ales cele utilizate pentru tratamentul de substituție, dar nu numai acestea.S-a observat și o creștere a cererii de tratament pentru cosnumul acestor substanțe. Având în vedere problemele grave de sănătate publică cu care s-au confruntat America de Nord și alte zone ale lumii din cauza abuzului de medicamente pe bază de opioide, este bine justificată întărirea supravegherii pentru a detecta o eventuală creștere a problemelor din acest domeniu la nivel european. În plus, și după cum se poate observa în cuprinsul acestui raport, cadrele de reglementare și ghidurile clinice pot juca un rol pozitiv în reducerea riscului de deturnare a medicamentelor de la utilizările terapeutice adecvate.

Noi opțiuni farmacologice pentru reducerea efectelor nocive ale drogurilor

În anii următori se poate să apară o serie de opțiuni farmacologice noi, care ar putea contribui semnificativ la reducerea unora dintre problemele legate de consumul de droguri. Prezentul raport evidențiază două domenii în care s-au introdus noi terapii și metode inovatoare de administrare. Pentru a reduce numărul deceselor cauzate de supradoze, în mai multe țări din UE se oferă naloxonă, un medicament care anihilează efectele supradozei, atât consumatorilor de opioide prin intermediul unor programe comunitare, cât și consumatorilor de droguri care ies din penitenciar. În viitor, în Europa s-ar putea lua în considerare aplicarea la scară mai largă a tratamentului cu naloxonă administrat la domiciliu, prin elaborarea unor preparate pe bază de naloxonă administrate nazal, cum este cazul preparatului aprobat recent pentru vânzare în farmaciile din Statele Unite ale Americii. De asemenea, devin disponibile medicamente noi care oferă mai multe șanse de tratare a infecțiilor provocate de virusul hepatitei C în rândul consumatorilor activi de droguri injectabile, inclusiv al celor aflați în centre de tratament al dependenței de droguri. Cu toate că noile terapii au un potențial semnificativ pentur ameliorarea sănătății în domeniul drogurilor, există încă dificultăți în reducerea obstacolelor pentru utilizarea lor și în asigurarea de resurse suficiente pentru a răspunde nevoile de tratament.

Noi amenințări și oportunități generate de piețele de droguri de pe internet

Dificultatea majoră pentru politica în materie de droguri constă în adoptarea de măsuri care să vizeze rolul internetului ca mijloc de comunicare, dar și ca nouă sursă pentru oferta de droguri. Atenția sa concentrat în principal asupra amenințării ridicate de piețele de droguri de pe internetul ascuns. De asemenea, este necesar să se înțeleagă rolul tot mai important al site-urilor de suprafață, în special în ceea ce privește ofertaa de medicamente contrafăcute și de substanțe psihoactive noi, precum și al aplicațiilor de pe mijloacele de comunicare socială pentru schimburi *inter pares.* Pe platformele online se poate acționa pentru prevenție, tratament și reducere a efectelor nocive, însă adesea se trece cu vederea.

Oferta de droguri prin surse online pare a fi în creștere, deși pornește de la un nivel scăzut, iar potențialul de extindere a ofertei de droguri online pare a fi considerabil. În plus, ritmul rapid al schimbărilor din acest domeniu, determinat de creșterea utilizării internetului, de introducerea unor noi tehnologii de plată, de inovațiile în domeniul criptării și de noile opțiuni pentru crearea de piețe online distribuite, nu permite cu ușurință societății să furnizeze răspunsurile așteptate. Pe viitoarea agendă politică europeană, se vor regăsi probabil ca reprezentând chestiuni deosebit de importante: furnizarea unui răspuns la aceast „nor negru" (dark cloud) tot mai amenințător și dezvoltarea de metode pentru a exploata la maximum oportunitățile pe care le oferă acest mediu în scopul reducerii problemelor legate de droguri.

1

Și Europa este o regiune în care se produc canabisul și drogurile sintetice

Oferta de droguri și piața

La nivel mondial, Europa este o piață importantă pentru droguri, susținută atât de producția internă, cât și de drogurile obținute prin trafic din alte regiuni ale lumii. America de Sud, vestul Asiei și nordul Africii sunt surse importante pentru drogurile ilegale care intră în Europa, în timp ce China și India sunt țări-sursă pentru substanțe psihoactive noi. În plus, unele droguri și unii precursori de droguri tranzitează Europa pe ruta către alte continente. Europa este și o regiune în care se produc canabisul și drogurile sintetice. Canabisul este produs în special pentru consum local, iar unele dintre drogurile sintetice sunt produse pentru a fi exportate către alte zone ale lumii.

Monitorizarea piețelor de droguri, a ofertei și a legislației în domeniu

Analiza prezentată în acest capitol se bazează pe datele raportate privind capturile de droguri, capturile de precursori și transporturile oprite, unitățile de producție de droguri desființate, infracțiunile la regimul drogurilor, prețurile cu amănuntul ale drogurilor, puritatea și potența acestora. În unele cazuri, analiza tendințelor este dificilă din lipsa de date despre capturile din anumite țări importante. Seturile complete de date și notele metodologice extinse pot fi consultate online în Buletinul statistic. Trebuie precizat că tendințele pot fi influențate de o serie de factori, printre care se numără obiceiurile și preferințele consumatorilor, modificările de la nivelul producției și al traficului, nivelul activităților de aplicare a legii și eficacitatea măsurilor de interdicție.

De asemenea, în acest capitol sunt prezentate date privind notificările și capturile de substanțe psihoactive noi, raportate de partenerii naționali ai EMCDDA și ai Europol la sistemul de alertă timpurie al UE. Întrucât aceste informații sunt extrase din rapoarte de caz mai degrabă decât din sistemele de monitorizare de rutină, estimările privind capturile sunt minime. Datele sunt influențate de factori precum creșterea gradului de conștientizare cu privire la aceste substanțe, statutul lor juridic în schimbare și practicile în materie de raportare ale autorităților de aplicare a legii. Descrierea completă a sistemului de alertă timpurie al UE poate fi consultată pe site-ul EMCDDA, la secțiunea Action on new drugs (Acțiuni privind drogurile noi).

Informații suplimentare privind legislația și politicile europene în domeniul drogurilor sunt disponibile pe site-ul EMCDDA.

Începând cu anii 1970 și 1980, în multe țări europene au existat piețe importante ca mărime pentru canabis, heroină și amfetamine. De-a lungul timpului, și alte substanțe s-au poziționat bine pe piață, inclusiv MDMA în anii 1990 și cocaina în anii 2000. Piața europeană evoluează în continuare, în ultimul deceniu înregistrându-se apariția unei game largi de substanțe psihoactive noi. Printre schimbările recente de pe piața drogurilor ilegale, în mare măsură determinate de globalizare și de noile tehnologii, se numără inovarea producției de droguri și a metodelor de trafic, precum și apariția unor noi rute de trafic.

Măsurile care vizează combaterea ofertei de droguri implică acțiuni din partea agențiilor administrative și de aplicare a legii, dar adesea depind de cooperarea internațională. La nivelul UE, eforturile sunt coordonate prin strategiile și planurile de acțiune ale Uniunii în materie de droguri și prin ciclul de politici ale UE privind criminalitatea organizată și gravă. Abordările adoptate de fiecare stat în parte se reflectă în legislațiile și strategiile naționale privind drogurile. În prezent indicatorii cel mai bine documentați privind eforturile de combatere a ofertei de droguri sunt datele despre arestări și capturi.

Piețele drogurilor: estimarea valorii financiare

Piețele drogurilor ilegale sunt sisteme complexe de producție și distribuție care generează sume mari de bani la diferite niveluri. Print-o estimare moderată valoarea pieței cu amănuntul a drogurilor ilegale în Uniunea Europeană a fost de 24,3 miliarde EUR în 2013 (intervalul probabil: 21-31 miliarde EUR). Cu o valoare estimată a vânzărilor cu amănuntul de 9,3 miliarde EUR (intervalul probabil: 8,4-12,9 miliarde EUR) și reprezentând aproximativ 38 % din total, produsele pe bază de canabis dețin cea mai mare cotă a pieței drogurilor ilegale din Europa. Urmează heroina, cu vânzări estimate la 6,8 miliarde EUR (6,0-7,8 miliarde EUR) (28 %) și cocaina, cu 5,7 miliarde EUR (4,5-7,0 miliarde EUR) (24 %). Amfetaminele ocupă o cotă de piață mai mică, estimată la 1,8 miliarde EUR (1,2-2,5 miliarde EUR) (8 %), mai mult decât MDMA – care aduce aproape 0,7 miliarde EUR (0,61-0,72 miliarde EUR) (3 %). Aceste estimări se bazează pe date foarte limitate, ceea ce a determinat utilizarea unor ipoteze generale. Prin urmare, ele trebuie privite ca estimări minime inițiale care trebuie revizuite în viitor, pe măsura îmbunătățirii informațiilor care stau la baza lor.

Metode noi de ofertă: piețele de droguri online

În mod tradițional, piețele de droguri ilegale erau amplasate în locuri fizice, dar noile tehnologii bazate pe internet aparute în ultimul deceniu a au facilitat dezvoltarea piețelor online. Piețele de droguri pot funcționa pe web-ul de suprafață, oferta lor de vânzare cu amănuntul incluzând, în general, substanțe chimice de tipul precursorilor nesupuși controlului, substanțe psihoactive noi sau medicamente falsificate și contrafăcute. De asemenea, pot funcționa pe internetul ascuns, prin intermediul unor piețe de internet ascuns sau piețe criptate, cum ar fi AlphaBay sau defuncta Silk Road. Drogurile ilegale raportate ca fiind cel mai frecvent oferite spre vânzare pe piețele de internet ascuns, alături de o serie de medicamente, sunt produsele pe bază de canabis și MDMA.

O piață de internet ascuns este o platformă de vânzare sau o piață online bazată pe tehnologii ce asigură confidențialitatea, care reunește furnizori în special de produse și servicii ilegale. Aceste piețe au multe caracteristici similare unor site-uri precum eBay și Amazon, iar clienții pot căuta și compara produsele și furnizorii. Pentru a ascunde atât tranzacțiile, cât și locul fizic al serverelor, se folosește o serie de strategii, printre care: servicii de anonimizare, cum ar fi Tor (*The Onion Router),* care ascund adresa IP a unui calculator; utilizarea de criptomonede descentralizate și relativ nedetectabile, cum ar fi bitcoin și litecoin, pentru efectuarea de plăți; și comunicarea criptată între participanții la piață. În reglementarea vânzătorilor pe piețe joacă un rol și sistemele de stabilire a reputației acestora. Printre evoluțiile recente se numără sporirea securității pentru a preveni escrocheriile din partea furnizorilor, inclusiv utilizarea unor sisteme sofisticate de tip „escrow", și descentralizarea platformelor comerciale ca răspuns la amenințările din partea autorităților de aplicare a legii. În prezent, se consideră că aceste piețe reprezintă o mică parte din comerțul cu droguri ilegale, iar multe tranzacții au loc la nivel de consumator. Cu toate acestea, comerțul online de droguri are potențial de extindere.

Produsele pe bază de canabis dețin cea mai mare cotă a pieței europene a drogurilor ilegale

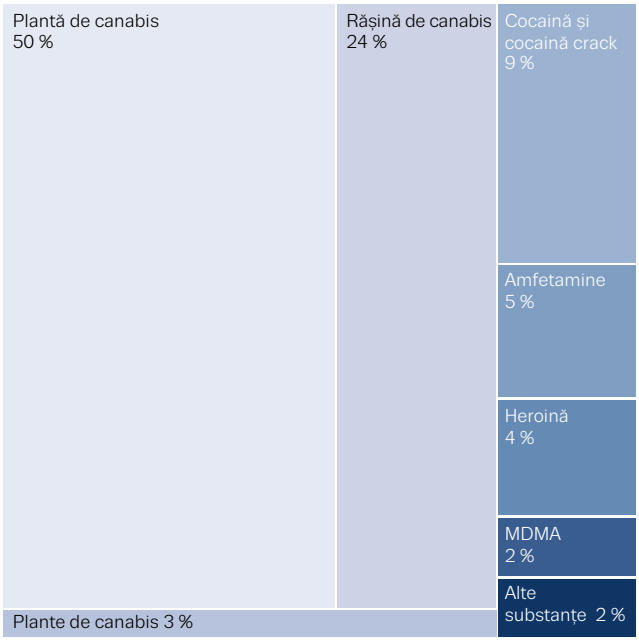
Capturile de droguri: preponderența canabisului

Anual, în Europa se raportează peste un milion de capturi de droguri ilegale. Cele mai multe dintre acestea sunt cantități mici de droguri confiscate de la consumatori, dar o mare parte din cantitatea totală de droguri capturate o reprezintă transporturile mari, de ordinul kilogramelor, capturate de la traficanți și producători.

Drogul capturat cel mai frecvent este canabisul, reprezentând peste trei sferturi dintre capturile din Europa (78 %) (figura 1.1), ceea ce reflectă prevalența relativ ridicată a consumului acestui drog. Pe locul al doilea se situează cocaina (9 %). În cazul amfetaminelor (5 %), al heroinei (4 %) și al MDMA (2 %) numărul de capturi a fost mai redus.

FIGURA 1.1

Numărul capturilor de droguri raportate, în funcție de drog, 2014



CANABIS

Rășină

Număr de capturi

229 000 UE

243 000 UE+ 2

Cantități capturate

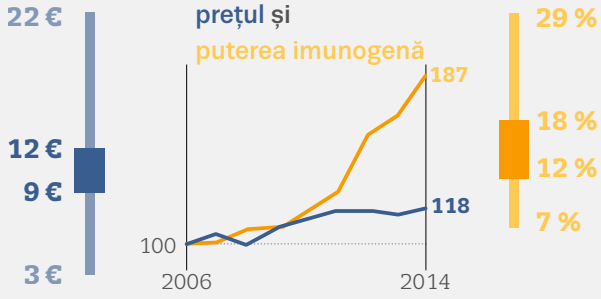
574 de tone (UE)

606 de tone (UE+ 2)

Preț (EUR/g)

Putere imunogenă (% THC)

Tendințe indexate: prețul și puterea imunogenă



Plantă

Număr de capturi

453 000 UE

501 000 UE+ 2

Cantități capturate

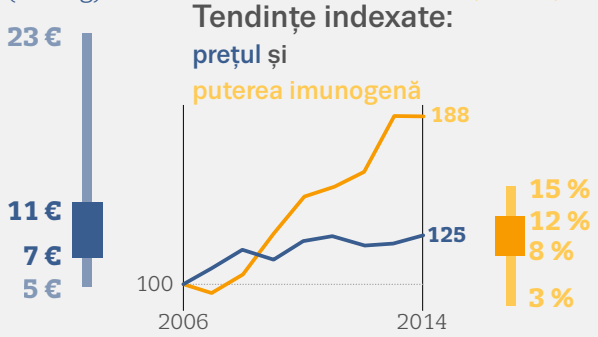
139 de tone (UE)

232 de tone (UE+ 2)

Preț (EUR/g)

Putere imunogenă (% THC)

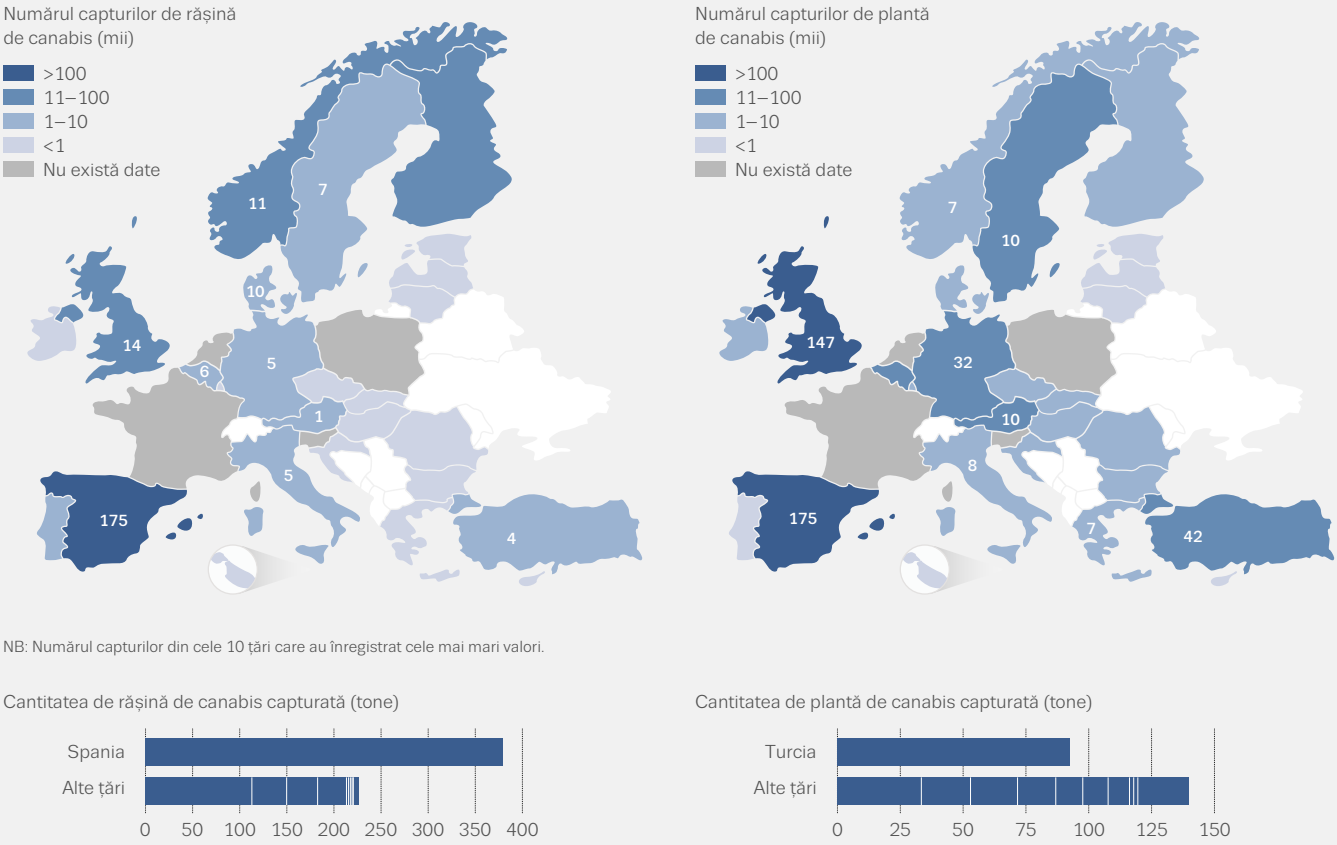
Tendințe indexate: prețul și puterea imunogenă



UE + 2 se referă la statele membre ale UE, împreună cu Turcia și Norvegia. Prețul și puterea imunogenă a produselor de canabis: valori medii naționale — minim, maxim și interval intercuartil. Țările incluse variază în funcție de indicator.

FIGURA 1.2

Capturile de rășină de canabis și plantă de canabis, 2014 sau cel mai recent an



NB: Numărul capturilor din cele 10 țări care au înregistrat cele mai mari valori.

În 2014, numai două țări, Spania și Regatul Unit, au raportat aproximativ 60 % din totalul capturilor de la nivelul Uniunii Europene , deși chiar Belgia, Germania și Italia au raportat un număr considerabil de capturi. Trebuie precizat că nu sunt disponibile date recente privind numărul de capturi din Franța și Țările de Jos (țări care au raportat în trecut un număr ridicat de capturi), și nici pentru Finlanda sau Polonia. Lipsa acestor date sporește incertitudinea analizei prezentate în acest capitolul. Și Turcia este o țară importantă în ceea ce privește capturile de droguri, drogurile interceptate aici fiind destinate consumului din alte țări, din Europa și din Orientul Mijlociu, dar și consumului local.

Canabisul: produse diversificate

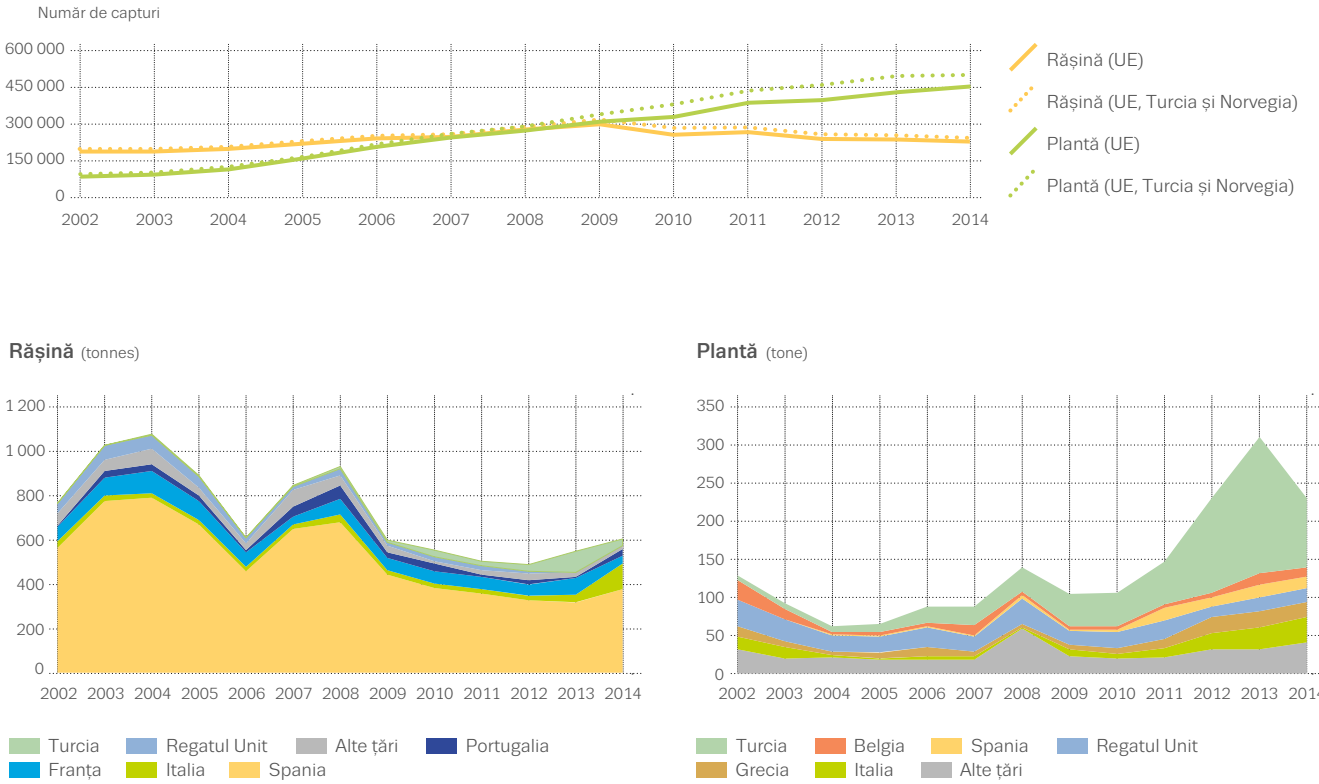
Pe piața europeană a drogurilor se găsesc două produse principale pe bază de canabis, și anume planta de canabis (marijuana) și rășina de canabis (hașiș). Planta de canabis care se consumă în Europa este cultivată intern și obținută din traficul cu alte țări. Planta de canabis produsă în Europa se cultivă mai ales în interior. În cea mai mare parte, rășina de canabis este importată pe mare sau aerian din Maroc.

În 2014, în Uniunea Europeană au fost raportate 682 000 de capturi de canabis (453 000 de plantă de canabis, 229 000 de rășină de canabis). De asemenea, s-au înregistrat și 33 000 de capturi de plantă de canabis. Cantitatea de rășină de canabis capturată în Uniunea Europeană continuă totuși să fie mult mai mare decât cea de plantă de canabis (574 de tone comparativ cu 139 de tone). Această diferență este explicară, în parte, de traficul rășina de canabis în cantități importante pe distanțe lungi și transfrontalier, ceea ce sporește posibilitatea de a fi supusă interdicțiilor. Când se analizează cantitățile de canabis capturate, importanța unui număr mic de țări este considerată diferit în funcție de poziția lor pe rutele principale de trafic de canabis. Spania, de exemplu, fiind un punct principal de intrare pentru canabisul produs în Maroc, a raportat aproximativ două treimi din cantitatea totală capturată în Europa în 2014 (figura 1.2). În ultimii ani, Turcia a raportat capturi de plantă de canabis în cantități mai mari decât oricare altă țară europeană.

De asemenea, în Uniunea Europeană s-au raportat și capturi de alte produse de canabis, inclusiv aproximativ 200 de capturi de ulei de canabis.

FIGURA 1.3

Evoluții în ceea ce privește numărul capturilor de canabis și cantitatea capturată: rășină și plantă



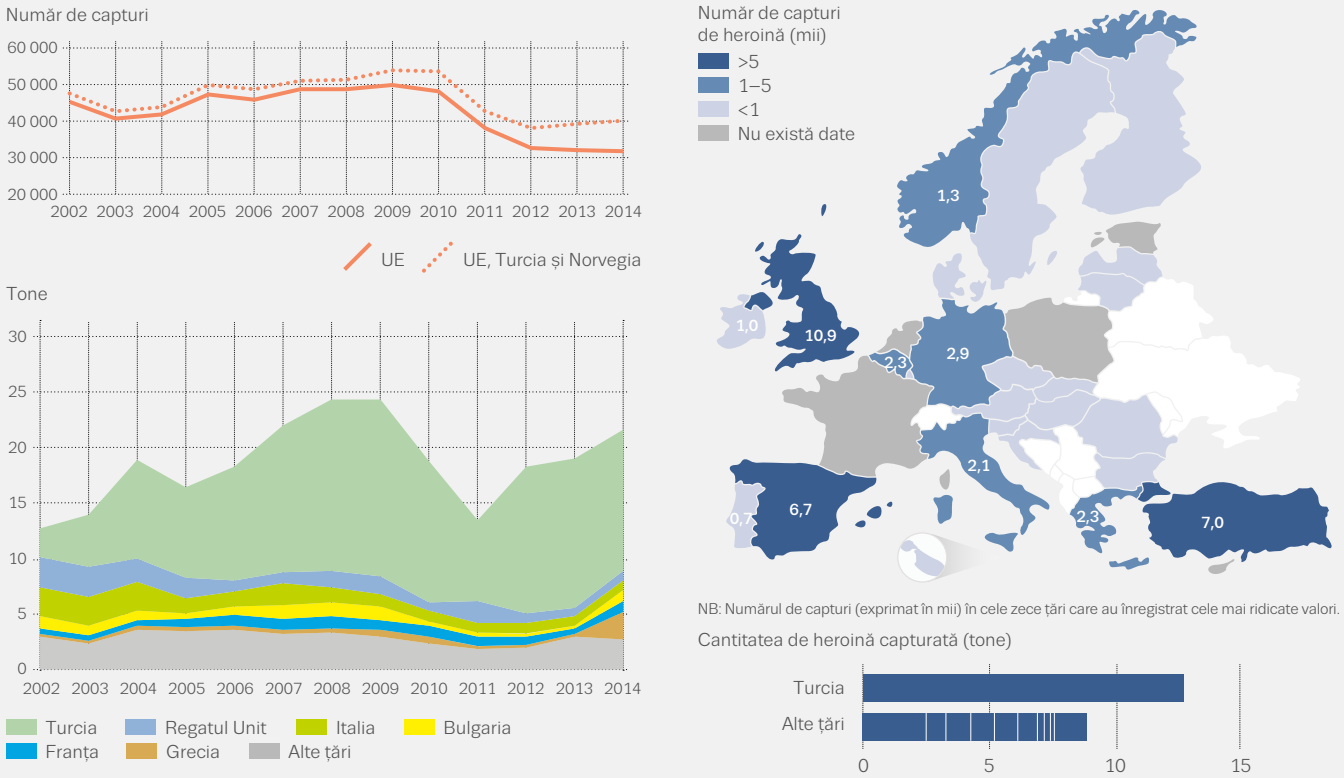
Începând cu anul 2009, numărul de capturi de plantă de canabis din Europa a depășit numărul capturilor de rășină de canabis, iar diferența s-a accentuat (figura 1.3). În aceeași perioadă, cantitatea de plantă de canabis capturată a continuat să crească în Uniunea Europeană. Potrivit celor mai recente date, în Uniunea Europeană cantitatea de rășină capturată a crescut, în timp ce în Turcia s-a observat o scădere bruscă a cantității de plantă de canabis capturată.

Capturile de plantă de canabis pot fi considerate un indicator al producției acestui drog într-o anumită țară. Din cauza problemelor metodologice, datele referitoare la capturile de plantă de canabis trebuie analizate cu precauție; totuși, se constată că numărul de plante capturate a crescut de mai mult de două ori, de la 1,5 milioane în 2002 la 3,4 milioane în 2014.

Analiza tendințelor indexate, din țările care raportează în mod sistematic, arată creșteri semnificative în ceea ce privește potența (nivelul de tetrahidrocanabinol, THC) a plantei și a rășinii de canabis în perioada 2006-2014. Printre factorii care au determinat creșterea potenței se pot include introducerea tehnicilor de producție intensivă în Europa și, mai recent, introducerea unor plante cu potență ridicată în Maroc.

FIGURA 1.4

Numărul capturilor de heroină și cantitățile capturate: tendințe și situația din 2014 sau din cel mai recent an



Opioidele: schimbare pe piață?

Heroina este opiaceul cel mai des întâlnit pe piața europeană a drogurilor. De-a lungul timpului, heroina de import a fost disponibilă în Europa sub două forme: cea mai uzuală 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 Afganistan sau în țările învecinate. Printre celelalte opioide capturate în 2014 de autoritățile de aplicare a legii din țările europene se numără opiul și medicamente precum morfina, metadona, buprenorfina, tramadolul și fentanilul. Este posibil ca unele medicamente opioide să fie extrase din surse farmaceutice, în timp ce altele sunt fabricate special pentru piața ilegală.

Afganistanul rămâne cel mai mare producător ilegal de opiu din lume și se majoritatea heroinei găsite în Europa se consideră că a fost produsă acolo sau în țările vecine, Iran sau Pakistan. De-a lungul timpului, producția de opioide din Europa s-a limitat la fabricarea artizanală de produse din mac în unele țări estice. Descoperirea, în perioada 2013-2014, a două laboratoare de transformare a morfinei în heroină în Spania și a unui laborator în Republica Cehă, arată însă că, în prezent, heroina ar putea fi produsă și în Europa.

Heroina pătrunde în Europa pe patru rute de trafic. Cele mai importante sunt „ruta balcanică” și „ruta sudică”. Prima dintre acestea trece prin Turcia, continuând prin țările balcanice (Bulgaria, România sau Grecia) și apoi mai departe către centrul, sudul și vestul Europei. Recent a apărut și o ramificație a rutei balcanice care trece prin Siria și Irak. Ruta sudică pare să fi câștigat importanță în ultimii ani. Transporturile de heroină din Iran și Pakistan pot intra în Europa și pe cale aeriană sau maritimă, fie direct, fie tranzitând țările din vestul, sudul și estul Africii. Alte rute, mai puțin importante în prezent, includ „ruta nordică” și o nouă rută a heroinei, care pare să se dezvolte prin sudul Caucazului și peste Marea Neagră.

După un deceniu de relativă stabilitate, pe piețele europene s-a înregistrat o scădere a disponibilității heroinei în perioada 2010-2011. Este o concluzie evidentă din datele despre capturile de heroină, care au scăzut considerabil în Uniunea Europeană, de la aproximativ 50 000 în 2009 la 32 000 în 2014. Cantitatea de heroină capturată în interiorul UE a înregistrat un declin pe termen lung, de la 10 tone în 2002 la 5 tone în 2012, înainte de a crește în mod considerabil la 8,9 tone în 2014. Această inversare a tendinței se datorează creșterii numărului de capturi de mari dimensiuni (peste 100 kg), în mai multe țări înregistrându-se capturi record de heroină în 2013 sau 2014. Conform celor mai recente date, în special Grecia și, într-o măsură mai mică, Bulgaria au raportat creșteri

importante ale cantității de heroină capturată. Începând cu anul 2003, Turcia a capturat cantități mult mai mari de heroină decât orice altă țară din UE, capturile însumând aproximativ 13 tone în 2014 (figura 1.4).

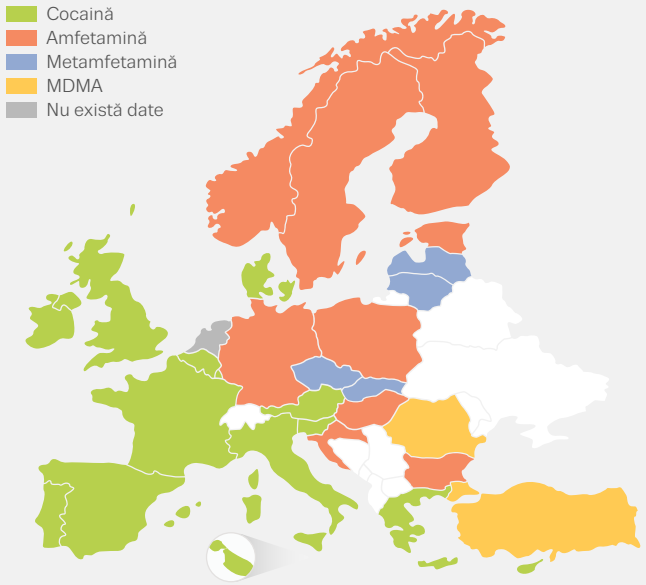
În țările care raportează sistematic, tendințele indexate arată că puritatea heroinei a crescut în Europa în 2014. Acest lucru, împreună cu creșterea cantităților capturate și alte evoluții, poate semnala existența unui potențial de creștere a disponibilității acestui drog.

Piața europeană a drogurilor stimulante: divizarea geografică

Pe piața europeană a drogurilor sunt disponibile o serie de droguri stimulante, iar în ceea ce privește drogurile stimulante capturate cel mai frecvent (figura 1.5) există diferențe între regiuni. Acestea reflectă în mare măsură amplasarea unităților de producție importante, precum și porturile de intrare și rutele de trafic. Cocaina, de exemplu, este drogul stimulant cel mai frecvent capturat în multe țări din vest și sud, reflectând locurile prin care drogul intră în Europa. Capturile de amfetamină sunt predominante în nordul și centrul Europei, în timp ce metamfetamina este drogul stimulant cel mai frecvent capturat în Republica Cehă, Slovacia, Letonia și Lituania. În România și Turcia, drogul stimulant cel mai frecvent capturat este MDMA.

FIGURA 1.5

Drogurile stimulante cel mai frecvent capturate în Europa, 2014 sau cele mai recente date



HEROINĂ

Număr de capturi

32 000 UE

40 000 UE+ 2

Cantități capturate

8,9 de tone (UE)

21,7 de tone (UE+ 2)

Preț (EUR/g)

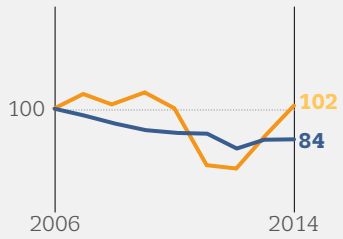
140 €

59 €

35 €

25 €

Tendințe indexate:
prețul și puritatea



Puritate (%)

52 %

29 %

15 %

7 %

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. Țările incluse variază în funcție de indicator.

Cocaina: stabilizarea pieței

În Europa, sunt disponibile două forme de cocaină, cea mai comună fiind pudra de cocaină (o sare hidroclorică, HCl). Cocaina crack, o formă a drogului care se poate fuma (o bază liberă), este mai puțin disponibilă. 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. Metodele utilizate pentru transportul cocainei în Europa sunt deosebit de diverse. Acestea pot fi: curieri aerieni pe zborurile comerciale, transportul aerian comercial, coletele rapide, serviciile poștale și aeronavele private. Pe mare, cocaina poate fi introdusă ilegal în transporturi mari, folosind iahturi private și containere maritime. Împreună, Spania, Belgia, Țările de Jos (pe baza datelor din 2012), Franța și Italia au înregistrat 84 % din cele 61,6 tone estimate a fi fost capturate în 2014 (figura 1.6).

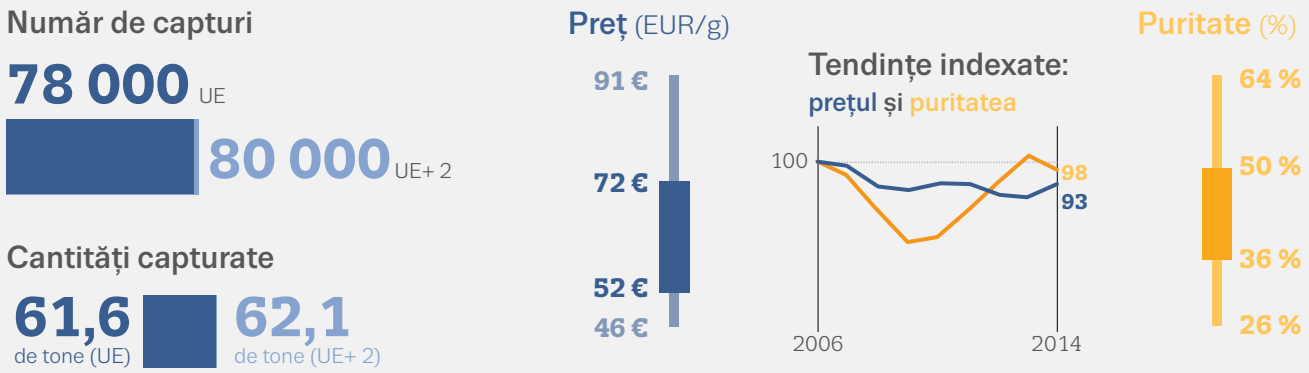
În 2014, s-au raportat aproximativ 78 000 de capturi de cocaină în Uniunea Europeană. Situația a rămas relativ stabilă începând din 2010, cu toate că atât numărul capturilor, cât și cantitatea capturată se situează la niveluri net inferioare valorilor înregistrate în anii de vârf (figura 1.6). Deși Spania este în continuare țara care capturează cele mai mari cantități de cocaină, există semnale ce indică diversificarea permanentă a rutelor de trafic către Europa, raportându-se recent capturi ale acestui drog în porturi din estul Mării Mediterane, precum și de la Marea Baltică și Marea Neagră. În general, tendințele indexate arată o stabilizare a creșterii purității cocainei din ultimii ani.

Substanțele chimice precursoare: o utilizare tot mai mare a substanțelor precursoare neclasificate

Substanțele chimice precursoare sunt esențiale pentru fabricarea drogurilor stimulante sintetice și a altor droguri. Disponibilitatea lor are un impact puternic asupra pieței, precum și asupra metodelor de producție utilizate în laboratoarele ilegale. Reglementările UE clasifică anumite substanțe chimice deoarece multe astfel de substanțe au utilizări legale, iar comercializarea lor este monitorizată cu atenție. Producătorii de droguri sintetice încearcă să reducă la minimum impactul controalelor prin utilizarea de substanțe chimice neclasificate la producerea precursorilor. Totuși, această abordare poate crește riscul de detectare deoarece sunt necesare mai multe substanțe chimice și se produc mai multe deșeuri.

Datele furnizate de statele membre ale UE cu privire la capturile și transporturile de precursori de droguri oprite confirmă utilizarea continuă atât a substanțelor clasificate, cât și a celor neclasificate pentru producerea de droguri ilegale în Uniunea Europeană, în special a amfetaminelor și a MDMA (tabelul 1.1). În 2014, s-a capturat o cantitate de 6 062 kg de pre-precursor al BMK, APAAN (alfa fenilacetoacetonitril), în scădere de la 48 802 kg în 2013. Această reducere drastică reflectă, probabil, clasificarea acestei substanțe în conformitate cu legislația UE în decembrie 2013. Disponibilitatea continuă a MDMA pe piață, cuplată cu scăderea capturilor de precursor al MDMA, safrol, de la 13 837 litri în 2013 la zero în 2014 sugerează totuși că se utilizează precursori alternativi. Capturile de pre-precursori ai MDMA neclasificați, în special glicidat de PMK, au crescut în 2014.

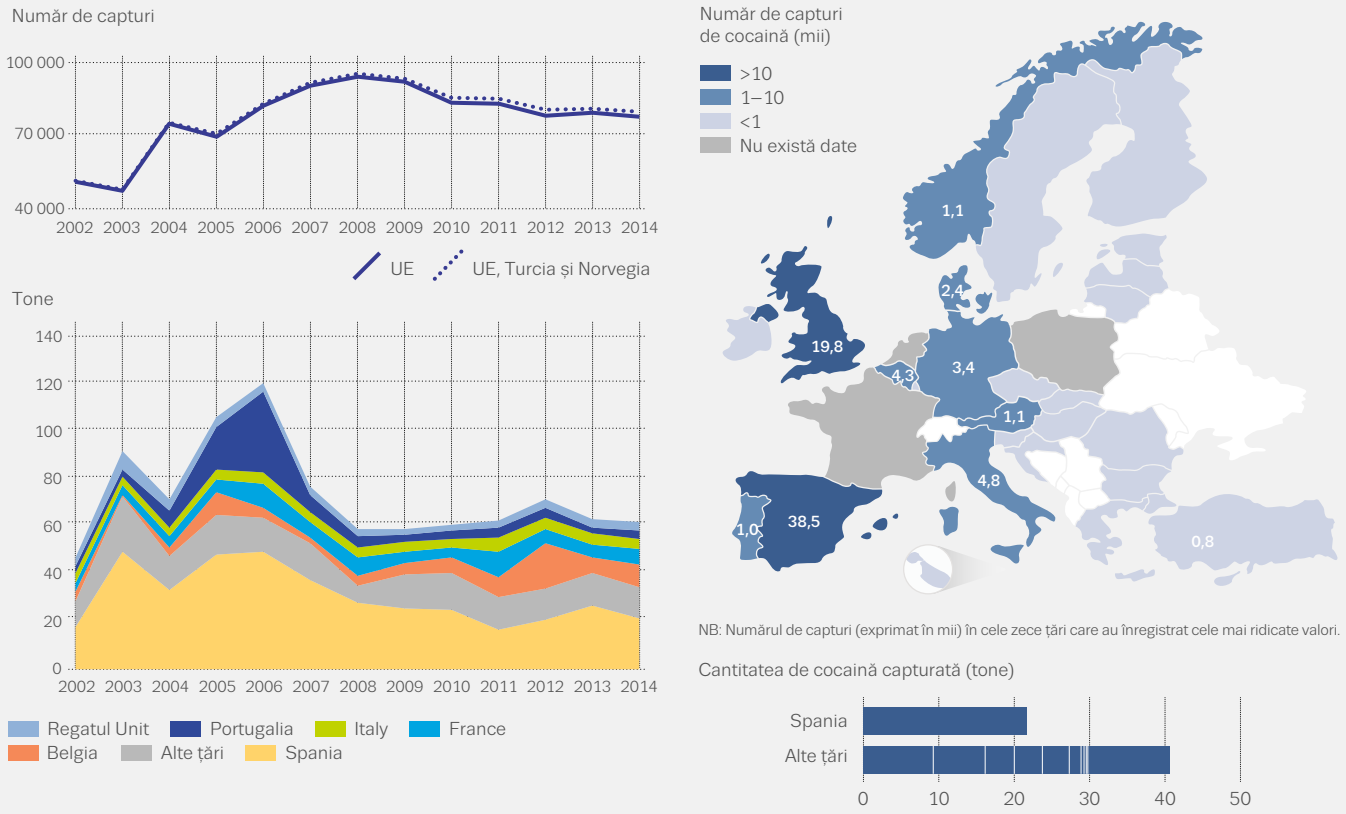
COCAINĂ



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. Țările incluse variază în funcție de indicator.

FIGURA 1.6

Numărul capturilor de cocaină și cantitatea capturată: tendințe și situația din 2014 sau din cel mai recent an



NB: Numărul de capturi (exprimat în mii) în cele zece țări care au înregistrat cele mai ridicate valori.

TABELUL 1.1

Sinteza capturilor și a transporturilor oprite de precursori utilizați la producerea anumitor droguri sintetice în Europa, în 2014

	Capturi		Transporturi oprite ([1])		TOTALURI	
Precursor/*pre-precursor*	**Cazuri**	**Cantitate**	**Cazuri**	**Cantitate**	**Cazuri**	**Cantitate**
MDMA sau substanțe înrudite						
PMK (litri)	1	5	0	0	**1**	**5**
Safrol (litri)	0	0	2	1 050	**2**	**1 050**
Piperonal (kg)	3	5	4	2 835	**7**	**2 840**
***Derivați glucidici ai PMK* (kg)**	6	5 575	1	1 250	**7**	**6 825**
Amfetamină și metamfetamină						
BMK (litri)	14	2 353	0	0	**14**	**2 353**
PAA, acid fenilacetic (kg)	1	100	2	190	**3**	**290**
Efedrină, vrac (kg)	19	31	1	500	**20**	**531**
Pseudoefedrină, vrac (kg)	8	12	0	0	**8**	**12**
***APAAN* (kg)**	18	6 062	1	5 000	**19**	**11 062**

([1]) Un transport „oprit" este acel transport care a fost refuzat, suspendat sau retras în mod voluntar de exportator din cauza suspiciunii de deturnare în scopuri ilegale.

Amfetamină și metamfetamină

Amfetamina și metamfetamina sunt droguri stimulante sintetice strâns înrudite, fiind cunoscute în mod generic ca amfetamine, și sunt greu de diferențiat în anumite seturi de date. Dintre cele două, amfetamina a fost întotdeauna cea mai comună în Europa, însă în ultimii ani au existat tot mai multe raportări privind creșterea disponibilității metamfetaminei pe piață.

Ambele droguri se fabrică în Europa pentru consum intern. Se produce o anumită cantitate de amfetamină și metamfetamină și pentru export, în principal către Orientul Mijlociu, unde există o piață pentru comprimate de „Captagon" – la care a fost raportat conținut de amfetamine -, Extremul Orient și Oceania. Europa este și un centru de tranzit pentru traficul metamfetaminei dinspre vestul Africii și Iran către piețe din Extremul Orient. Amfetamina este produsă, în principal, în Belgia, Țările de Jos, Polonia, Germania și, în mai mică măsură, în țările baltice. O evoluție recentă constă în schimbarea locației în faza finală de producție, mai multe țări raportând acum conversia uleiului pe bază de amfetamină în sulfat de amfetamină pe teritoriile lor.

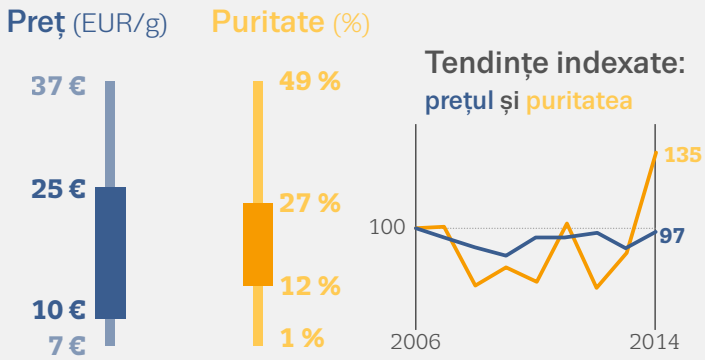
O mare parte din metamfetamina din Europa este produsă în Republica Cehă și în jurul acesteia. Totuși, există o anumită capacitate de producție și în Țările de Jos și Lituania, în timp ce în Bulgaria s-a înregistrat o creștere a numărului laboratoarelor desființate.

AMFETAMINE

Amfetamină

Număr de capturi

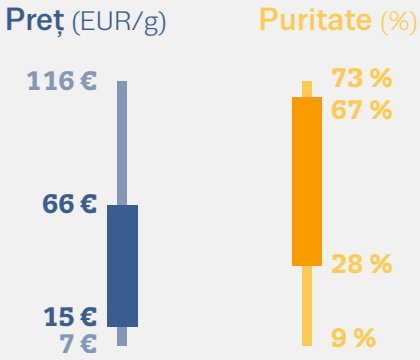
Cantități capturate



Metamfetamină

Număr de capturi

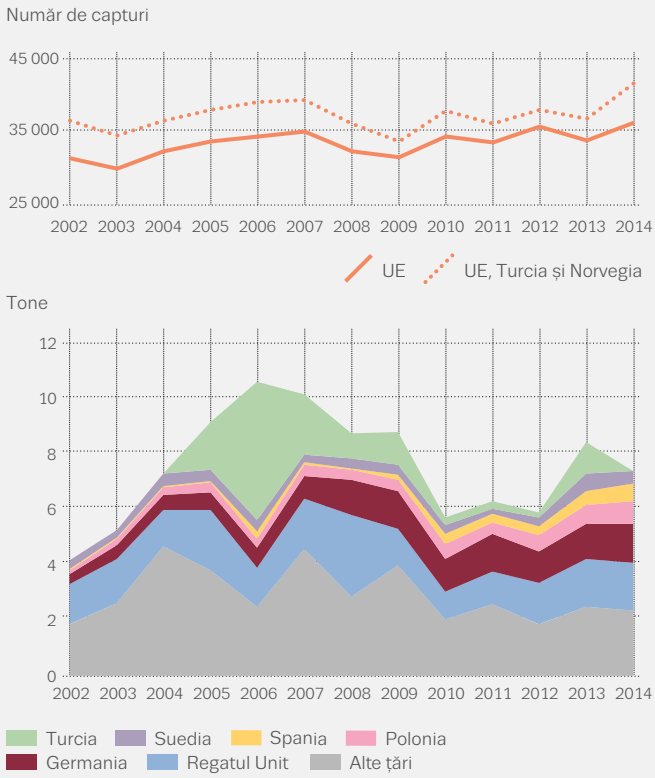
Cantități capturate



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. Țările incluse variază în funcție de indicator. Nu sunt disponibile tendințe indexate pentru metamfetamină.

FIGURA 1.7

Numărul capturilor de amfetamină și cantitatea capturată: tendințe și situația din 2014 sau din cel mai recent an



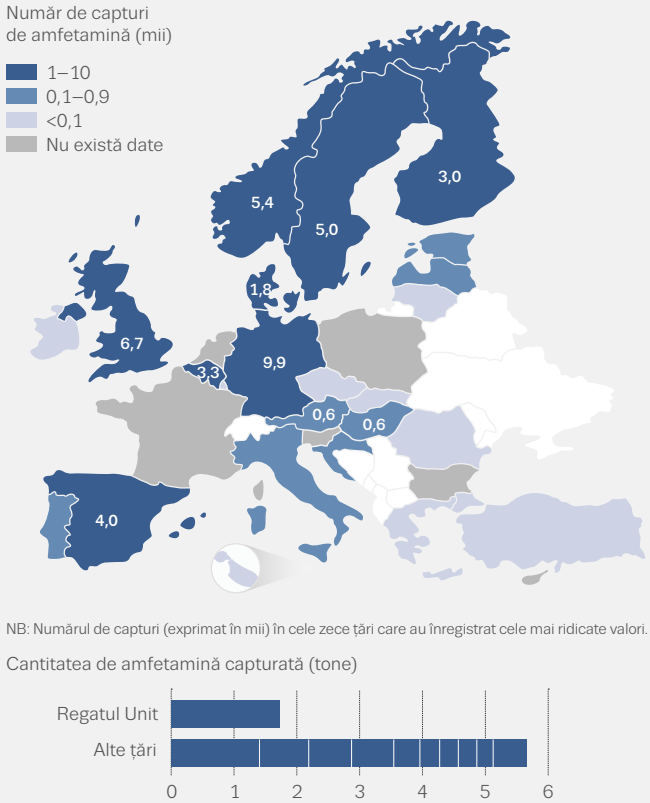
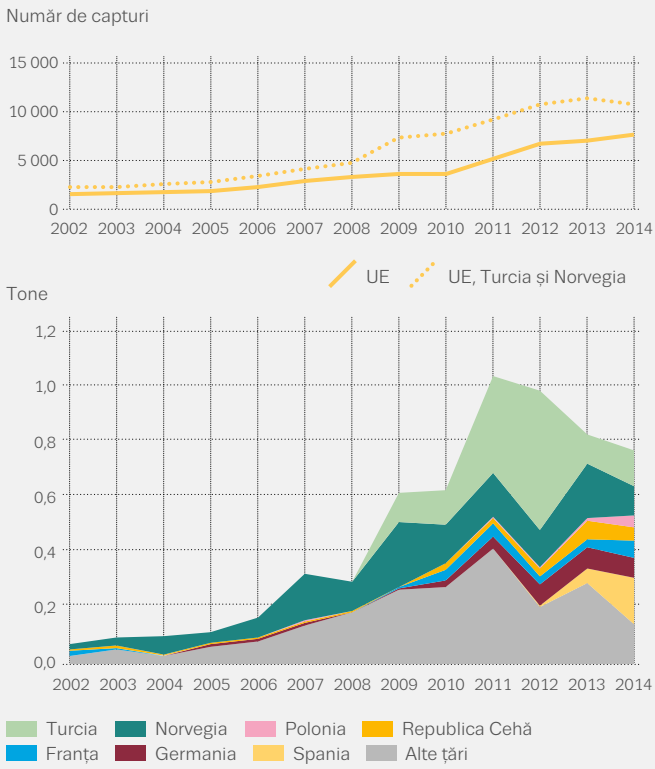
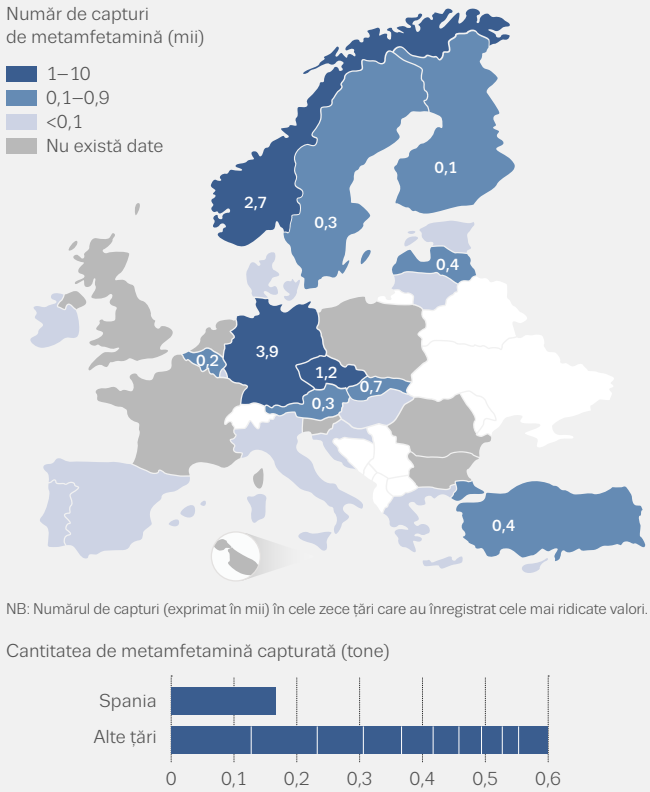


FIGURA 1.8

Numărul capturilor de metamfetamină și cantitatea capturată: tendințe și situația din 2014 sau din cel mai recent an





Lituania și Bulgaria raportează metamfetamină produsă prin utilizarea BMK (benzil-metil-cetona), în timp ce în Republica Cehă și în jurul acesteia se utilizează efedrină și pseudoefedrină. De-a lungul timpului, în Republica Cehă, metamfetamina a fost produsă în principal de către utilizatori în unități de producție de mici dimensiuni, pentru consum propriu sau local. Acest lucru explică numărul mare de locuri de producție descoperite în această țară (261 desființate în 2013, din 294 în întreaga Europă). Cu toate acestea, în ultima perioadă a crescut cantitatea produsă și s-au utilizat pre-precursori noi, raportându-se că acest drog este produs de grupări de crimă organizată, atât pentru consum intern, cât și pentru comercializarea pe piețele externe.

În 2014, statele membre ale UE au raportat 36 000 de capturi de amfetamină, care s-au ridicat la 7,1 tone. În ansamblu, cantitatea de amfetamină capturată în Uniunea Europeană a crescut începând cu 2002 (figura 1.7). Capturile de metamfetamină sunt mult inferioare, aproximativ o cincime din totalul capturilor de amfetamine în 2014, cu 7 600 de capturi raportate în Uniunea Europeană ce reprezintă 0,5 tone (figura 1.8). Începând din 2002, s-au observat tendințe de creștere în ceea ce privește atât numărul de capturi, cât și cantitatea de metamfetamină capturată.

De regulă, puritatea medie raportată este mai ridicată pentru eșantioanele de metamfetamină decât pentru cele de amfetamină. Deși tendințele indexate arată că puritatea amfetaminei a crescut, potrivit celor mai recente date, puritatea medie a acestui drog rămâne relativ scăzută.

MDMA: creșterea disponibilității produselor în doze mari

Substanța sintetică MDMA (3,4-metilendioxi-metamfetamină) este înrudită din punct de vedere chimic cu amfetaminele, însă diferă în ceea ce privește efectele. De-a lungul timpului, comprimatele de ecstasy au fost principalul produs pe bază de MDMA comercializat pe piață, deși conțineau adesea o serie de substanțe similare MDMA și substanțe chimice neînrudite. După o perioadă în care rapoartele sugerau că majoritatea comprimatelor vândute ca ecstasy în Europa conțineau MDMA în doze reduse sau chiar deloc, dovezi recente indică o schimbare a acestei tendințe. Rapoartele indică o disponibilitate sporită atât a comprimatelor în doze mari de MDMA, cât și a MDMA sub formă de pudră sau cristale.

Producția de MDMA din Europa pare să fie concentrată în Țările de Jos, stat care a raportat de-a lungul timpului cel mai mare număr de locuri de producție pentru acest drog.

După ce, la sfârșitul deceniului trecut, au existat date care indicau declinul producției de MDMA, în ultima vreme au apărut semne de revigorare, ilustrate de rapoarte privind desființarea recentă a unor unități de producție la scară largă în Țările de Jos și Belgia.

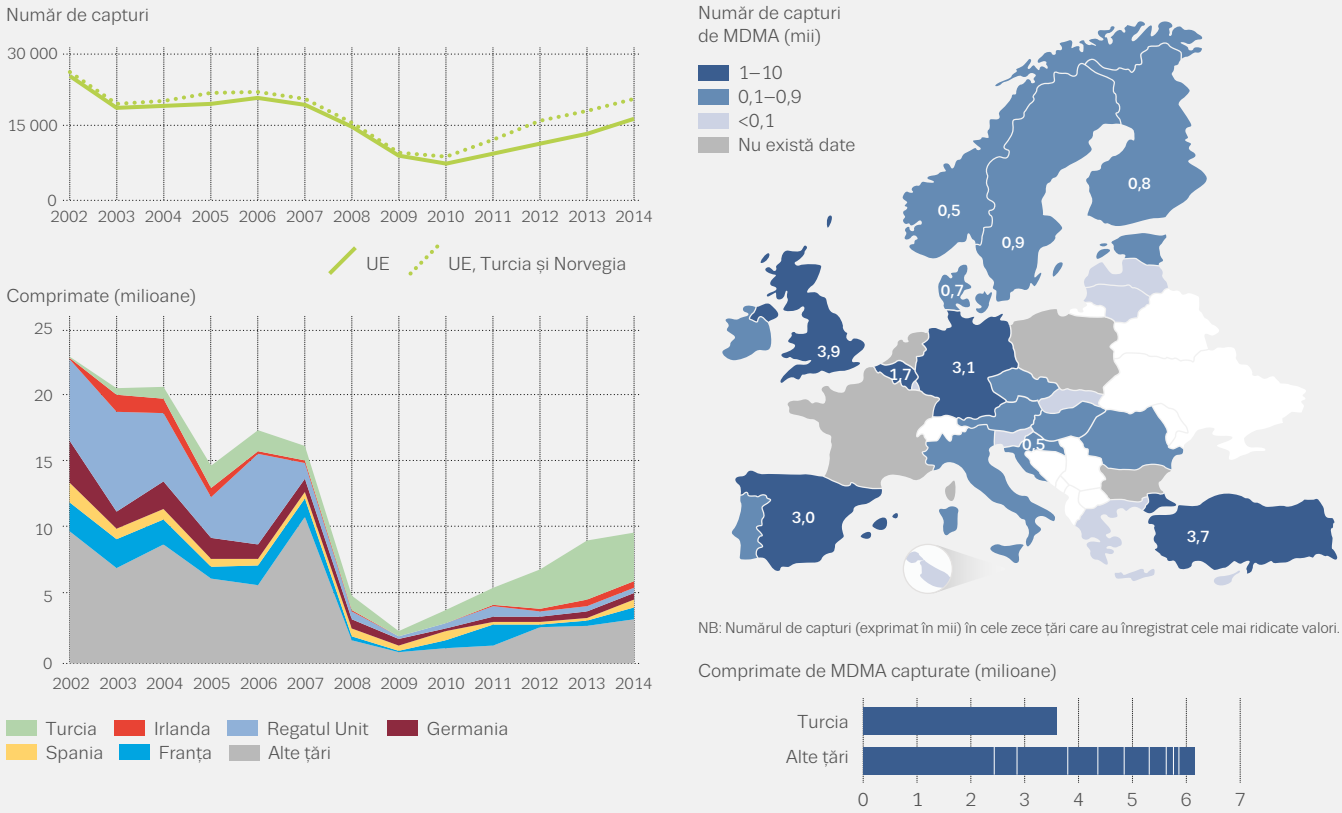
Evaluarea tendințelor recente privind capturile de MDMA este dificilă deoarece lipsesc date din anumite țări, care ar putea avea contribuții importante la acest total. Pentru anul 2014, nu există date disponibile din Țările de Jos, iar numărul capturilor din Finlanda, Franța, Polonia și Slovenia nu este cunoscut. Țările de Jos au raportat capturarea a 2,4 milioane de comprimate de MDMA în 2012, iar dacă s-ar presupune că o cantitate similară a fost capturată și în 2014, se poate estima că, în acel an, în Uniunea Europeană s-au capturat 6,1 milioane de comprimate de MDMA. Această cifră reprezintă mai mult decât dublul cantității capturate în 2009. În plus, în 2014 s-au capturat 0,2 tone de MDMA sub formă de pudră. Cantități mari de MDMA s-au capturat și în Turcia, însumând 3,6 milioane de comprimate de MDMA în 2014 (figura 1.9).

În țările care raportează sistematic, tendințele indexate arată creșterea conținutului de MDMA începând din anul 2010, iar disponibilitatea produselor cu conținut ridicat de MDMA a determinat transmiterea unor alerte comune de către Europol și EMCDDA în 2014.

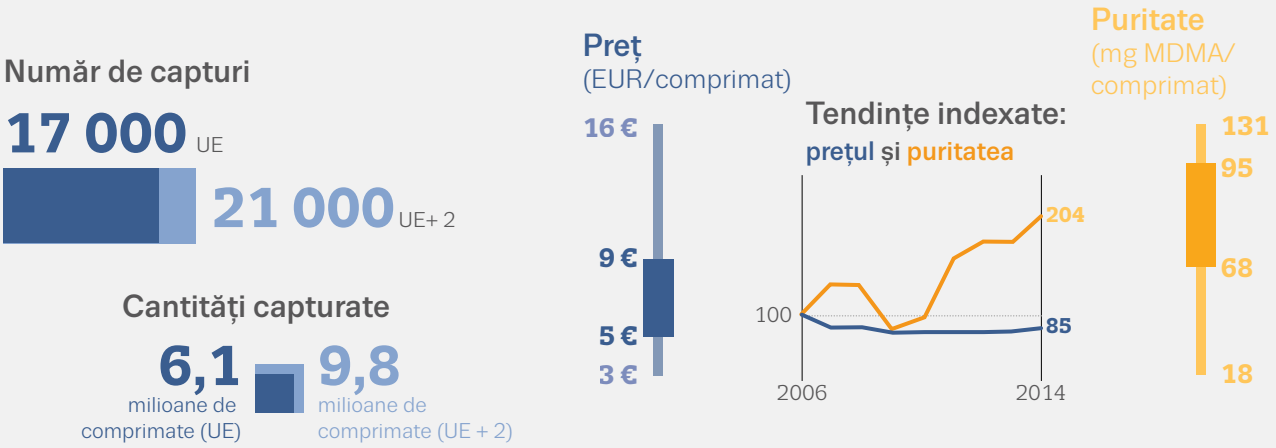
Disponibilitatea produselor cu conținut ridicat de MDMA a determinat transmiterea unor alerte comune de către Europol și EMCDDA

FIGURA 1.9

Numărul capturilor de MDMA și cantitatea capturată: tendințe și situația din 2014 sau din cel mai recent an



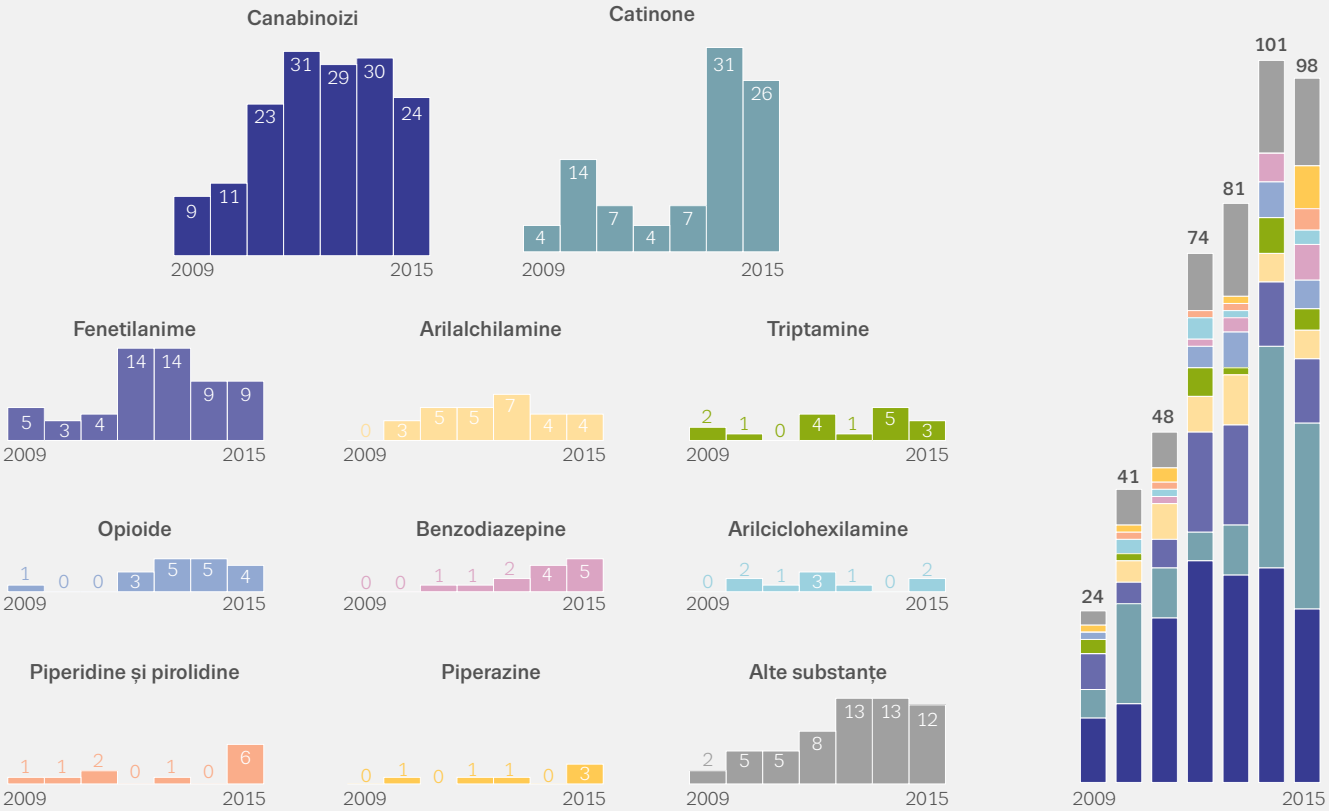
MDMA



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

FIGURA 1.10

Numărul și categoriile de substanțe psihoactive noi notificate pentru prima dată prin sistemul de alertă timpurie al UE, 2009-2015



Capturile de LSD, GHB, ketamină și mefedronă

O serie de alte droguri ilegale sunt capturate în Uniunea Europeană, incluzând 1 700 de capturi de LSD în 2014, ceea ce reprezintă 156 000 de doze. În plus, în Belgia s-au capturat 3 kg din aceste droguri, cea mai mare cantitate înregistrată vreodată pentru această țară. Pentru majoritatea celorlalte droguri, seturile de date sunt incomplete și nu permit comparații între țări sau o analiză a tendințelor. În 2014, 18 țări au raportat capturi de GHB sau GBL. Cele 1 243 de capturi au reprezentat 176 kg și 544 litri de droguri, Belgia (40 %) și Norvegia (34 %), fiecare având deci peste o treime din aceste capturi. Unsprezece țări au raportat 793 de capturi de ketamină, însumând 246 kg de droguri. Mai mult de jumătate din aceste capturi s-au înregistrat în Regatul Unit. Cele 1 645 de capturi de mefedronă raportate în 10 țări însumează 203 kg de droguri. Aproape întreaga cantitate de mefedronă capturată a fost raportată de Regatul Unit (101 kg) și Cipru (99 kg).

Substanțele psihoactive noi: o piață diversificată

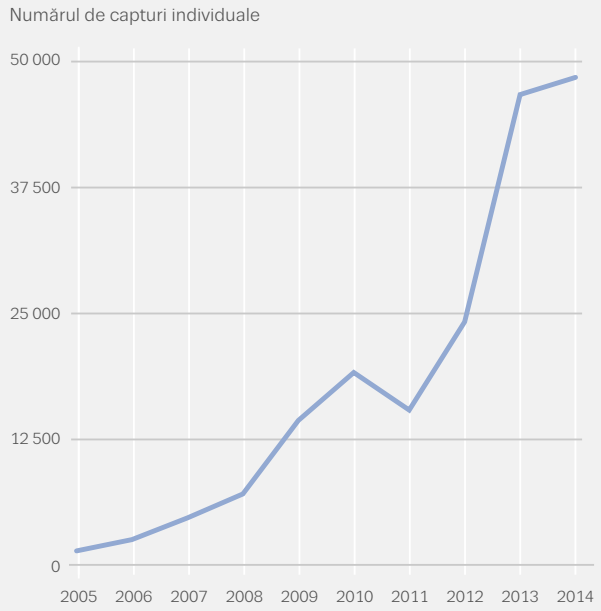
EMCDDA monitorizează o gamă largă de substanțe psihoactive noi. Printre acestea se numără canabinoizii sintetici și catinonele sintetice, fenetilaminele, opioidele, triptaminele, benzodiazepinele, arilalchilaminele și o serie de alte substanțe. În 2015, s-a semnalat existența a 98 de substanțe noi, care nu mai fuseseră raportate anterior, ridicând numărul noilor substanțe monitorizate la peste 560, dintre care în ultimii 5 ani (figura 1.10) au fost detectate 380 (70 %).

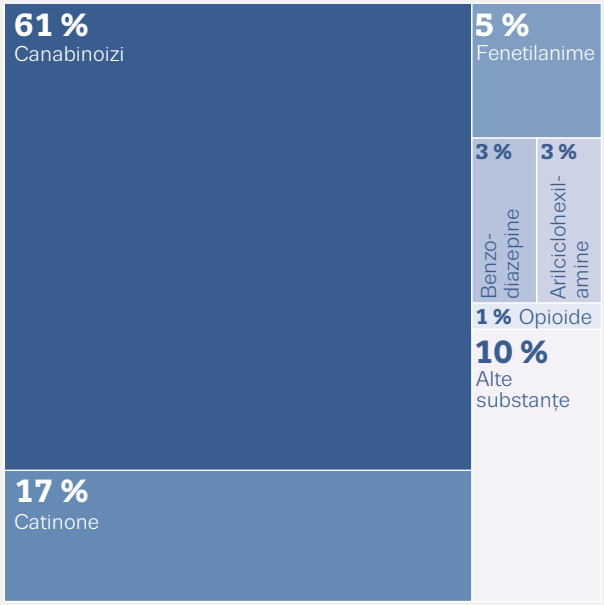
Începând cu anul 2008, s-au detectat 160 de canabinoizi sintetici într-o gamă de produse diferite - inclusiv 24 de canabinoizi noi raportați în 2015. Canabinoizii sintetici sunt vânduți ca înlocuitori „legali" ai canabisului și pot fi promovați ca „amestecuri aromatizante exotice" și „nedestinate consumului uman", pentru a eluda reglementările în domeniul protecția consumatorului și legislația privind medicamentele. Acesta este cel mai mare grup de medicamente noi monitorizate de EMCDDA, reflectând atât cererea crescută de canabis în Europa, cât și capacitatea producătorilor de a plasa noi substanțe canabinoide pe piață atunci când cele existente fac obiectul unor măsuri de control.

Catinonele sintetice reprezintă al doilea grup ca mărime de substanțe monitorizate de EMCDDA. Acestea au fost detectate pentru prima dată în Europa în 2004 și, de atunci, au fost identificate 103 catinone noi, 26 în 2015.

FIGURA 1.11

Numărul de capturi și categoriile de substanțe psihoactive noi raportate către sistemul de alertă timpurie al UE: pe categorii, în 2014 și tendințe





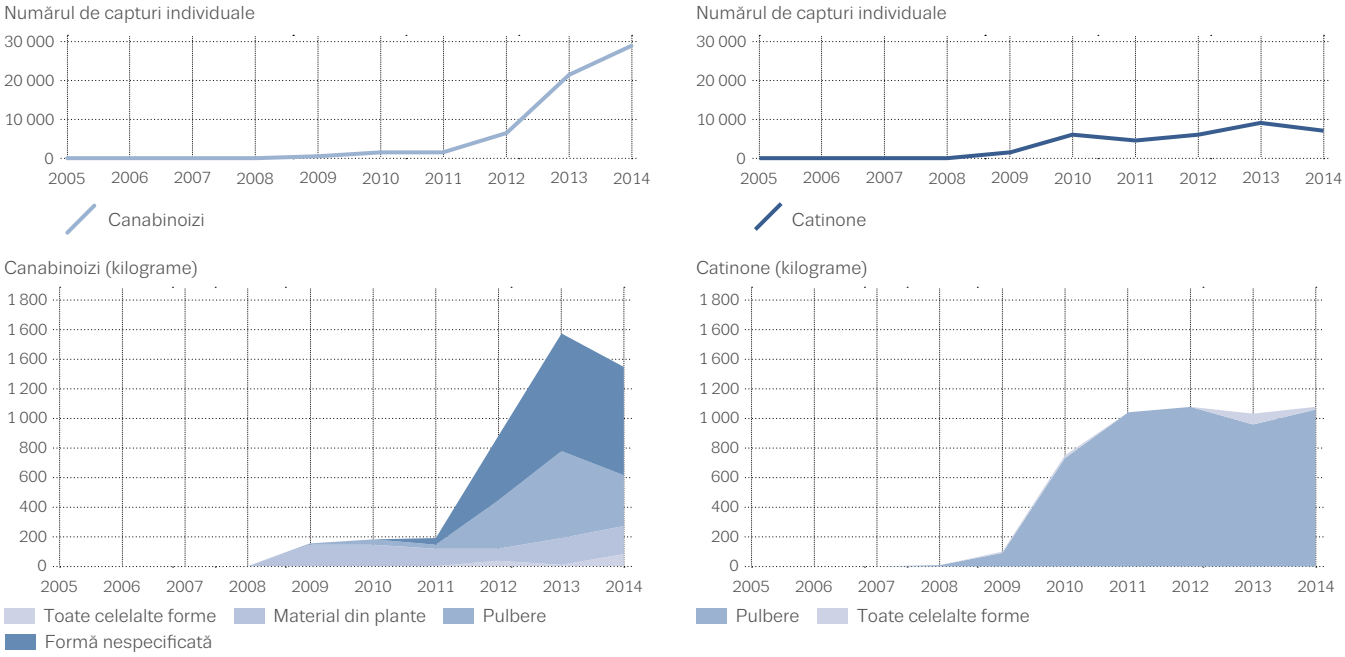
NB: Date provenind din statele membre ale UE, Turcia și Norvegia.

Catinonele sintetice se comercializează, în mod obișnuit, ca înlocuitori „legali" ai drogurilor stimulante precum amfetamina, MDMA și cocaina.

EMCDDA monitorizează în prezent 14 benzodiazepine noi și nesupuse controlului. Acestea sunt utilizate uneori de falsificatori pentru a produce medicamente false care sunt vândute în Europa. Este cazul comprimatelor false de

FIGURA 1.12

Capturi de canabinoizi sintetici și catinone raportate către sistemul de alertă timpurie al UE: tendințe privind numărul de capturi și cantitatea capturată



NB: Date provenind din UE, Turcia și Norvegia.

alprazolam, interceptate în 2015, care s-au dovedit a conține flubromazolam, și al comprimatelor false de diazepam care conțineau fenazepam. În unele țări europene, aceste medicamente contrafăcute au devenit o parte importantă a pieței de droguri ilegale.

Creșterea numărului capturilor de substanțe psihoactive noi

Datele privind cazurile individuale de capturi raportate către sistemul de alertă timpurie al UE indică creșterea continuă a pieței drogurilor noi. În 2014, în Europa s-au înregistrat aproape 50 000 de capturi de substanțe noi, însumând aproape 4 tone (figura 1.11). Cea mai mare parte a acestora a fost reprezentată de canabinoizii sintetici, cu aproape 30 000 de capturi, însumând peste 1,3 tone (figura 1.12). Catinonele sintetice se plasează pe locul al doilea, cu peste 8 000 de capturi, însumând peste 1 tonă. Împreună, canabinoizii sintetici și catinonele au reprezentat aproape 80 % din numărul total de capturi și peste 60 % din cantitatea capturată în 2014. Alte grupuri au inclus benzodiazepinele neclasificate și analgezicele narcotice cu o potență foarte mare, cum ar fi fentanilii, care pot fi vândute ca heroină.

Capturile de substanțe psihoactive noi din 2014 au fost dominate de canabinoizii sintetici, care au reprezentat peste 60 % din totalul capturilor și aproape 35 % din cantitatea capturată (figura 1.11). Cele mai multe au fost capturi de pulbere, de multe ori în vrac; restul a fost, în general, sub formă de material vegetal peste care s-a pulverizat substanța. Pulberile se utilizează la fabricarea de produse vândute drept „droguri legale", iar capturile reprezintă milioane de doze. Primii cinci canabinoizi capturați sub formă de pulbere în 2014 au fost AM-2201 (70 kg), MDMB-CHMICA (40 kg), AB-FUBINACA (35 kg), MAM-2201 (27 kg) și XLR-11 (5F-UR-144) (26 kg).

În 2014, catinonele sintetice au reprezentat peste 15 % din totalul capturilor de substanțe psihoactive noi și aproape 30 % din cantitatea totală capturată (figura 1.11). Printre primele cinci catinone capturate s-au numărat mefedrona (222 kg) și izomerii săi 3-MMC (388 kg) și 2-MMC (55 kg), precum și pentedrona (136 kg) și alfa-PVP (135 kg).

Piața drogurilor: răspunsuri politice

Având în vedere amploarea la nivel mondial a acestor fenomene, adoptarea unor măsuri de combatere a ofertei și traficului de droguri ilegale este un proces complex. Factorii de decizie politică dispun de o gamă largă de opțiuni de reducere a ofertei, inclusiv o strategie privind drogurile și intervenții juridice, pe lângă abordările de reglementare și de aplicare a legii. Coordonarea inițiativelor europene de reducere a ofertei este realizată de mai multe instituții ale UE. În acest proces se folosesc mai multe instrumente de planificare strategică: strategia UE privind drogurile 2013-2020 și planul său de acțiune actual 2013-2016, ciclul de politici ale UE privind criminalitatea internațională organizată și gravă și strategiile de securitate ale UE. Seria de politici vizate de aceste strategii dovedește că aplicarea legii este mult pusă în dificultate și că grupările de crimă organizată implicate în comerțul cu droguri au atins un nivel tot mai înalt de sofisticare. Printre aceste politici se numără, de exemplu, securitatea, transportul maritim, migrația și dezvoltarea. Ele presupun acțiuni de îmbunătățire a activităților polițienești bazate pe informații, a supravegherii maritime și a transportului, a detectării și direcționării fluxurilor financiare ilegale, a controlului frontierelor, a circulației produselor chimice industriale, precum și măsuri alternative de dezvoltare. Uniunea Europeană cooperează, de asemenea, cu o serie de parteneri internaționali pentru punerea în aplicare a acestor politici de reducere a ofertei.

La nivel național, statele membre au obligația de a aborda un set la fel de complex de dinamici ale pieței drogurilor și cele mai multe dintre ele dețin strategii naționale de securitate și polițienești care vizează reducerea ofertei de droguri. În plus, cu excepția a două state, toate celelalte folosesc strategii naționale în materie de droguri pentru a-și pune în aplicare politicile privind drogurile care vizează reducerea ofertei în paralel cu inițiative de reducere a cererii. Austria și Danemarca sunt excepții. Austria are strategii regionale privind drogurile, iar Danemarca a dezvoltat o politică națională în materie de droguri, ce se regăsește într-o serie de documente strategice, legislație și acțiuni concrete. Strategiile privind drogurile sunt, de obicei, documente valabile pe o perioadă limitată de timp, care, în mod tradițional, prevăd obiective și priorități, pe lângă acțiunile specifice și părțile responsabile cu punerea în aplicare a acestora. Arena politică a drogurilor a devenit tot mai complexă în ultimii ani. Această situație se reflectă în faptul că aproximativ o treime a strategiilor naționale ale statelor membre ale UE și-au extins domeniul de aplicare dincolo de drogurile ilegale pentru a cuprinde și drogurile legale și, în unele cazuri, comportamentele dependente (a se vedea figura 1.13).

FIGURA 1.13

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

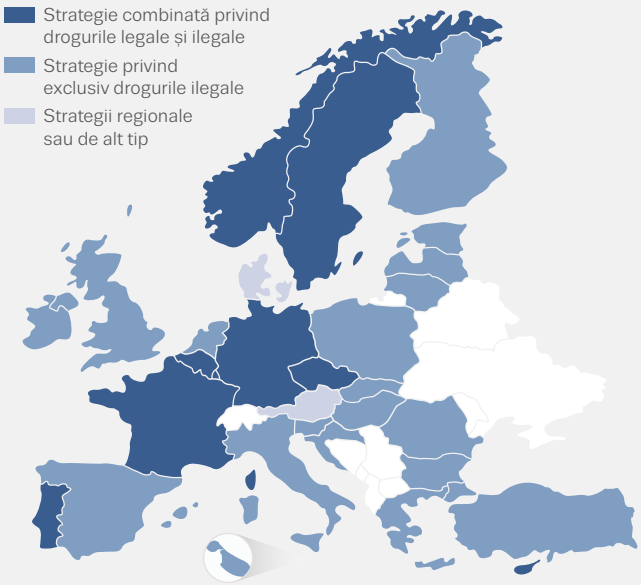
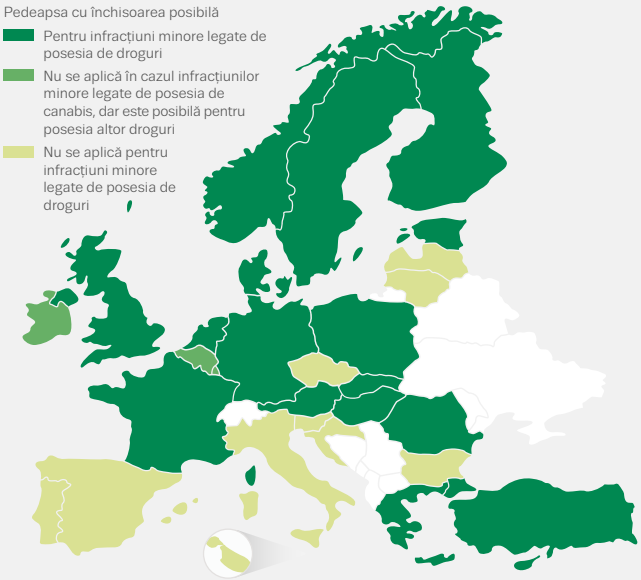


FIGURA 1.14

Sancțiuni prevăzute de legi: posibilitatea aplicării pedepsei cu închisoarea pentru posesie de droguri pentru consum personal (infracțiuni minore)



Răspunsuri juridice la oferta și posesia de droguri

Statele membre adoptă măsuri de prevenire a ofertei de droguri ilegale, în conformitate cu trei convenții ale Organizației Națiunilor Unite, care stabilesc un cadru internațional pentru controlul producției, comercializării și posesiei a peste 240 de substanțe psihoactive. Fiecare țară este obligată să considere traficul de droguri drept infracțiune, însă sancțiunile prevăzute de lege variază de la stat la stat. În unele țări, infracțiunile legate de ofertă pot fi sancționate în limitele unei singure categorii extinse de sancțiuni, în timp ce alte țări fac diferența între infracțiunile majore și minore legate de oferta de droguri, aplicând sancțiuni corespunzătoare.

De asemenea, fiecare țară este obligată să considere posesia de droguri pentru consum personal drept infracțiune, 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. Încă din jurul anului 2000, în Europa se observă o tendință generală de reducere a aplicării pedepsei cu închisoarea sau cu alt tip de privare de libertate pentru infracțiunile minore asociate consumului personal de droguri. Unele țări au ajuns chiar mai departe, astfel încât posesia de droguri pentru consumul personal poate fi pedepsită numai prin sancțiuni fără caracter penal, de obicei, printr-o amendă (figura 1.14).

Infracțiunile la regimul drogurilor: creșteri pe termen lung

Punerea în aplicare a legilor menite să limiteze oferta și consumul de droguri este monitorizată prin intermediul datelor despre infracțiunile raportate la regimul drogurilor. În Uniunea Europeană, în 2014 s-au raportat aproximativ 1,6 milioane de infracțiuni (dintre care majoritatea, 57 %, au fost legate de canabis), implicând aproximativ un milion de infractori. Numărul infracțiunilor raportate a crescut cu aproape o treime (34 %) între 2006 și 2014.

În cele mai multe țări europene, majoritatea infracțiunilor la regimul drogurilor raportate sunt legate de consum sau de posesia de droguri pentru consum personal. În general, în Europa, se estimează că în 2014 au fost raportate peste un milion de astfel de infracțiuni, ceea ce înseamnă o creștere cu 24 % în comparație cu 2006. Dintre infracțiunile raportate în legătură cu posesia de droguri, mai mult de trei sferturi au fost legate de canabis. Tendințele ascendente ale infracțiunilor asociate posesiei de canabis, amfetamine și MDMA au continuat în 2014 (figura 1.15).

Per total, începând cu 2006, infracțiunile legate de oferta de droguri raportate a crescut cu 10 %, ajungând la peste 214 000 de cazuri în 2014. Ca și în cazul infracțiunilor legate de posesia de droguri, canabisul 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 ale infracțiunilor legate de oferta de heroină și cocaină nu au continuat în 2014, existând o creștere accentuată a raportărilor privind infracțiuni legate de oferta de MDMA (figura 1.15).

Prevenirea deturnării medicamentelor de substituție

Încă un motiv de îngrijorare este deturnarea medicamentelor de substituție pentru opioide de la utilizarea lor intenționată la tratamentul medicamentos către o utilizare nemedicală și comercializare pe piața drogurilor ilegale. Prin deturnare se înțelege schimbul, comercializarea, tranzacționarea sau oferirea medicamentelor prescrise altor persoane. Acest lucru se poate produce în mod voluntar (furnizare intenționată către altă persoană) sau involuntar (furnizare involuntară, cum ar fi cazul dozelor pierdute sau furate).

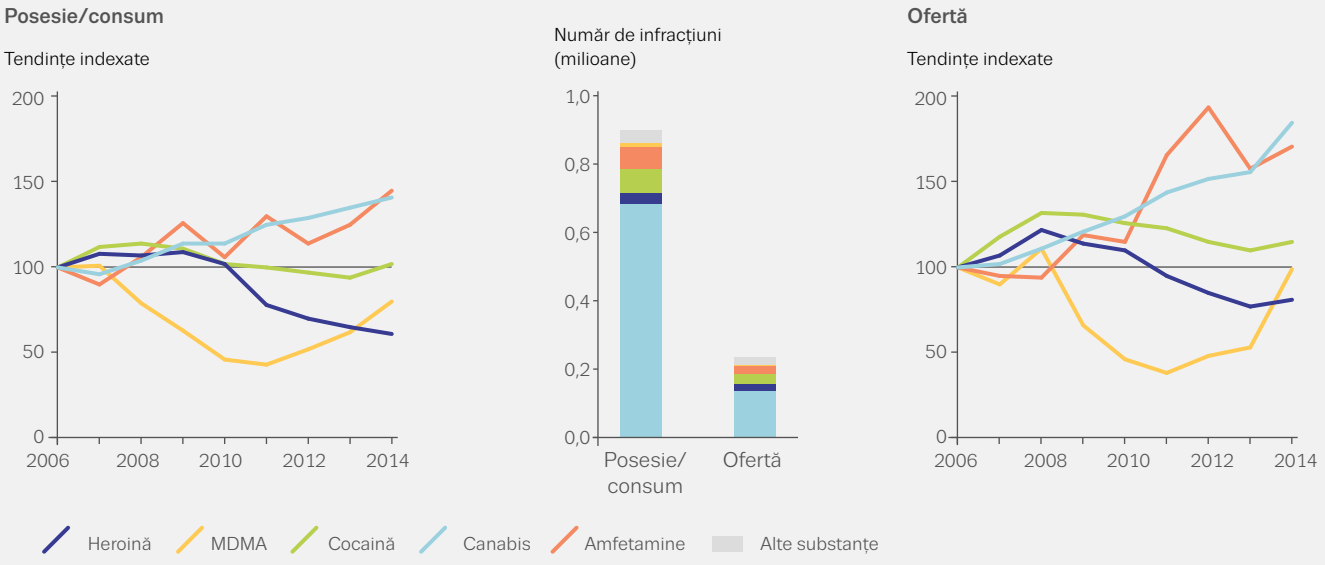
La nivel național, se pun în aplicare diverse strategii pentru a preveni deturnarea medicamentelor de substituție. Acestea includ programe de instruire pentru medici și pacienți; punerea în aplicare a unor strategii pentru a asigura respectarea tratamentului prin prescriere și supraveghere adecvată a dozării; furnizare de formule medicinale concepute pentru a descuraja utilizarea abuzivă; utilizarea dozatoarelor de medicamente electronice; precum și aplicarea unor măsuri de control, cum ar fi testele de toxicologie, evidența numărului de pastile și monitorizarea neanunțată a pacientului. Reglementarea la nivel de sistem poate avea loc prin instituirea unor registre ale tranzacțiilor farmaceutice și utilizarea unor măsuri disciplinare împotriva prescrierilor neadecvate.

Un studiu european recent arată că multe dintre aceste intervenții au potențialul de a reduce apariția cazurilor de deturnare, cu toate că se furnizează rar informații cu privire la posibilele consecințe nedorite ale punerii în aplicare a acestora. În prezent, provocarea rămâne aceea de a menține un acces adecvat al pacientului la medicamentele de substituție, găsind în același timp soluții de prevenire și de reglementare care să reducă la minimum pătrunderea acestor medicamente pe piața ilegală.

Se pun în aplicare diverse strategii pentru a preveni deturnarea medicamentelor de substituție

FIGURA 1.15

Infracțiunile la regimul drogurilor în Europa legate de consumul sau posesia de droguri în vederea consumului sau legate de oferta de droguri: tendințe indexate și infracțiuni raportate în 2014



MAI MULTE INFORMAȚII

Publicații EMCDDA

2016

Cocaine trafficking to Europe, Perspective în materie de droguri.

Changes in Europe's cannabis resin market, Perspective în materie de droguri.

Internet and drug markets, Detalii.

Strategies to prevent diversion of Opioid Substitution Treatment, Perspective în materie de droguri.

2015

Drugs policy and the city in Europe, Documente EMCDDA.

Opioid trafficking routes, Perspective în materie de droguri.

New psychoactive substances in Europe. An update from the EU Early Warning System, Rapoarte tehnice.

The Internet and drug markets, Rapoarte tehnice.

2014

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

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.

Synthetic cannabinoids in Europe, Perspective în materie de droguri.

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

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

2012

Cannabis production and markets in Europe, Detalii.

2011

Drug policy profiles: Portugal

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

Responding to new psychoactive substances, Drogurile în obiectiv.

Publicații comune EMCDDA și Europol

2016

EU Drug markets report: in-depth analysis.

EU Drug markets report: a strategic overview.

2015

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: 1-phenyl-2-(1-pyrrolidinyl)-1-pentanone (α-PVP), Rapoarte comune.

EMCDDA–Europol 2014 Annual Report on the implementation of Council Decision 2005/387/JHA.

2013

EU Drug markets report: a strategic analysis.

Amphetamine: a European Union perspective in the global context.

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

2

În prezent, consumul de droguri în Europa cuprinde o gamă mai largă de substanțe decât în trecut

Prevalența și tendințele consumului de droguri

În prezent, consumul de droguri în Europa cuprinde o gamă mai largă de substanțe decât în trecut. În rândul consumatorilor de droguri, policonsumul este ceva obișnuit, iar modelele individuale de consum variază de la consumul experimental la cel regulat și dependent. Consumul de orice drog este, în general, mai mare în rândul bărbaților, iar această diferență este adesea și mai pronunțată în cazul modelelor de consum mai intensiv sau regulat. Prevalența consumului de canabis este de aproximativ cinci ori mai mare decât cea a altor substanțe. Deși consumul de heroină și alte opioide se menține relativ scăzut, acestea continuă, totuși, să fie drogurile cel mai frecvent asociate cu formele mai nocive de consum, inclusiv consumul de droguri injectabile.

Monitorizarea consumului de droguri

EMCDDA colectează și păstrează seturi de date care vizează consumul de droguri și modelele de consum din Europa.

Datele din anchetele realizate în rândul populației generale pot oferi o imagine de ansamblu a prevalenței consumului recreativ de droguri. Aceste rezultate ale anchetelor pot fi completate de analizele privind urmele de droguri în apele reziduale urbane, efectuate la nivel comunitar, în orașele din toată Europa.

Studiile care prezintă estimări privind consumul de mare risc de droguri pot contribui la identificarea dimensiunii problemelor mai adânc înrădăcinate, legate de consumul de droguri, iar datele cu privire la persoanele admise în sistemele de tratament de specialitate pentru consumul de droguri, atunci când sunt luate în considerare alături de alți indicatori, pot contribui la înțelegerea naturii și a tendințelor consumului de mare risc.

Unul din patru europeni a încercat droguri ilegale

Se estimează că peste 88 de milioane de adulți din Uniunea Europeană, respectiv puțin peste un sfert din populația cu vârste cuprinse între 15 și 64 de ani, au încercat droguri ilegale într-un anumit moment din viața lor. Consumul de droguri este mai frecvent raportat în rândul bărbaților (54,3 milioane) decât al femeilor (34,8 milioane). Drogul cel mai frecvent consumat este canabisul (51,5 milioane de bărbați și 32,4 milioane de

femei), estimările consumului de alte droguri pe durata vieții fiind mai scăzute pentru cocaină (11,9 milioane de bărbați și 5,3 milioane de femei), MDMA (9,1 milioane de bărbați și 3,9 milioane de femei) și amfetamine (8,3 milioane de bărbați și 3,8 milioane de femei). Nivelurile de consum de canabis de-a lungul vieții variază considerabil de la o țară la alta, de la aproximativ 4 din 10 adulți în Franța și o treime dintre adulți în Danemarca și Italia, la mai puțin de unul din 10 în Bulgaria, Ungaria, Malta, România și Turcia.

Consumul de droguri din ultimul an ilustrează în bună măsură consumul recent de droguri și privește, în mare parte, tinerii (persoane cu vârste cuprinse între 15 și 34 de ani). Se estimează că 17,8 milioane de adulți tineri au consumat droguri în ultimul an, numărul bărbaților fiind de două ori mai mare decât cel al femeilor.

Consumul de canabis: diferite tablouri naționale

Canabisul este drogul ilegal cel mai probabil să fie consumat de toate grupele de vârstă. În general, canabisul se fumează, iar în Europa este, de regulă, amestecat cu tutunul. Modelele consumului de canabis variază de la consumul ocazional la cel regulat și dependent.

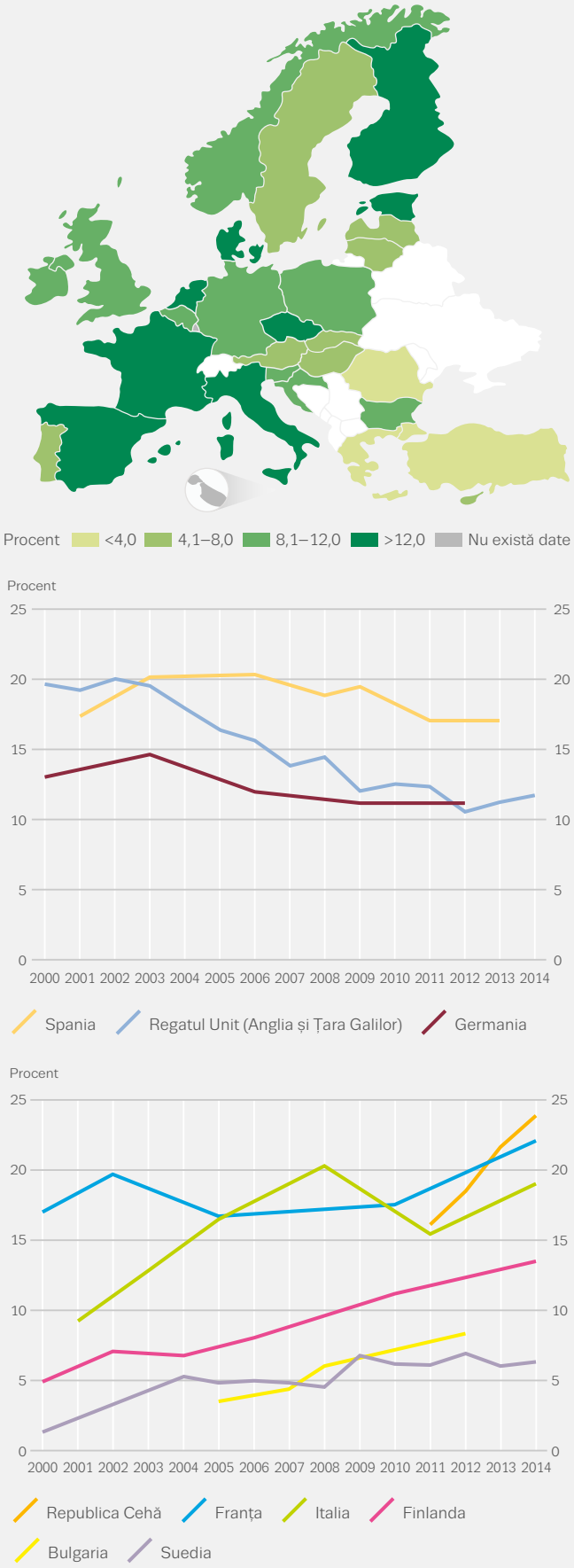
Se estimează că 16,6 milioane de tineri europeni (cu vârste cuprinse între 15 și 34 de ani), reprezentând 13,3 % din această grupă de vârstă, au consumat canabis în ultimul an, 9,6 milioane dintre aceștia având vârste cuprinse între 15 și 24 de ani (16,4 % din această grupă de vârstă). În ceea ce privește tinerii care au consumat canabis în ultimul an, raportul dintre bărbați și femei este de doi la unu.

Rezultatele celor mai recente anchete arată că țările urmează în continuare modele divergente privind consumul de canabis din ultimul an (figura 2.1). Dintre țările care au realizat anchete din anul 2013 până în prezent, opt au raportat estimări mai ridicate, patru au raportat o situație stabilă, iar una a raportat estimări mai scăzute față de ancheta anterioară comparabilă.

Puține țări dispun de suficiente date provenite din anchete pentru a permite realizarea unei analize statistice a tendințelor pe termen mediu și lung în ceea ce privește consumul de canabis de anul trecut în rândul adulților tineri (cu vârste cuprinse între 15 și 34 de ani). Anchetele pentru țările cu prevalență relativ ridicată, cum ar fi Germania, Spania și Regatul Unit, arată o prevalență a canabisului în scădere sau stabilă în ultimii zece ani, în timp ce Franța arată o prevalență în creștere după 2010. Dintre țările care, de-a lungul timpului, au înregistrat rate

FIGURA 2.1

Prevalența consumului de canabis în rândul adulților tineri (15-34 de ani) anul trecut: datele cele mai recente (sus) și tendințele semnificative din punct de vedere statistic (mijloc și jos)



mai mici ale consumului de canabis, Finlanda a raportat în mod constant creșteri ale prevalenței pe termen lung, ajungând de la o prevalență scăzută la media europeană, în timp ce Suedia păstrează un nivel scăzut, datele arătând o creștere modestă în ultimii zece ani. Dintre țările cu mai puține date punctuale comparabile, datele din Bulgaria arată în continuare o tendință ascendentă, până în 2012, în timp ce o anchetă anuală realizată în Republica Cehă a constatat creșteri din 2011 până în 2014.

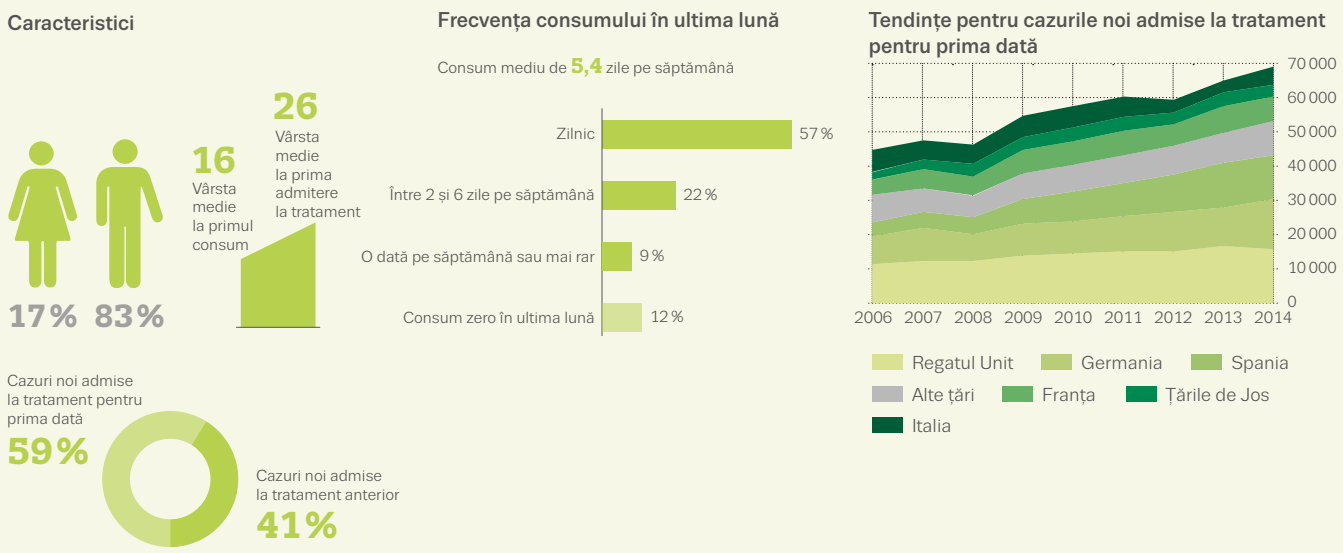
Canabisul a reprezentat drogul ilegal cel mai des consumat în rândul elevilor de 15-16 ani raportat de ultima rundă a Proiectului european de anchete în școli privind consumul de alcool și alte droguri (ESPAD), publicat în 2011. Datele mai recente cu privire la elevii de școală, în acest caz în vârstă de 15 ani, sunt furnizate de studiul Comportamentul în materie de sănătate la copiii de vârstă școlară (HBSC). În ancheta HBSC referitoare la perioada 2013-2014, nivelul consumului de canabis de-a lungul vieții a variat de la 5 % în rândul fetelor și 7 % în rândul băieților în Suedia, la 26 % în rândul fetelor și 30 % în rândul băieților în Franța.

Tratarea consumatorilor de canabis: nivel crescut al admiterii la tratament

Pe baza unor anchete realizate în rândul populației generale, se estimează că în jur de 1 % din adulții europeni sunt consumatori zilnici sau aproape zilnici de canabis, adică au consumat acest drog timp de 20 de zile sau mai mult în ultima lună. În jur de 60 % dintre aceștia au vârste cuprinse între 15 și 34 de ani, iar peste trei sferturi sunt bărbați.

Atunci când sunt luate în considerare alături de alți indicatori, datele cu privire la persoanele admise la tratament pentru probleme legate de consumul de canabis pot fundamenta înțelegerea cu privire la natura și amploarea consumului de canabis de mare risc în Europa. În general, numărul de cazuri noi admise la tratament pentru prima dată pentru problemele generate de consumul de canabis a crescut de la 45 000 în 2006 la 69 000 în 2014. În cadrul acestui grup, numărul celor care raportează consumul zilnic al substanței a crescut de la 46 % în 2006 la 54 % în 2014. Cauzele creșterii numărului de cazuri noi admise la tratament nu sunt clare, dar pot avea legătură cu modificările prevalenței consumului de canabis și a consumului intensiv și cu alți factori, cum ar fi disponibilitatea unor produse mai nocive și cu o putere imunogenă mai mare, o mai mare disponibilitate a tratamentului pentru dependența de canabis și schimbarea practicilor în materie de trimiteri la tratament.

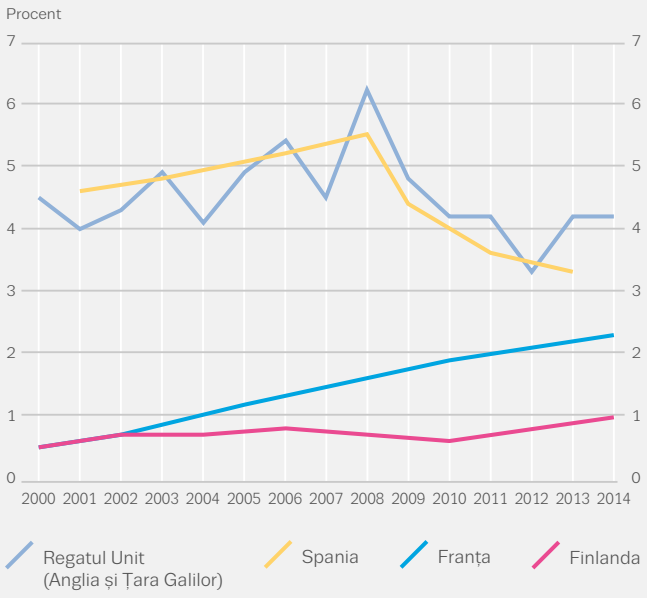
CONSUMATORI DE CANABIS CARE SE ADRESEAZĂ SERVICIILOR DE TRATAMENT

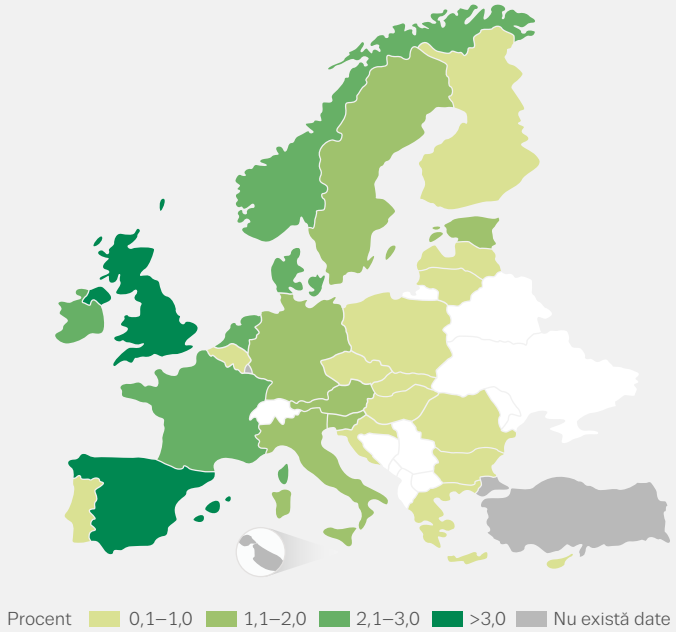


NB: Caracteristicile se referă la toate cazurile noi admise la tratament care au consumat canabis ca drog primar.
Din cauza modificărilor în fluxul de date la nivel național, datele din 2014 pentru Italia nu sunt direct comparabile cu cele din anii anteriori.

FIGURA 2.2

Prevalența consumului de cocaină în rândul adulților tineri (15-34 de ani) anul trecut: tendințele semnificative din punct de vedere statistic și datele cele mai recente





Cocaina: modificarea prevalenței

Cocaina este cel mai consumat drog stimulant ilegal în Europa, deși prevalența consumului este mai ridicată în sudul și vestul Europei. Pudra de cocaină (hidroclorura de cocaină) este mai ales prizată (insuflație pe cale nazală), dar uneori este și injectată, în timp ce cocaina crack (bază) este de obicei fumată.

Se estimează că aproximativ 2,4 milioane de tineri adulți cu vârste cuprinse între 15 și 34 de ani (1,9 % din această grupă de vârstă) au consumat cocaină în ultimul an. Numeroși consumatori de cocaină aleg acest drog în scop recreativ, cu niveluri maxime ale consumului la sfârșit de săptămână și în zilele de sărbătoare. În rândul persoanelor care consumă în mod regulat, se poate face o distincție generală între consumatorii mai integrați din punct de vedere social, care adesea prizează cocaina pudră, și consumatorii marginalizați, care își injectează cocaină sau fumează cocaină crack uneori în combinație cu opioide.

Cocaina este cel mai consumat drog stimulant ilegal în Europa

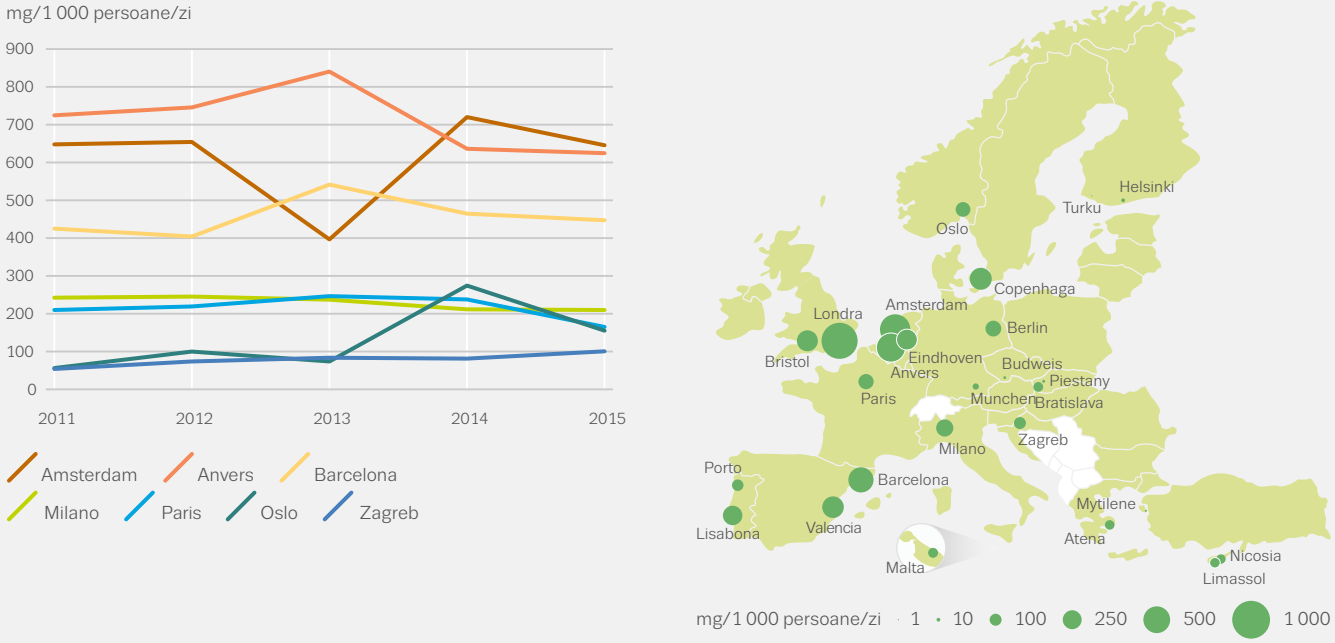
Numai Spania, Țările de Jos și Regatul Unit raportează o prevalență a consumului de cocaină în ultimul an în rândul adulților tineri de 3 % sau mai mult. Scăderea consumului de cocaină raportată în anii anteriori nu s-a mai făcut remarcată în anchetele cele mai recente. Dintre țările care au realizat anchete începând cu anul 2013, șase au raportat estimări mai ridicate, două au raportat o tendință stabilă și patru au raportat estimări mai scăzute față de ancheta anterioară comparabilă.

Este posibilă numai pentru un număr mic de țări o analiză statistică a tendințelor pe termen lung în ceea ce privește consumul de cocaină de anul trecut în rândul adulților tineri. Atât Spania, cât și Regatul Unit au raportat tendințe de creștere a prevalenței până în 2008, urmate de stabilitate sau de scădere. Datele din Regatul Unit arată că această scădere se referă la adulții mai tineri (16-24 de ani), prevalența în grupa de vârstă mai mare rămânând stabilă sau fiind în creștere. În Franța, există o tendință de creștere, peste 2 % în 2014. În Finlanda, prevalența a crescut, dar nivelul general al consumului rămâne scăzut, ajungând doar la 1 %, pentru prima dată în 2014.

Analiza urmelor de cocaină din apele reziduale urbane, efectuată în cadrul unui studiu care vizează mai multe orașe, completează rezultatele anchetelor în rândul populației. Rezultatele studiului sunt prezentate în cantități standardizate (concentrații) de urme de droguri la 1 000 de locuitori pe zi. Analiza din 2015 a constatat cele mai ridicate concentrații de benzoilecgonină, principalul

FIGURA 2.3

Urmele de cocaină din apele reziduale în orașele europene selectate: tendințele și datele cele mai recente



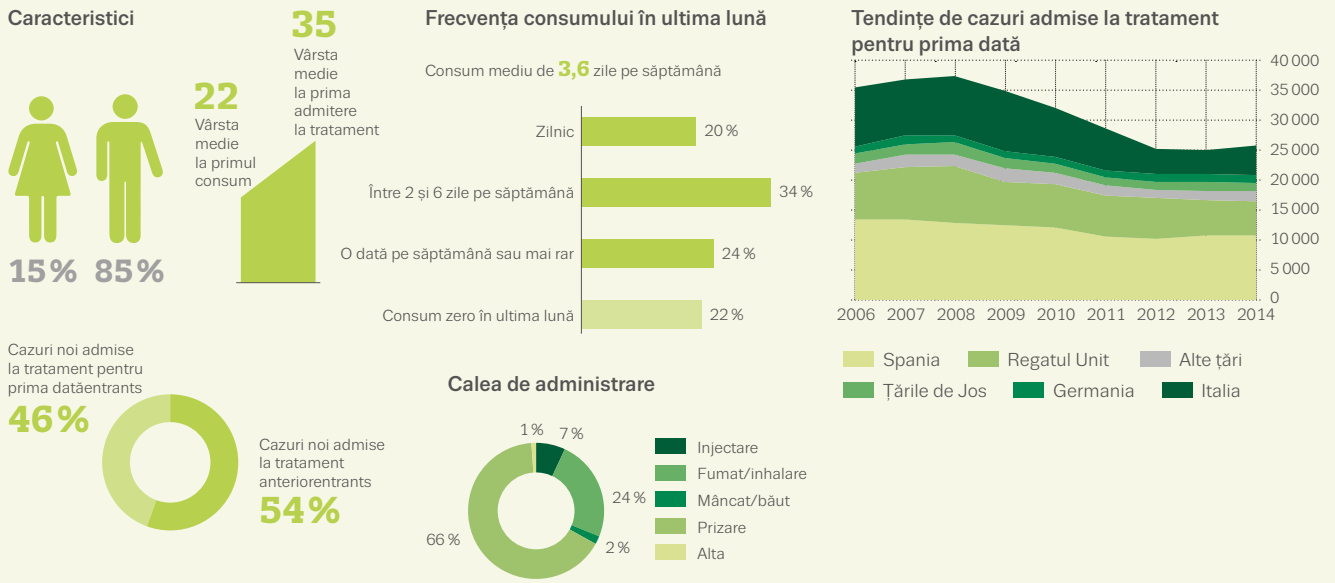
NB: Cantități medii zilnice de cocaină în miligrame la 1 000 de persoane. Hartă: Prelevarea eșantioanelor s-a realizat în decurs de o săptămână în 2015 în orașele europene selectate.
Sursa: Grupul de bază pentru analiza apelor reziduale – Europa (SCORE).

metabolit al cocainei, în orașe din Belgia, Spania, Țările de Jos și Regatul Unit (a se vedea figura 2.3). Modelele generale identificate în 2015 sunt similare cu cele din anii anteriori, majoritatea orașelor prezentând fie o scădere, fie o tendință stabilă între 2011 și 2015.

Tratarea consumului de cocaină: nivel stabil al cererii de tratament

Prevalența modelelor deosebit de problematice ale consumului de cocaină în Europa este dificil de măsurat,

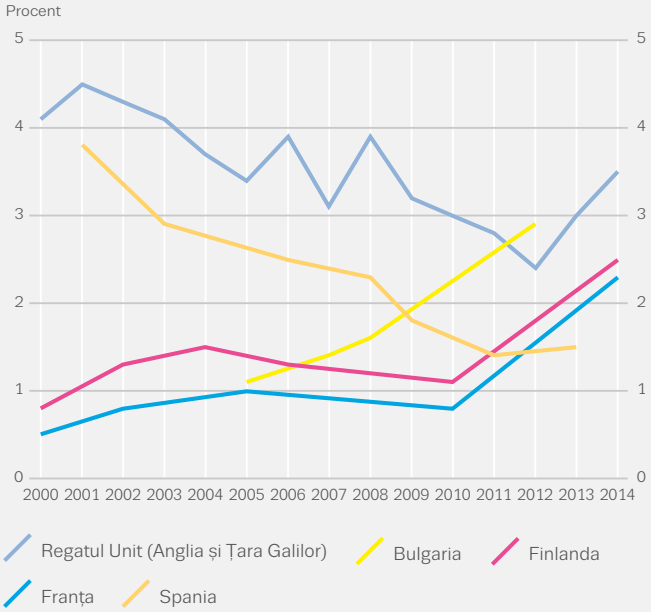
CONSUMATORI DE COCAINĂ CARE SE ADRESEAZĂ SERVICIILOR DE TRATAMENT

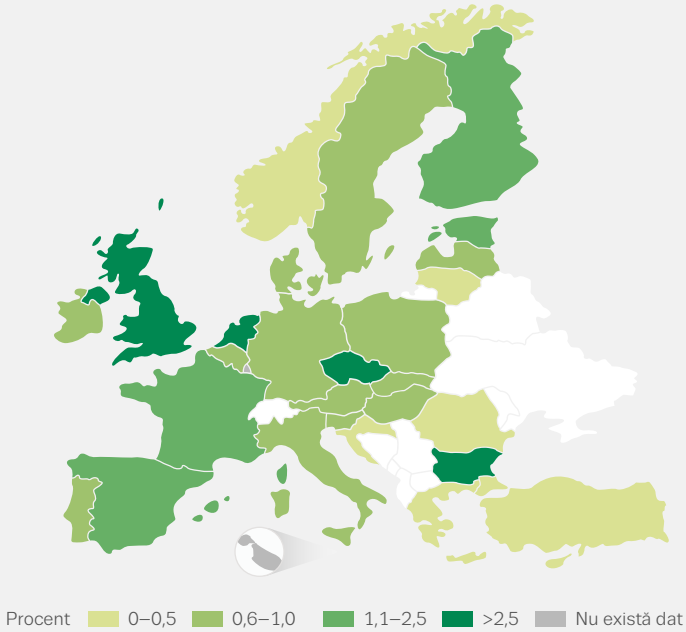


NB: Caracteristicile se referă la toate cazurile noi admise la tratament datorită consumului cocaină sau cocaină crack ca drog primar. Din cauza modificărilor în fluxul de date la nivel național, datele din 2014 pentru Italia nu sunt direct comparabile cu cele din anii anteriori.

FIGURA 2.4

Prevalența consumului de MDMA în rândul adulților tineri (15-34 de ani) anul trecut: tendințele semnificative din punct de vedere statistic și datele cele mai recente





deoarece numai cinci țări au estimări recente și s-au utilizat definiții și metodologii diferite. În 2012, Germania a estimat dependența de cocaină în rândul populației adulte la 0,20 %. În 2014, Italia a prezentat o estimare de 0,64 % pentru persoanele care au nevoie de tratament pentru consumul de cocaină, iar în 2013, Spania a estimat consumul de cocaină de mare risc la 0,29 %. Pentru 2011-2012, în rândul populației adulte din Anglia, Regatul Unit a estimat un consum de cocaină crack de 0,48 %, majoritatea acestor consumatori fiind și consumatori de opioide. Pe baza consumului raportat anul trecut, consumul de cocaină de mare risc în Portugalia este estimat la 0,62 %.

În Spania, Italia și Regatul Unit se înregistrează aproximativ 74 % din toate admiterile la tratament asociate consumului de cocaină raportate în Europa. În general, cocaina a fost indicată ca drog primar pentru 60 000 de pacienți care au început un tratament specializat pentru dependența de droguri în 2014 și pentru 27 000 dintre cei admiși la tratament pentru prima dată. După o perioadă de scădere, începând cu 2012 numărul total al cazurilor noi admise la tratament pentru prima dată pentru consumul de cocaină a fost stabil.

În 2014, aproape 5 500 de consumatori admiși la tratament în Europa au raportat cocaina crack ca drog primar, peste jumătate dintre aceștia (3 000) fiind în Regatul Unit, iar majoritatea din cei rămași (2 000) în Spania, Franța și Țările de Jos.

MDMA: schimbarea tendințelor și creșterea consumului

În general, MDMA (3,4-metilendioxi-metamfetamina) este consumat sub forma comprimatelor de ecstasy, însă este din ce în ce mai disponibil sub formă cristalizată și de pudră. De obicei, comprimatele se înghit, iar pudra se prizează (insuflație nazală).

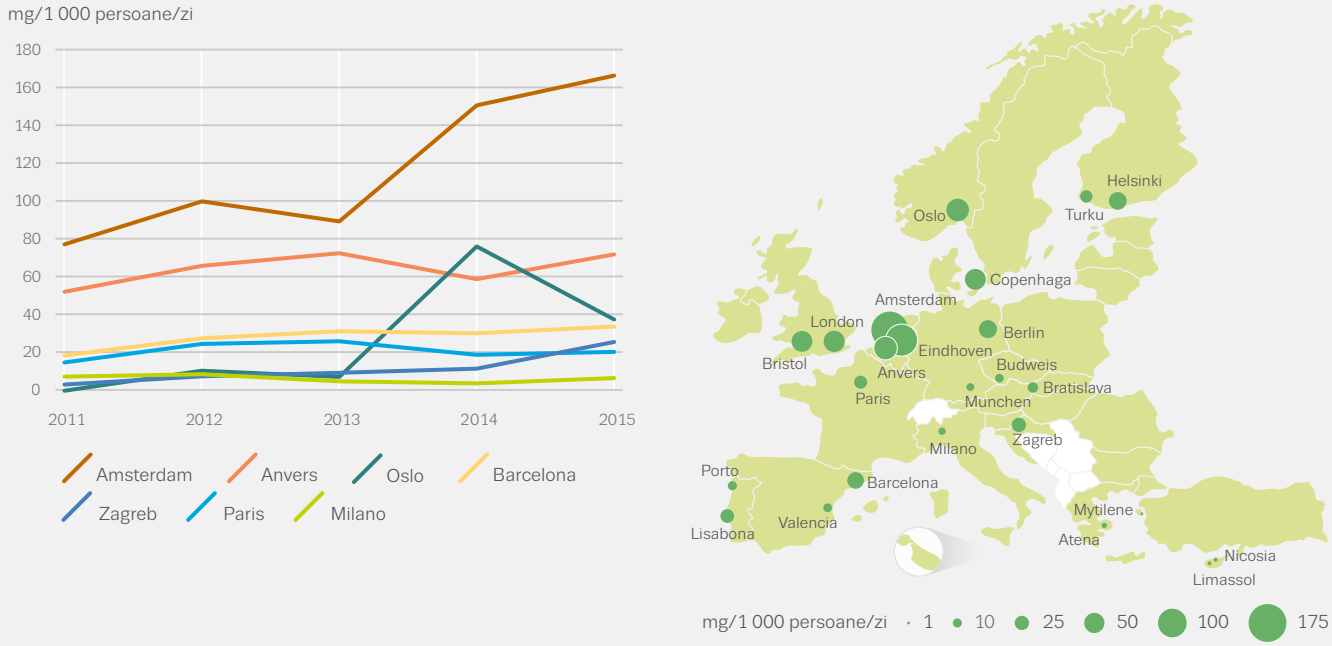
În ultimii ani, sursele de monitorizare dintr-o serie de țări au semnalat noi evoluții în cadrul pieței MDMA din Europa, inclusiv informații privind consumul crescut.

De-a lungul timpului, majoritatea anchetelor la nivel european au colectat date mai degrabă cu privire la consumul de ecstasy, nu la cel de MDMA, deși în prezent situația este diferită. Se estimează că 2,1 milioane de adulți tineri (cu vârste cuprinse între 15 și 34 de ani) au consumat MDMA/ecstasy în ultimul an (1,7 % din această grupă de vârstă), estimările la nivel național variind între 0,3 % și 5,5 %. Printre tinerii care au consumat MDMA în ultimul an, raportul dintre bărbați și femei este de 2,4 la 1.

Până nu demult, în multe țări, prevalența MDMA a fost în scădere față de nivelurile de vârf atinse la începutul până la mijlocul anilor 2000. Situația pare să se schimbe acum., Dintre țările care au efectuat noi ancheteîncepând cu 2013, rezultatele indică o creștere globală în Europa, nouă țări raportând estimări mai ridicate și trei raportând estimări mai scăzute față de ancheta anterioară

FIGURA 2.5

Urmele de MDMA din apele reziduale în orașele europene selectate: tendințele și datele cele mai recente



NB: Cantități medii zilnice de MDMA în miligrame la 1 000 de persoane. Hartă: Prelevarea eșantioanelor s-a realizat în decurs de o săptămână în 2015 în orașele europene selectate.
Sursa: Grupul de bază pentru analiza apelor reziduale – Europa (SCORE).

comparabilă. În cazul în care există date pentru o analiză mai eficace a tendințelor privind consumul de MDMA din ultimul an în rândul adulților tineri, se observă creșteri în unele țări, începând cu anul 2010. Bulgaria, Finlanda și Franța continuă tendințele ascendente pe termen lung în această perioadă, în timp ce în Regatul Unit o pauză intervenită în perioada 2011-2012 în tendința descrescătoare este urmată de creșteri semnificative din punct de vedere statistic (figura 2.4). Deși datele nu sunt direct comparabile cu cele din anchetele anterioare, Țările de Jos raportează o prevalență de 5,5 % în 2014.

O analiză desfășurată în mai multe orașe în anul 2015 a constatat cele mai ridicate concentrații de MDMA în apele reziduale din orașele belgiene și olandeze (figura 2.5). În majoritatea orașelor, concentrația de MDMA din apele reziduale a fost mai mare în 2015 decât în 2011, fiind observate creșteri mari în unele orașe, care pot fi legate de puritatea crescută a MDMA sau de o mai mare disponibilitate și de creșterea consumului acestui drog.

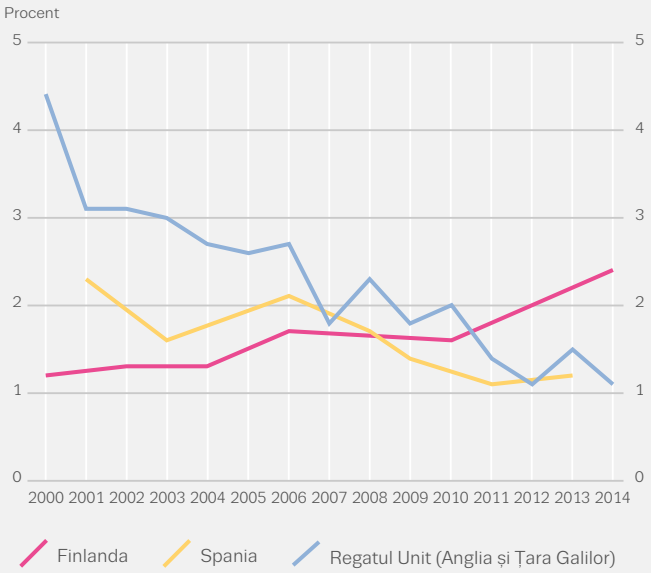
MDMA se consumă adesea în combinație cu alte substanțe, inclusiv cu alcoolul. De obicei, sondajele în rândul tinerilor care participă regulat la viața de noapte indică niveluri mai ridicate de consum de droguri în comparație cu ansamblul populației. Acest lucru este valabil mai ales pentru MDMA, care este, în mod tradițional, strâns legat de viața de noapte și mai ales de muzica dance electronică. Indiciile actuale sugerează că în țările cu prevalență ridicată, MDMA nu mai constituie un drog subcultural sau de nișă; nu se limitează la cluburile de dans și petreceri, ci este consumat de o gamă mai largă de tineri în locurile obișnuite unde se desfășoară viața de noapte, cum ar fi barurile și petrecerile private.

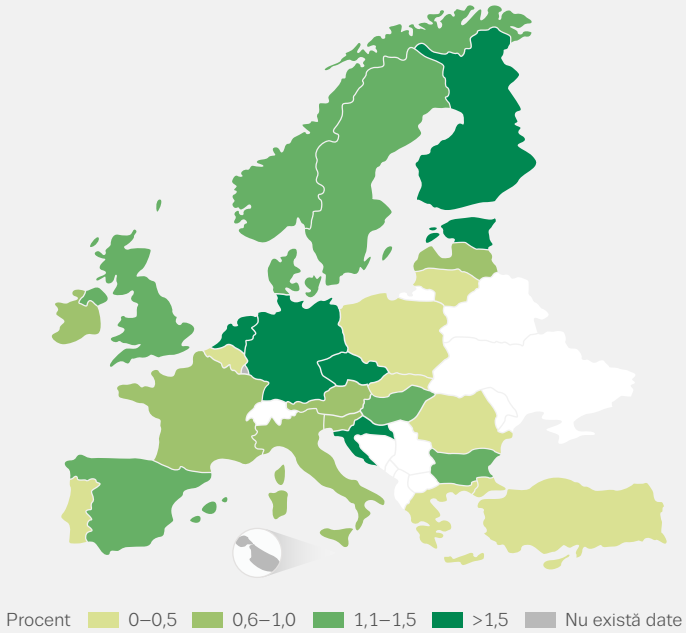
Consumul de MDMA constituie rareori un motiv pentru inițierea unui tratament specializat pentru dependența de droguri. În 2014, MDMA a fost raportat ca drog consumat de mai puțin de 1 % (aproape 800 de cazuri) din cazurile noi admise la tratament pentru prima dată din Europa.

MDMA se consumă adesea în combinație cu alte substanțe

FIGURA 2.6

Prevalența consumului de amfetamine în rândul adulților tineri (15-34 de ani) anul trecut: tendințe semnificative din punct de vedere statistic și datele cele mai recente





Consumul de amfetamine: tendințe naționale divergente

Amfetamina și metamfetamina, două substanțe stimulante foarte apropiate, sunt ambele consumate în Europa, dar amfetamina este de departe cea mai consumată. De-a lungul timpului, consumul de metamfetamină a fost concentrat în Republica Cehă și, mai recent, în Slovacia, dar în ultimii ani a crescut consumul și în alte țări. În anumite seturi de date nu se poate distinge între cele două substanțe. În aceste cazuri, se folosește denumirea generică „amfetamine".

Ambele droguri pot fi administrate oral sau inhalate. În plus, injectarea este relativ frecventă în rândul consumatorilor problematici din unele țări. Metamfetamina se poate și fuma, dar această cale de administrare nu este frecvent raportată în Europa.

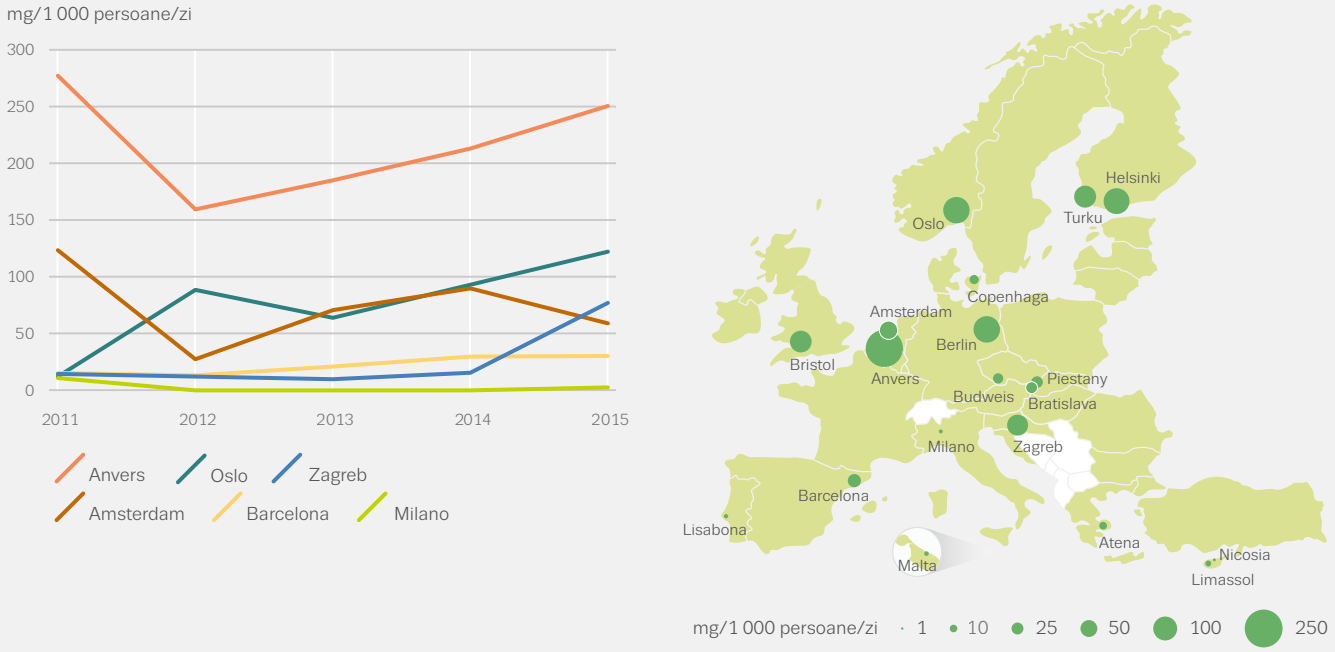
Un număr estimat de 1,3 milioane (1,0 %), de adulți tineri (cu vârste cuprinse între 15 și 34 de ani) au consumat amfetamine pe parcursul anului trecut, cele mai recente estimări naționale privind prevalența variind de la 0,1 % la 2,9 %. Datele disponibile sugerează că, începând aproximativ din anul 2000, majoritatea țărilor europene au înregistrat o relativă stabilitate în ceea ce privește tendințele în materie de consum. Dintre țările care au realizat anchete din anul 2013 până în prezent, șapte au raportat estimări mai ridicate, una a raportat o situație stabilă, iar patru au raportat estimări mai reduse față de ancheta anterioară comparabilă. Deși datele nu sunt comparabile cu cele din anchetele anterioare, Țările de Jos au raportat recent o prevalență de 2,9 % în rândul adulților tineri.

Fiind printre puținele țări în care există posibilitatea analizării tendințelor semnificative din punct de vedere statistic pe termen mai lung, atât Spania, cât și Regatul Unit indică o scădere a prevalenței din anul 2000 (figura 2.6). În schimb, Finlanda a prezentat o creștere constantă a prevalenței în aceeași perioadă, iar acum raportează unul dintre cele mai ridicate niveluri din Europa.

Analiza apelor reziduale urbane efectuată în anul 2015 a constatat niveluri semnificative de amfetamine în orașe din toată Europa. Concentrațiile de amfetamină au variat considerabil, cele mai ridicate niveluri fiind raportate în orașele din nordul Europei (a se vedea figura 2.7). S-a găsit amfetamină la niveluri mult mai scăzute în unele orașe din sudul Europei. Cele mai ridicate concentrații de metamfetamină au fost înregistrate în orașele din Republica Cehă, Slovacia și Norvegia. În general, datele din 2011 până în 2015 au arătat tendințe relativ stabile pentru ambele droguri.

FIGURA 2.7

Urmele de amfetamine din apele reziduale în orașele europene selectate: tendințele și datele cele mai recente



NB: Cantități medii zilnice de amfetamină în miligrame la 1 000 de persoane. Hartă: Prelevarea eșantioanelor s-a realizat în decurs de o săptămână în 2015 în orașele europene selectate.
Sursa: Grupul de bază pentru analiza apelor reziduale – Europa (SCORE).

Tratarea consumatorilor de amfetamine: nivel în creștere al admiterii la tratament

În ceea ce privește consumul de amfetamină pe termen lung, cronic și prin injectare, de-a lungul timpului au fost constatate probleme îndeosebi în țările din nordul Europei. Pe de altă parte, problemele cauzate de consumul de metamfetamină pe termen lung au devenit cel mai evidente în Republica Cehă și în Slovacia. Pentru Republica Cehă și Cipru sunt disponibile estimări recente privind consumul de metamfetamină de mare risc. În Republica Cehă, consumul de metamfetamină de mare risc în rândul adulților (cu vârste cuprinse între 15 și 64 de ani) a fost estimat la aproximativ 0,51 % pentru anul 2014, fiind observată o creștere însemnată a consumului, în principal prin injectare, între anii 2007 și 2014 (de la aproximativ 20 000 de consumatori la peste 36 000). Estimarea pentru Cipru este de 0,02 % sau 127 de consumatori în 2014. Pentru Norvegia, consumul de amfetamină și metamfetamină de mare risc în 2013 este estimat la 0,33 %, sau 11 200 de adulți. Consumatorii de amfetamine reprezintă probabil majoritatea celor 2 177 (0,17 %) de consumatori estimați de droguri stimulante de mare risc raportați de Letonia, în scădere de la 6 540 (0,46 %), în 2010.

Metamfetamina consumată prin injectare, în combinație cu alte droguri stimulante și GHB (gama-hidroxibutirat), continuă să fie raportată într-un număr de țări în rândul unor grupuri mici de bărbați care fac sex cu bărbați. Aceste așa-numite practici de slamming sunt un motiv de îngrijorare din cauza combinației de riscuri la care se expun participanții, atât din perspectiva consumului de droguri, cât și a comportamentelor sexuale.

Aproximativ 32 000 dintre consumatorii care au început un tratament specializat în Europa în 2014 au raportat amfetaminele ca drog principal, iar aproximativ 13 000 dintre aceștia s-au adresat serviciilor de tratamentul pentru prima dată în viață. Consumatorii de amfetamină ca drog principal reprezintă o parte considerabilă a cazurilor noi admise la tratament pentru prima dată în Bulgaria, Germania, Letonia, Ungaria, Polonia și Finlanda. Consumatorii care se adresează serviciilor de tratament și care raportează metamfetamina ca drog principal sunt concentrați în Republica Cehă și în Slovacia, țări care însumează 95 % dintre cei 8 700 de consumatori de metamfetamină din Europa. În general, Europa a înregistrat o creștere cu 50 % a numărului de consumatori care se adresează serviciilor de tratament pentru prima dată pentru consumul de amfetamine ca drog primar începând cu anul 2006, determinată în mare măsură de creșterile din Germania și, într-o măsură mai mică, de cele din Republica Cehă.

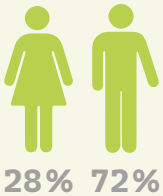
Consumul de ketamină, GHB și substanțe halucinogene

În Europa se consumă o serie de substanțe psihoactive cu proprietăți halucinogene, anestezice, disociative și depresante: acestea includ LSD (dietilamida acidului lisergic), ciupercile halucinogene, ketamina și GHB (gama-hidroxibutirat).

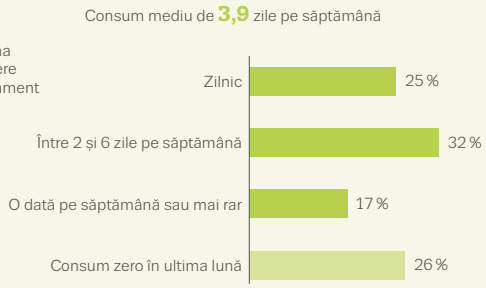
În ultimele două decenii, s-a raportat consumul recreativ de ketamină și GHB (inclusiv precursorul acestuia, GBL, gama-butirolactonă) în rândul unor subgrupuri de consumatori de droguri din Europa. În țările în care s-au realizat, estimările naționale ale prevalenței consumului de GHB și ketamină atât în rândul adulților, cât și al elevilor se mențin scăzute. În majoritatea anchetelor recente, Țările de Jos au raportat prevalența în ultimul an a consumului de GHB la 0,4 % pentru adulți (15-64 de ani) și Norvegia la 0,1 % (16-64 de ani), iar România a raportat un procent de 0,5 % pentru adulți tineri (15-34 de ani). S-au raportat niveluri mai ridicate atât ale consumului de GHB, cât și ale problemelor aferente acestuia în rândul anumitor grupuri sociale la nivel de oraș și la nivel local în unele țări, inclusiv în Țările de Jos, Norvegia și Regatul Unit. Prevalența consumului de ketamină în ultimul an în rândul adulților tineri (15-34 de ani) a fost estimată la 0,3 % în Danemarca și Spania, iar Regatul Unit a raportat consumul de ketamină în ultimul an la 1,6 % în rândul tinerilor cu vârste

CONSUMATORI DE AMFETAMINE CARE SE ADRESEAZĂ SERVICIILOR DE TRATAMENT

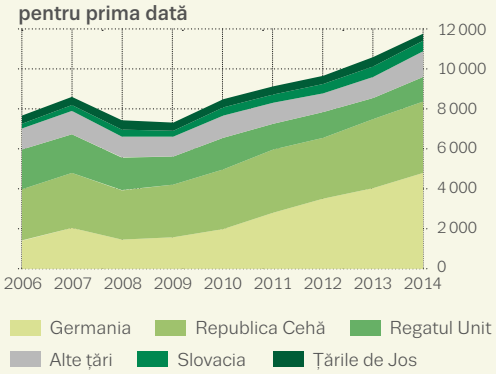
Caracteristici



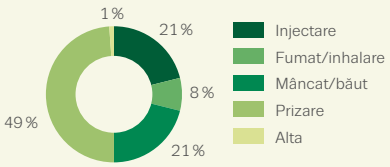
Frecvența consumului în ultima lună



Tendințe pentru cazurile noi admise la tratament pentru prima dată



Calea de administrare



NB: Țările incluse variază în funcție de indicator. Caracteristicile se referă la toate cazurile noi admise la tratament care consumă amfetamine ca drog primar.

cuprinse între 16 și 24 de ani, o tendință stabilă începând din 2008.

Nivelurile totale de prevalență ale consumului de LSD și de ciuperci halucinogene în Europa sunt, în general, scăzute și stabile de mai mulți ani. În rândul adulților tineri (15-34 de ani), anchetele la nivel național raportează estimări ale prevalenței în ultimul an de mai puțin de 1 % pentru ambele substanțe, cu excepția Finlandei, cu o prevalență de 1,3 % pentru LSD, iar pentru ciupercile halucinogene Regatul Unit raportează 1 %, Țările de Jos – 1,3 %, Finlanda – 1,9 % și Republica Cehă – 2,3 %.

Consumul de droguri noi

Eurobarometrul Flash privind tinerii și drogurile, o anchetă telefonică la care au participat 13 128 de adulți tineri cu vârste cuprinse între 15 și 24 de ani din cele 28 de state membre ale Uniunii Europene, poate oferi anumite informații despre consumul de droguri noi. Deși Eurobarometrul vizează în principal atitudinile respondenților, el include și o întrebare legată de consumul de „substanțe care imită efectele drogurilor ilegale". În prezent, aceste date reprezintă unica sursă de informații pe această temă care acoperă întreaga Uniune Europeană, deși, din rațiuni metodologice, se impune precauție în interpretarea rezultatelor. În ansamblu, 8 % dintre respondenți au raportat că au consumat astfel de substanțe cel puțin o dată de-a lungul vieții, 3 % consumându-le în ultimul an. Aceste date reprezintă o creștere față de nivelul de 5 % al consumului de-a lungul vieții raportat în cadrul unui sondaj similar desfășurat în 2011. Dintre cei care au răspuns afirmativ la întrebarea privind consumul în ultimul an, 68 % obținuseră substanța de la un prieten.

Tot mai multe țări includ substanțele psihoactive noi în anchetele efectuate în rândul populației generale, cu toate că metodele și întrebările diferite duc la limitarea posibilităților de comparare a rezultatelor între țări. Începând cu anul 2011, unsprezece țări europene au raportat estimări naționale ale consumului de substanțe psihoactive noi (fără a include ketamina și GHB). Pentru grupa de vârstă cuprinsă în studiul Eurobarometrul Flash – adulții tineri (cu vârste cuprinse între 15 și 24 de ani) –, prevalența consumului acestor substanțe în ultimul an variază de la 0,0 % în Polonia la 9,7 % în Irlanda. În ceea ce privește consumul de mefedronă, există date disponibile, culese prin sondaj, pentru Regatul Unit (Anglia și Țara Galilor). În cea mai recentă anchetă (2014-2015), consumul din ultimul an al acestui drog în rândul tinerilor cu vârste cuprinse între 16 și 24 de ani a fost estimat la 1,9 %, un procentaj identic celui din ancheta anterioară, dar mai redus decât cel de 4,4 % înregistrat în 2010-2011, înainte de introducerea măsurilor de control. În 2014, o anchetă realizată în Finlanda a estimat consumul de catinone sintetice din ultimul an la 0,2 % în rândul tinerilor cu vârste cuprinse între 15 și 24 de ani, în timp ce în Franța, un procent estimat de 4 % din tinerii cu vârste cuprinse între 18 și 34 de ani au raportat că au fumat la un moment dat canabinoide sintetice.

Consumatorii de heroină: semne ale unui nivel stabil al cererii la tratament

Principalul opioid ilegal consumat în Europa este heroina, care poate fi fumată, inhalată sau injectată. Se mai face abuz de o serie de alte opioide sintetice, precum metadona, buprenorfina și fentanilul.

Prevalența anuală medie a consumului de opioide de mare risc în rândul adulților (15-64 de ani) este estimată la aproximativ 0,4 %, ceea ce înseamnă 1,3 milioane de consumatori de opioide de mare risc în Europa în 2014. La nivel național, estimările privind prevalența consumului de opioide de mare risc 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). În jur de 75 % dintre consumatorii estimați de opioide de mare risc din Uniunea Europeană sunt raportați în Regatul Unit, Franța, Italia, Germania și Spania. Dintre cele 11 țări cu estimări repetate ale consumului de opioide de mare risc între 2008 și 2014, Spania și Turcia înregistrează o scădere semnificativă din punct de vedere statistic, celelalte țări prezentând tendințe de stabilizare (figura 2.8).

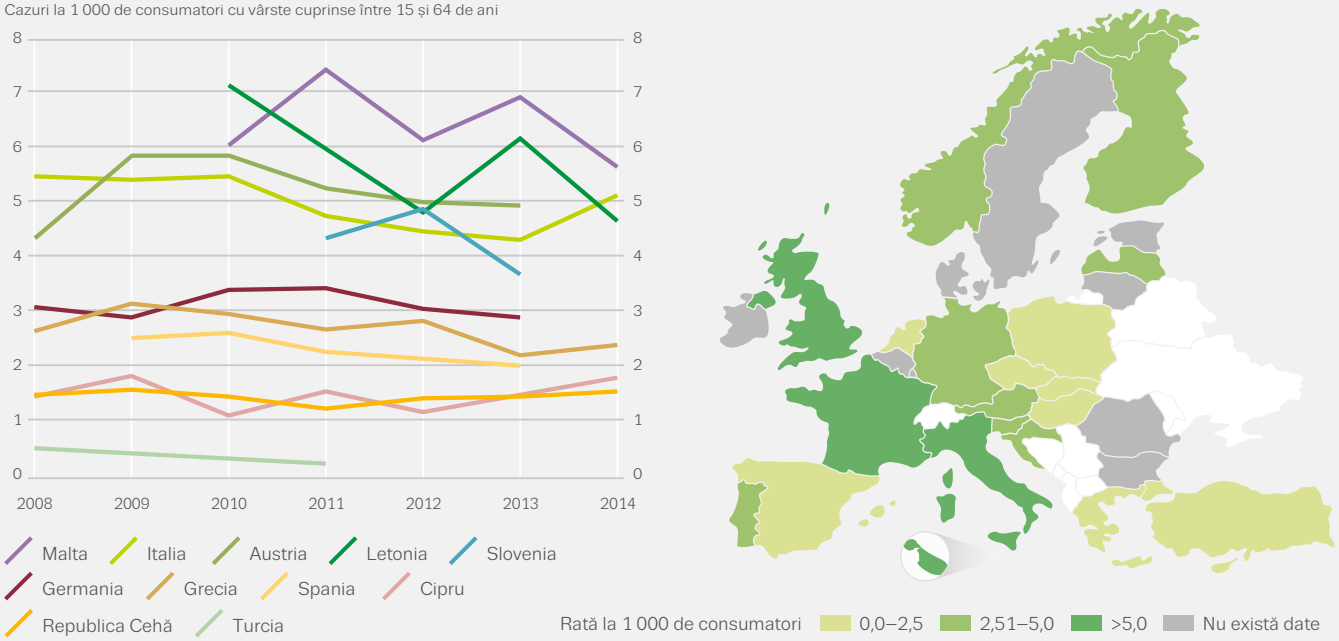
Europa a asistat la etape diferite de dependență de heroină, prima afectând multe țări occidentale începând de la jumătatea anilor 1970, o a doua etapă afectând alte țări, mai ales centrul și estul Europei între jumătatea și sfârșitul anilor 1990. Ulterior a existat o răspândire dinspre centrele urbane spre zonele mai rurale și orașele mai mici din unele țări. Din 2010-2011, indicatorii din multe țări europene au evidențiat o scădere a numărului de consumatori de heroină noi și existența unei cohorte în curs de îmbătrânire de consumatori de opioide de mare

În Europa, opioidul ilegal cel mai frecvent consumat este heroina

FIGURA 2.8

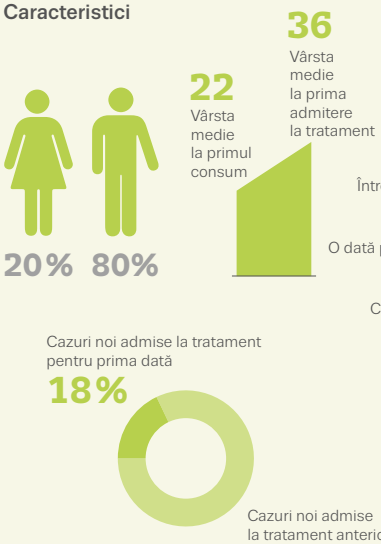
Estimări naționale privind prevalența în ultimul an a consumului de opioide de mare risc: tendințe selectate și datele cele mai recente

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

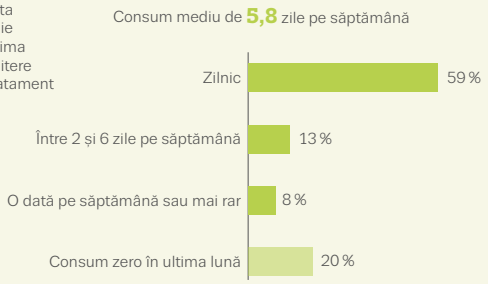


CONSUMATORI DE HEROINĂ ADMIȘI LA TRATAMENT

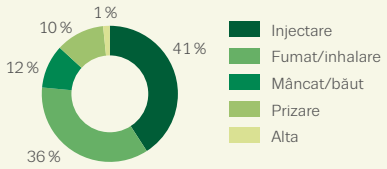
Caracteristici



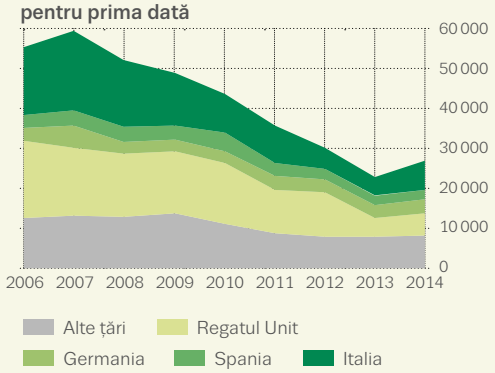
Frecvența consumului în ultima lună



Calea de administrare



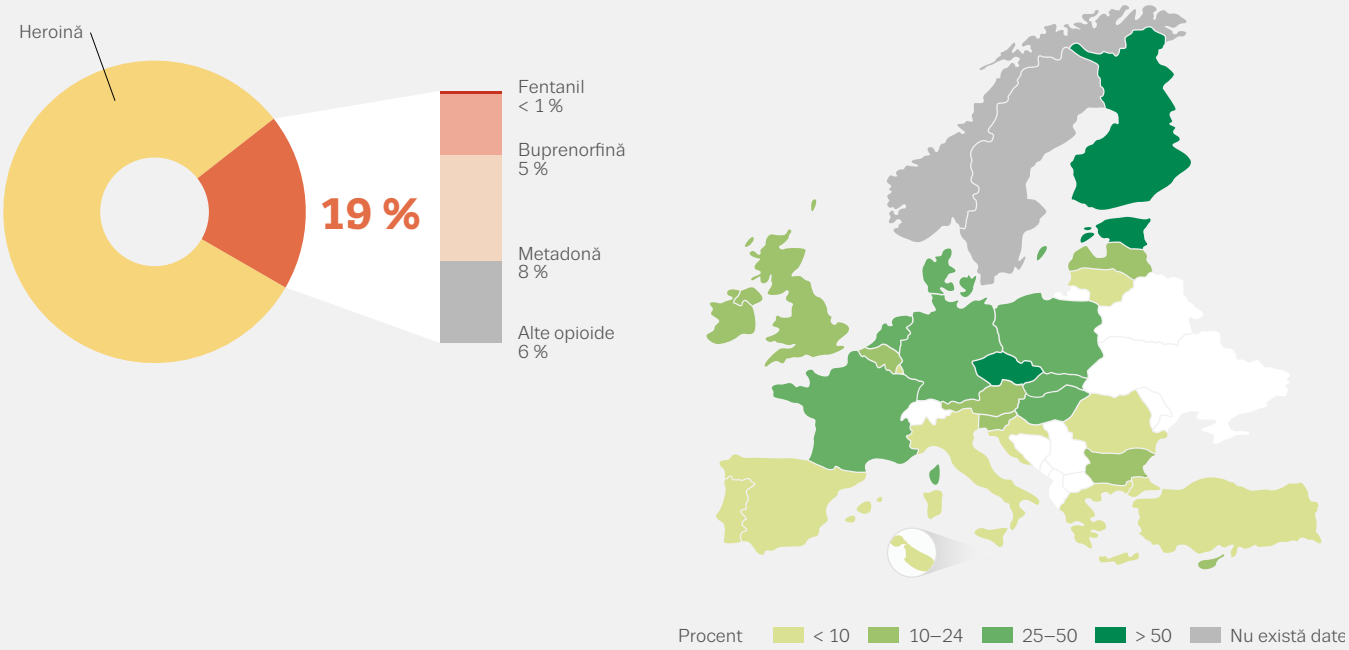
Tendințe pentru cazurile noi admise la tratament pentru prima dată



NB: Caracteristicile se referă la toate cazurile noi admise la tratament care consumă heroină ca drog primar. Din cauza modificărilor în fluxul de date la nivel național, datele din 2014 pentru Italia nu sunt direct comparabile cu cele din anii anteriori.

FIGURA 2.9

Cazuri noi admise la tratament pentru consumul de opioide ca drog primar: după tipul de opioid și procentul celor care raportează alte opioide decât heroina



risc, dintre care mulți au primit tratament de substituție. Cele mai recente date indică faptul că tendința descrescătoare a numărului de consumatori care se adresează serviciilor de tratament s-ar putea stabiliza.

Dintre cei 185 000 de pacienți care au început un tratament specializat în Europa și au raportat opioidele ca drog primar, 34 000 s-au adresat serviciilor de tratament pentru prima dată. Numărul noilor pacienți tratați pentru consumul de heroină s-a redus cu mai mult de jumătate, scăzând de la un număr record de 59 000 în 2007, când aceștia reprezentau 36 % din totalul pacienților noi, la 23 000 în 2013 (16 % dintre pacienții noi). Tendința pare să se fi stabilizat. Conform celor mai recente date, 17 țări au raportat un număr stabil sau în scădere de pacienți noi tratați pentru consumul de heroină, în timp ce 9 țări au raportat o creștere.

Opioidele sintetice: un motiv de îngrijorare tot mai important

Deși heroina rămâne cel mai frecvent consumat opioid, opioidele sintetice sunt consumate în mod abuziv din ce în ce mai mult. În 2014, 18 țări europene au raportat că mai mult de 10 % din totalul consumatorilor de opioide care au apelat la servicii specializate s-au prezentat pentru probleme legate în primul rând de alte opioide decât heroina; în 2013, doar 11 țări au raportat acest lucru (figura 2.9). Printre opioidele raportate de cazurile noi

Se abuzează din ce în ce mai mult de opioidele sintetice

admise la tratament se numără metadona, buprenorfina, fentanilul, codeina, morfina, tramadolul și oxicodona. În unele țări, aceste tipuri de opioide reprezintă în prezent cele mai comune tipuri de opioide consumate de persoanele care se adresează serviciilor de tratament. În Estonia, de exemplu, cea mai mare parte a consumatorilor de opioide ca droguri primare care se adresează serviciilor de tratament au consumat fentanil, în timp ce în Finlanda și în Republica Cehă s-a raportat că opioidul de care se abuzează cel mai des este buprenorfina.

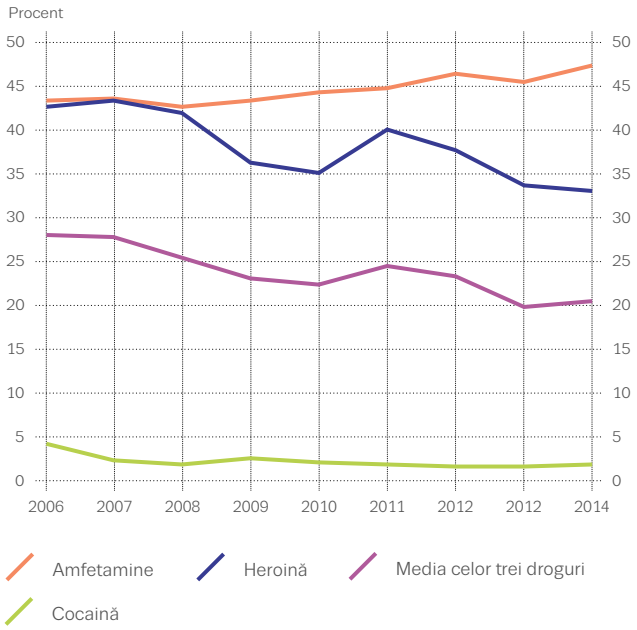
Consumul de droguri injectabile: heroina are o evoluție descendentă

Consumul de droguri injectabile este asociat de regulă cu opioidele, deși în unele țări injectarea substanțelor stimulante cum ar fi amfetaminele sau cocaina reprezintă o problemă majoră. Injectarea catinonelor sintetice, deși nu reprezintă un fenomen larg răspândit, continuă să fie raportată în rândul anumitor grupuri de populație, printre care consumatorii de opiacee injectabile, pacienții aflați sub tratament pentru consumul de droguri în anumite țări, precum și grupuri restrânse de bărbați care fac sex cu bărbați. 16 țări dispun de estimări recente ale prevalenței consumului de droguri injectabile, care variază de la mai puțin de unul la peste nouă cazuri la 1 000 de persoane cu vârste cuprinse între 15 și 64 de ani.

Dintre consumatorii care s-au adresat serviciilor de tratament pentru prima dată în 2014 și care au raportat heroina ca drog primar, 33 % au menționat injectarea ca principală cale de administrare, în scădere de la 43 % în 2006 (figura 2.10). În cadrul acestui grup, nivelurile consumului prin injectare variază de la o țară la alta, de la 11 % în Spania la mai mult de 90 % în Letonia și România. Dintre consumatorii care se adresează serviciilor de tratament pentru prima dată și care raportează amfetaminele ca drog primar, 47 % raportează injectarea ca principală cale de administrare, cu o ușoară creștere generală începând cu anul 2006. Mai mult de 70 % dintre persoanele ce compun acest grup sunt din Republica Cehă și consumatori de metamfetamină. Luând împreună principalele trei droguri injectabile, în rândul consumatorilor din Europa care se adresează serviciilor de tratament pentru prima dată, injectarea ca principală cale de administrare a scăzut de la 28 % în 2006 la 20 % în 2014.

FIGURA 2.10

Prevalența injectării ca principală cale de administrare a drogului primar în ceea ce privește cazurile noi admise la tratament pentru prima dată



Consumul de droguri injectabile este cel mai frecvent asociat cu opioidele

MAI MULTE INFORMAȚII

Publicații EMCDDA

2016

Assessing illicit drugs in wastewater: advances in wastewater-based drug epidemiology, Detalii.

Recent changes in Europe's MDMA/ecstasy market, Rapid communication.

2015

Misuse of benzodiazepines among high-risk drug users, Perspective în materie de droguri.

2014

Exploring methamphetamine trends in Europe, Document EMCDDA.

Injection of cathinones, Perspective în materie de droguri.

2013

Characteristics of frequent and high-risk cannabis users, 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.

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, volume 2, part I: Epidemiology, and Part II: Health effects of cannabis use, Monografii.

Publicații comune EMCDDA și ESPAD

2012

Rezumatul Raportului ESPAD pe 2011.

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

3

Consumul de droguri ilegale reprezintă un factor recunoscut care contribuie la problema globală a bolilor

Efectele nocive ale drogurilor și răspunsurile la această problemă

Consumul de droguri ilegale reprezintă un factor recunoscut care contribuie la povara globală a bolilor. Sunt asociate consumului de droguri ilegale probleme de sănătate acute și cronice, iar diverși factori, printre care se numără calea de administrare, vulnerabilitatea persoanei și contextul social în care sunt consumate drogurile le agravează. Printre problemele cronice se numără dependența și bolile infecțioase asociate consumului de droguri. Există o serie de probleme de sănătate acute, unele dintre ele depinzând de drogurile consumate, supradozele de droguri fiind cel mai bine documentate dintre acestea. Deși relativ scăzut, consumul de opioide provoacă în continuare o mare parte a îmbolnăvirilor și deceselor cauzate de consumul de droguri. Riscurile cresc prin consumul de droguri injectabile. În schimb, deși problemele de sănătate cauzate de consumul de canabis sunt în mod evident mai mici, prevalența ridicată a consumului acestui drog ar putea avea implicații pentru sănătatea publică. Este dificil să discutăm despre efectele negative asociate consumului de substanțe psihoactive noi, atât din cauza numărului de substanțe de acest tip, cât și din cauza lipsei de informații cu privire la acestea.

Monitorizarea efectelor nocive ale drogurilor și răspunsurile la această problemă

Bolile infecțioase asociate consumului de droguri și îmbolnăvirile și decesele cauzate de consumul de droguri sunt principalele efecte nocive monitorizate în mod sistematic de EMCDDA. Acestea sunt completate cu date limitate cu privire la prezentările la unitățile de primiri urgențe în urma unor episoade acute asociate consumului de droguri și cu datele din sistemul de alertă timpurie al UE, care monitorizează efectele nocive asociate substanțelor psihoactive noi. Pentru informații suplimentare, consultați Indicatorii epidemiologici cheie, Buletinul statistic și sistemul de alertă timpurie.

Informațiile privind sănătatea și răspunsurile sociale la consumul de droguri și efectele nocive ale acestuia sunt furnizate către EMCDDA de către punctele focale naționale Reitox și grupurile de lucru formate din experți. Clasificările realizate de experți oferă informații suplimentare privind disponibilitatea intervențiilor, în cazurile în care nu sunt disponibile seturi de date mai formalizate. De asemenea, capitolul este fundamentat pe analize ale dovezilor științifice referitoare la eficacitatea intervențiilor în materie de sănătate publică. Informații suplimentare pe această temă pot fi consultate pe site-ul al EMCDDA, la rubricile Health and social responses profiles (Profilurile răspunsurilor medicale și sociale) și Best practice portal (Portalul de bune practici).

Prevenirea consumului de droguri si abordările privind intervenția timpurie au ca scop prevenirea consumului de droguri și a problemelor asociate, în timp ce tratamentul pentru dependența de droguri, implicând atât abordări psihosociale, cât și farmacologice, reprezintă răspunsul fundamental la problema dependenței. Unele intervenții de bază, cum ar fi tratamentul de substituție pentru opioide și programele de distribuire de ace și seringi, au fost dezvoltate în parte ca reacție la consumul de opioide injectabile și la problemele asociate, în special răspândirea bolilor infecțioase și decesele prin supradoză.

Efectele nocive ale consumului de canabis: noi perspective în materie de cercetare

Deși cercetările evidențiază în mod frecvent asocierile între consumul de droguri și diverse efecte nocive, relația de cauzalitate este mai dificil de demonstrat. Fiind cel mai consumat drog din Europa, efectele nocive asociate consumului de canabis ar putea avea un impact la nivelul populației. O analiză internațională recentă a Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) a examinat probele privind efectele nocive ale consumului de canabis. Aceasta a concluzionat că, deși este dificil de stabilit o relație cauzală între consumul de canabis și consecințele sociale și medicale, pot rezulta unele asocieri din studiile observaționale. În ceea ce privește efectele adverse ale consumului cronic de canabis, s-a dovedit că persoanele care consumă canabis în mod regulat și pe termen lung sunt expuse unui risc de două ori mai mare de a se confrunta cu simptome și tulburări psihotice, unui risc mai mare de a dezvolta probleme respiratorii și ar putea dezvolta un sindrom de dependență. Consumul regulat de canabis în adolescență a fost asociat cu un risc crescut de a fi diagnosticat cu schizofrenie, iar în cazul în care consumul a continuat pe perioada tinereții, pare a fi asociat cu o incapacitate intelectuală. Cu toate acestea, ar putea avea o anumită importanță rolul problemelor somatice și de sănătate mintală preexistente și al altor factori de confuzie, iar acesta este un subiect care necesită cercetare suplimentară.

Prevenirea: programele la nivelul familiei

Consumul de canabis în rândul tinerilor, de multe ori în combinație cu consumul de alcool și tutun, constituie unul dintre punctele importante ale strategiilor de prevenire în Europa. Prevenirea consumului de droguri și a problemelor legate de acesta în rândul tinerilor se poate face printr-o gamă largă de abordări. Strategiile de mediu și cele universale vizează populația în ansamblu, prevenirea selectivă se adresează grupurilor vulnerabile care pot fi mai expuse riscului de a se confrunta cu probleme legate de consumul de droguri, iar prevenirea indicată se concentrează pe persoanele aflate în situație de risc.

Multe activități de prevenire a consumului de droguri au loc în mediul școlar, unde există o bază relativ solidă de dovezi pentru unele abordări. În mod similar, intervențiile care vizează familiile au fost evaluate pozitiv în ceea ce privește prevenirea unei serii de comportamente problematice, inclusiv consumul de droguri.

Programele de prevenire la nivelul familiei îi instruiesc de obicei pe părinți în vederea sprijinirii copiilor în obținerea rezultatelor de dezvoltare specifice vârstei (inclusiv controlul impulsurilor, competențe sociale și întârzierea obținerii recompenselor), care sunt asociate cu un risc redus privind consumul de substanțe și alte probleme de comportament. Prevenirea universală la nivelul familiei se adresează tuturor familiilor din cadrul populației, intervențiile fiind axate pe diferite stadii de dezvoltare a copilului, în timp ce programele selective se adresează familiilor marginalizate și vulnerabile, inclusiv celor afectate de problemele părinților care consumă substanțe interzise. Cu toate că în majoritatea țărilor există intervenții în materie de prevenire pentru familiile vulnerabile, evaluările experților din 2013 indică faptul că sfera de aplicare a acestora este adesea restrânsă.

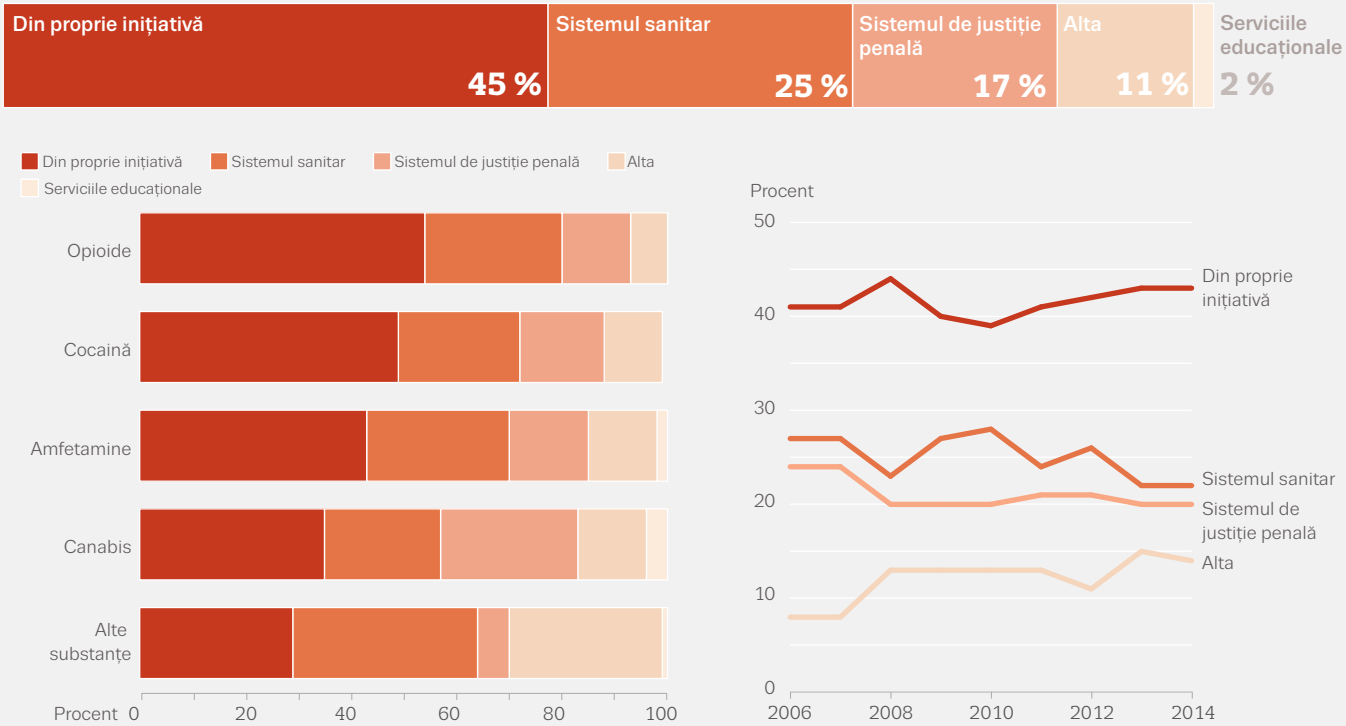
Se cunosc relativ puține lucruri despre conținutul multor intervenții la nivelul familiei. Excepție face Programul pentru consolidarea familiilor, care oferă cursuri de formare în domeniul aptitudinilor parentale și care fost pus în aplicare în 13 țări europene. De asemenea, acest program apreciat la nivel internațional urmărește să înlăture obstacolele din calea participării părinților vulnerabili, prin asigurarea transportului și a îngrijirii copiilor.

Au fost elaborate noi abordări care sunt limitate în timp, iar punerea lor în aplicare necesită mai puține resurse. Programul EFFEKT de exemplu, constând în câteva sesiuni scurte, a arătat că îmbunătățirea monitorizării parentale și

Multe activități de prevenire a consumului de droguri au loc în mediul școlar

FIGURA 3.1

Sursa trimiterilor în cazul consumatorilor care au fost admiși la tratament specializat pentru consumul de droguri în Europa în 2014



„Sistemul de justiție penală" cuprinde instanțele, poliția și serviciile de probațiune; „sistemul sanitar" cuprinde medici generaliști, alte centre de tratament pentru dependența de droguri și servicii sanitare, medicale și sociale; „din proprie inițiativă" se referă la consumator, familie și prieteni. În graficul privind tendințele, trimiterile prin intermediul serviciilor educaționale sunt incluse în categoria „Alta".

stabilirea regulilor poate fi eficientă în reducerea consumului de alcool și îmbunătățirea controlului impulsurilor în rândul tinerilor din Țările de Jos și Suedia.

Tratamentul specializat: mecanisme de trimitere

Pentru numărul relativ mic, dar semnificativ de persoane care au probleme asociate consumului de droguri, inclusiv dependența, tratamentul pentru consumul de droguri constituie intervenția principală. Asigurarea unui acces corespunzător la serviciile de tratament adecvate constituie un obiectiv esențial în materie de politică.

O perspectivă asupra mecanismelor și traseelor care conduc la tratament pentru consumul de droguri este furnizată de datele cu privire la sursele trimiterilor. În 2014, 45 % dintre pacienții care au început un tratament specializat pentru dependența de droguri în Europa au făcut acest lucru fie din proprie inițiativă, fie trimiși de către un membru al familiei, deși procentul a variat în funcție de drog (a se vedea figura 3.1) și în funcție de țară. În general, un sfert din cazurile noi admise la tratament au fost trimise de serviciile de sănătate și 17 % de sistemul de justiție penală. Dintre toți pacienții sub tratament, în cazul consumatorilor de canabis a fost cel mai probabil ca aceștia să fie trimiși de sistemul de justiție penală. În Ungaria, această sursă a fost la originea a aproximativ trei sferturi (74 %) din trimiterile la tratament pentru dependența de canabis. Tendințele generale privind sursele trimiterilor au rămas în mare parte stabile între 2006 și 2014.

În anumite țări au fost instituite sisteme de deturnare a infractorilor din domeniul drogurilor de la sistemul de justiție penală către programele de tratament pentru consumatori. Aceasta poate presupune existența unei hotărâri judecătorești de urmare a unui tratament sau o pedeapsă cu suspendare condiționată de urmarea tratamentului, dar în unele țări deturnarea este posibilă și în etapele timpurii.

FIGURA 3.2

Tendințe în ceea ce privește procentul consumatorilor care beneficiază de servicii de tratament specializat pentru consumul de droguri, pentru fiecare drog primar

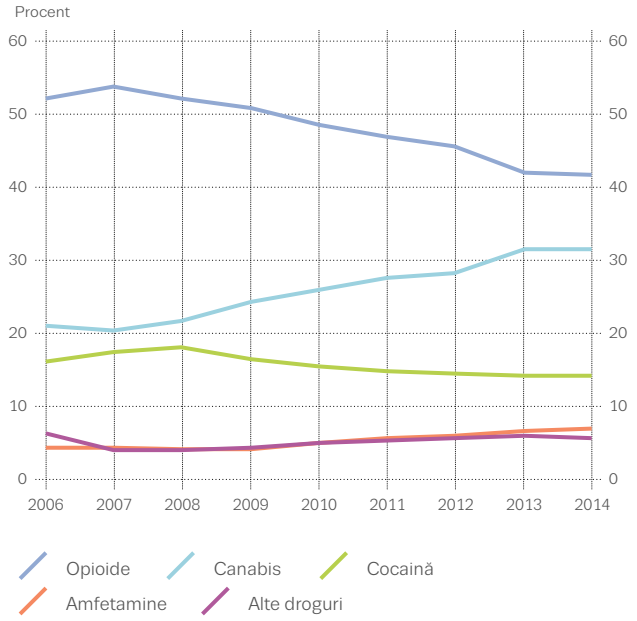
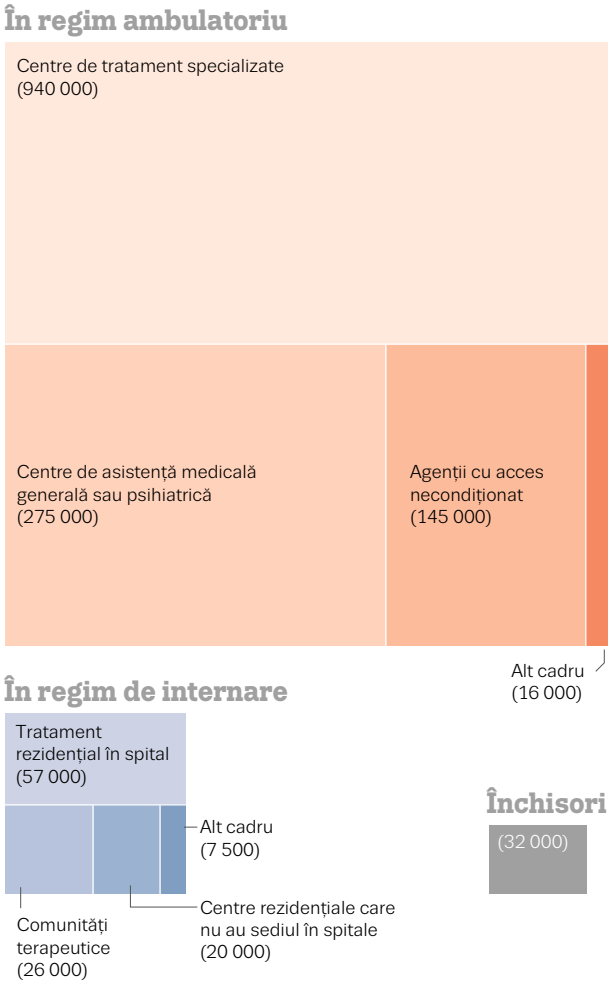


FIGURA 3.3

Numărul persoanelor tratate pentru consumul de droguri în Europa în 2014, în funcție de cadrul în care are loc tratamentul



Majoritatea tratamentelor pentru dependența de droguri sunt furnizate în regim ambulatoriu

Se estimează că aproximativ 1,2 milioane de persoane au primit tratament pentru consumul de droguri ilegale în Uniunea Europeană în 2014 (1,5 milioane incluzând Norvegia și Turcia). Consumatorii de opioide reprezintă cel mai mare grup care urmează tratament specializat și consumă cea mai mare parte a resurselor de tratament disponibile, în special sub forma tratamentului de substituție. Consumatorii de canabis și cocaină constituie al doilea și al treilea grup ca mărime care încep un tratament (figura 3.2), intervențiile psihosociale fiind principala modalitate de tratament pentru acești pacienți. Totuși, diferențele între țări pot fi foarte mari, consumatorii de opioide reprezentând până la 88 % din cazurile noi admise la tratament în unele țări și mai puțin de 10 % în altele.

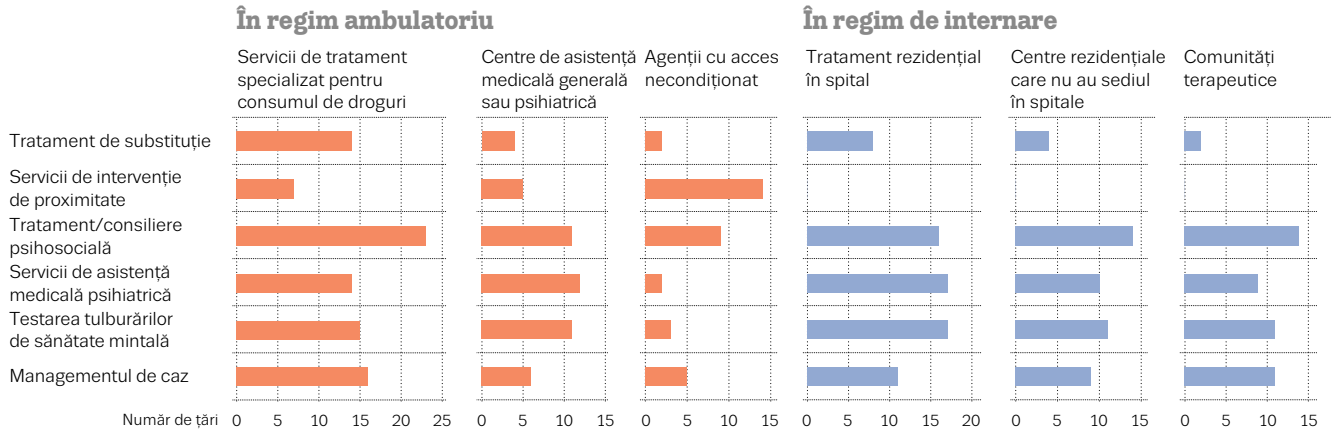
Majoritatea tratamentelor pentru dependența de droguri din Europa se furnizează în regim ambulatoriu, iar centrele specializate de asistență în ambulatoriu constituie cel mai mare furnizor de servicii de acest tip din punctul de vedere al numărului de consumatori tratați (figura 3.3), fiind urmate de centrele de asistență medicală. Printre acestea se numără cabinetele medicilor generaliști, care prescriu tratamentele de substituție pentru opioide în unele țări mari precum Germania și Franța. În alte părți, de exemplu în Slovenia și Finlanda, centrele de sănătate mintală pot juca un rol esențial în furnizarea tratamentului ambulatoriu.

Câteva dintre tratamentele din Europa sunt furnizate în regim de internare, inclusiv în centre rezidențiale cu sediul în spitale (de exemplu, spitale de psihiatrie), în comunități terapeutice și în centre specializate de tratament rezidențial. Importanța relativă în cadrul sistemelor naționale de tratament a serviciilor oferite în regim ambulatoriu și în regim de internare variază foarte mult de la o țară la alta. Avizele specialiștilor pot oferi o imagine de ansamblu asupra disponibilității intervențiilor selectate în diferite regimuri de tratament din Europa (a se vedea figura 3.4).

Din ce în ce mai des se furnizează online o gamă largă de intervenții în vederea prevenirii și a tratamentului consumului de droguri. Intervențiile prin internet au oferit posibilitatea extinderii razei de acțiune și a acoperirii geografice a programelor de tratament pentru persoanele care se confruntă cu probleme legate de consumul de droguri și care nu pot avea acces în alt mod la serviciile specializate în materie de droguri.

FIGURA 3.4

Privire de ansamblu asupra disponibilității crescute (> 75 %) a intervențiilor selectate, în funcție de cadru (evaluări ale experților)



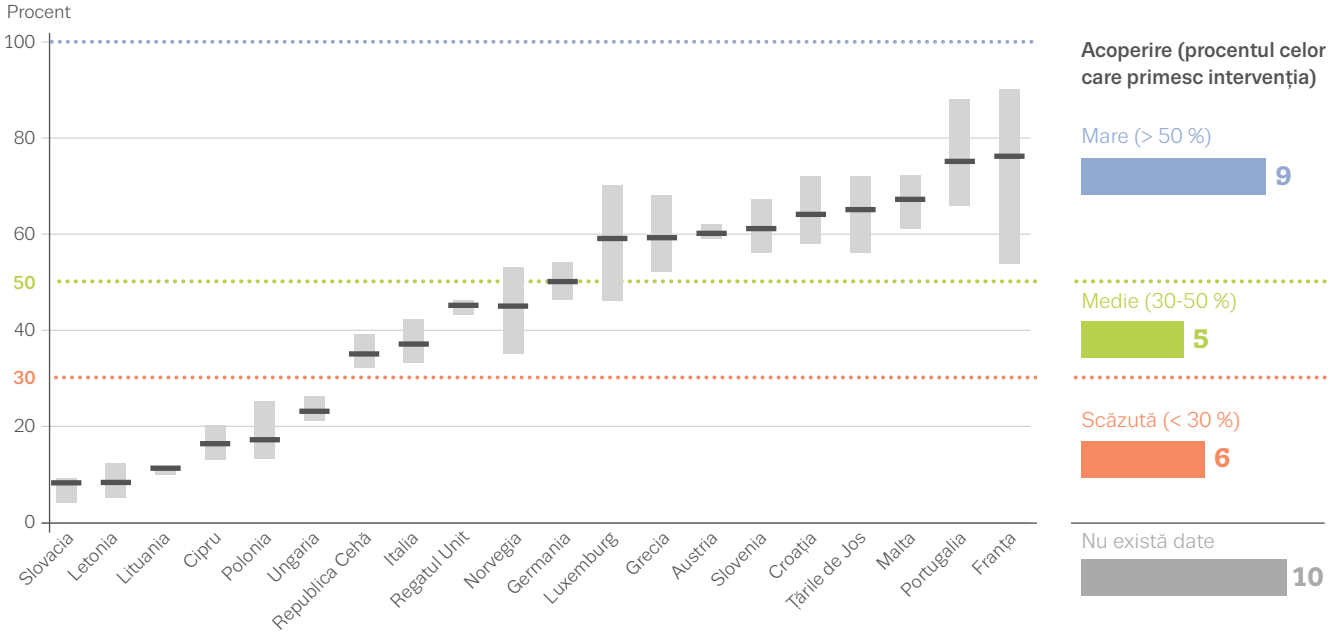
Tratamentul de substituție pentru problemele legate de consumul de opioide

Tratamentul de substituție, combinat de regulă cu intervențiile psihosociale, reprezintă cea mai răspândită formă de tratament pentru dependența de opiacee. Această abordare este susținută de dovezile existente, fiind constatate rezultate pozitive în ceea ce privește continuarea tratamentului, consumul de opioide ilegale, comportamentul de risc raportat și efectele nocive și decesele asociate consumului de droguri.

Se estimează că, în 2014, aproximativ 644 000 de consumatori de opioide au beneficiat de tratament de substituție în Uniunea Europeană (680 000 incluzând Norvegia și Turcia), iar cifrele au scăzut cu aproximativ 50 000 din 2010. Estimările privind consumatorii de opioide ar sugera că, în general, cel puțin 50 % beneficiază de un tratament de substituție. Cu toate acestea, această estimare trebuie tratată cu prudență din motive metodologice, existând diferențe considerabile și la nivel național (figura 3.5).

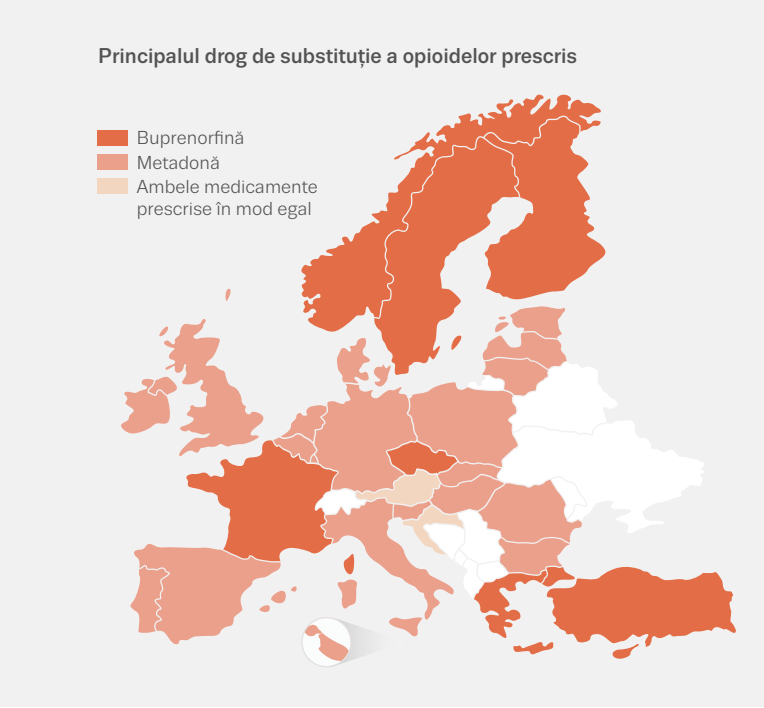
FIGURA 3.5

Procentul consumatorilor de opioide de mare risc care primesc tratament de substituție (estimare)



Date afișate ca estimări punctuale și intervale de incertitudine.

FIGURA 3.6



Metadona este drogul de substituție pentru opioide prescris cel mai frecvent

Metadona este drogul de substituție pentru opioide prescris cel mai frecvent și pe care îl primesc peste 61 % dintre consumatorii care urmează tratament de substituție. Alți 37 % dintre consumatori sunt tratați cu medicamente pe bază de buprenorfină, care reprezintă drogul de substituție utilizat în principal în șapte țări (figura 3.6). Alte substanțe, precum morfina cu eliberare lentă sau diacetilmorfina (heroina), sunt prescrise doar ocazional și se estimează că le primesc doar 2 % din numărul celor care beneficiază de tratament de substituție în Europa.

Deși sunt mai puțin utilizate decât tratamentul de substituție, opțiuni alternative de tratament pentru consumatorii de opioide sunt disponibile în toate țările europene. În cele nouă țări pentru care sunt disponibile date, între 2 % și 30 % din totalul consumatorilor de opioide care urmează tratament primesc intervenții care nu implică tratament de substituție pentru opioide (figura 3.7).

Furnizarea tratamentului potrivit pentru nevoile pacientului

Pacienții care utilizează serviciile de tratament în Europa au nevoi diferite și adesea necesită intervenții care trebuie să abordeze o gamă complexă de probleme. Asigurarea cooperării între serviciile pentru consumatorii de droguri și alți furnizori din domeniul medical și social este, prin urmare, o componentă esențială a unei reacții eficiente în acest domeniu.

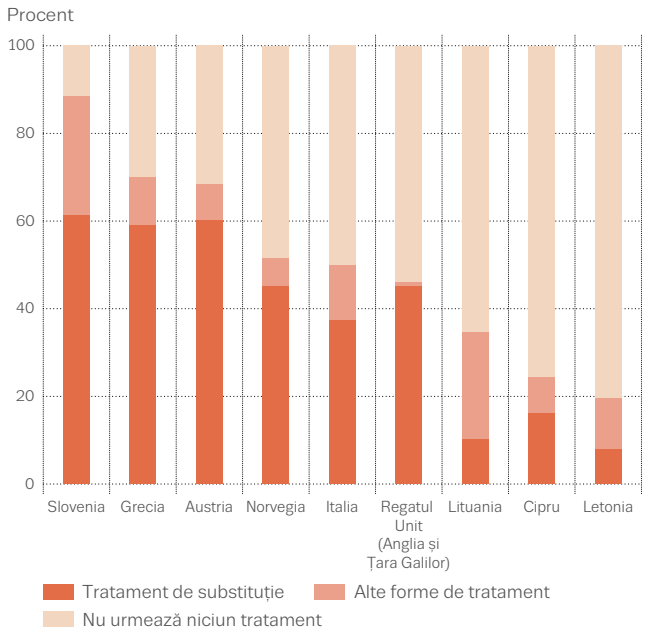
Dat fiind că majoritatea cazurilor noi admise la tratament se datorează consumului mai multor substanțe psihoactive, iar unii dintre aceștia au probleme din cauza mai multor substanțe, sunt importante evaluarea serviciilor pentru consumatorii de droguri și planurile de tratament care abordează policonsumul. O observație este aceea că poate fi deosebit de important să se identifice anumite combinații de substanțe, din cauza riscului ridicat pe care îl reprezintă – inclusiv un risc mai mare de supradoză. Un exemplu relevant în acest sens este consumul de opioide în combinație cu benzodiazepine. Analizele arată că trei sferturi dintre pacienții care se adresează serviciilor de tratament pentru probleme legate de consumul de droguri sunt înregistrați în mod oficial ca fiind consumatori ai mai multor substanțe, consumatorii primari de opioide, cocaină și de amfetamină raportând cel mai frecvent canabisul și alcoolul ca droguri secundare. În plus, mulți consumatori primari de opioide raportează, de asemenea, consumul de cocaină ca drog secundar.

Comorbiditatea între consumul de substanțe și tulburările de sănătate mintală se referă la apariția a două afecțiuni clinice în același timp la aceeași persoană. Există, de asemenea, o asociere între unele tulburări de sănătate mintală și tulburările asociate consumului de substanțe. Astfel, comorbiditatea constituie o provocare atât pentru serviciile de tratament pentru consumul de droguri, cât și pentru serviciile de sănătate mintală. Într-o analiză recentă, comorbiditățile psihiatrice cel mai frecvent identificate în rândul consumatorilor de substanțe ilegale au fost depresia majoră, tulburările de anxietate (în principal, panica și tulburările de stres post-traumatic) și tulburările de personalitate (în principal comportamentul antisocial și tulburarea borderline). În ciuda importanței acestei chestiuni, este dificil de stabilit amploarea problemei, deoarece datele disponibile sunt limitate și eterogene.

Există indicii că femeile care urmează un tratament pentru consumul de droguri pot avea nevoi mai complexe, în special în ceea ce privește comorbiditatea și responsabilitățile privind îngrijirea copiilor, și necesită servicii mai bine țintite și sensibile la gen. În timp ce femeile reprezintă doar 20 % din cazurile noi admise la tratament specializat (există un raport de 4:1 între bărbați și femei), această diferență variază în funcție de țară, situându-se între 5 % și 34 %, și este mai puțin pronunțată printre cazurile noi admise la tratament pentru prima dată. Motivele pentru care există un număr mai mic de femei care încep un tratament pentru consumul de droguri sunt variate; printre acestea se numără diferențele între sexe în ceea ce privește prevalența consumului problematic și probabilitatea de raportare a consumului problematic, precum și problemele legate de acces și caracterul adecvat al furnizării de servicii.

FIGURA 3.7

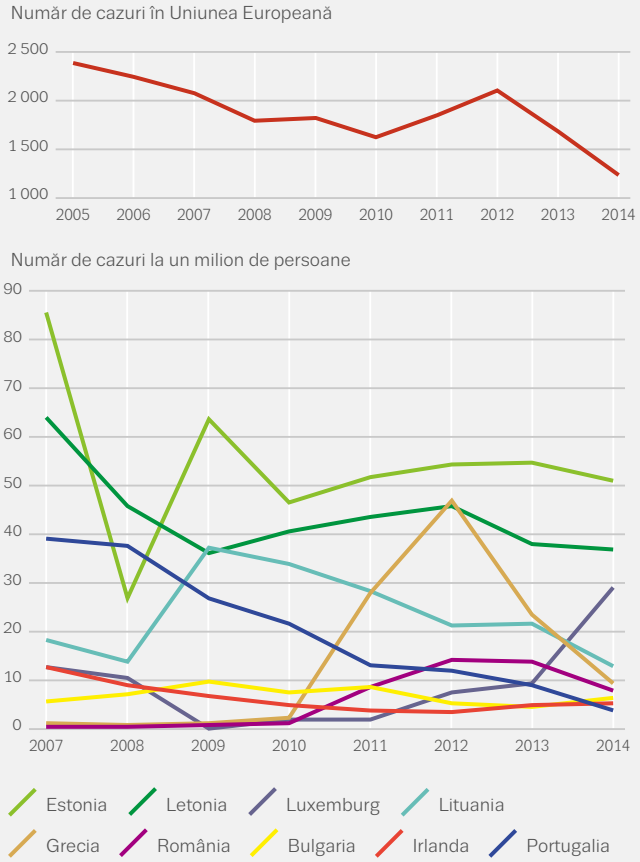
Procentul de consumatori de opioide de mare risc care primesc tratament pentru consumul de droguri (estimare)

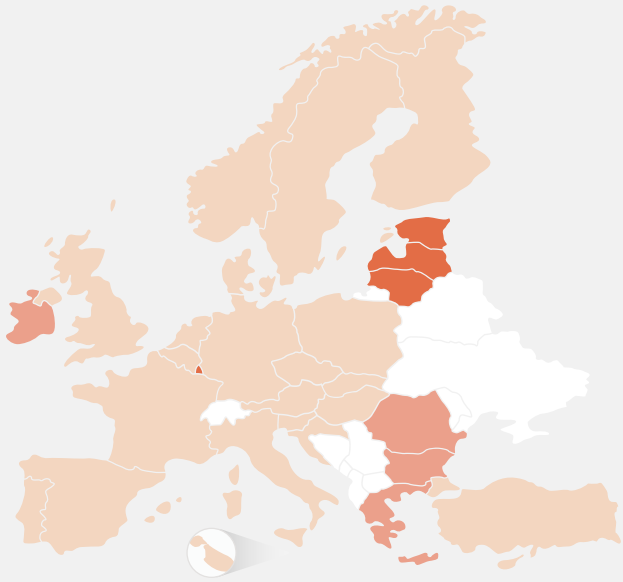


Femeile care urmează un tratament pentru consumul de droguri pot avea nevoi mai complexe

FIGURA 3.8

Noi cazuri diagnosticate de HIV asociate consumului de droguri injectabile: tendințele generale și selectate și datele cele mai recente





Date la nivelul anului 2014 (sursa: ECDC).

Focarele de transmitere a HIV: consumatorii de droguri stimulante injectabile

Consumatorii de droguri și, în special, consumatorii de droguri injectabile, sunt expuși riscului de contractare a unor boli infecțioase prin folosirea în comun a echipamentului pentru consumul de droguri și prin contactele sexuale neprotejate. Injectarea drogurilor continuă să joace un rol important în transmiterea prin sânge a bolilor infecțioase, precum virusul hepatitei C (HCV) și, în unele țări, virusul imunodeficienței umane (HIV). Din totalul de cazuri de infectare cu HIV raportate în Europa a căror cale de transmitere este cunoscută, procentajul atribuit consumului de droguri injectabile se menține scăzut și stabil (sub 8 % în ultimul deceniu). Cu toate acestea, au fost raportate rate mai mari pentru Lituania (32 %), Letonia (31 %), Estonia (28 %) și România (25 %).

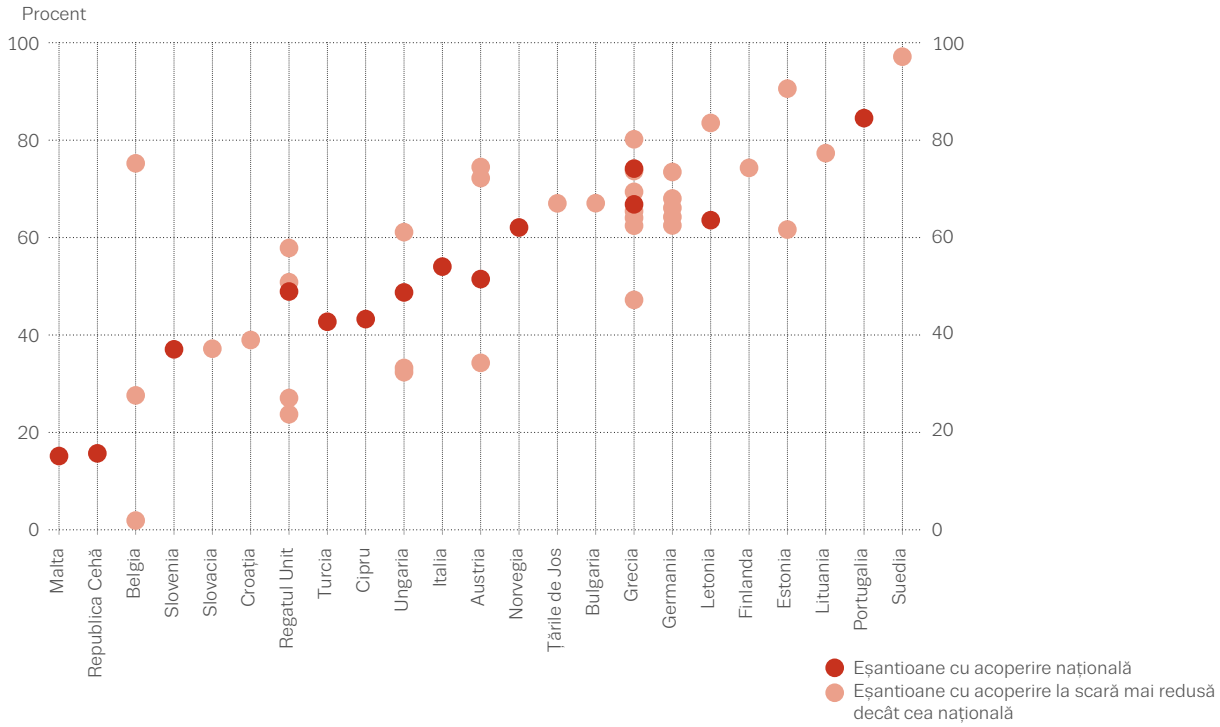
Cele mai recente date arată o continuare a tendinței descendente pe termen lung a numărului de noi diagnosticări cu HIV în rândul consumatorilor de droguri injectabile din Uniunea Europeană. În 2014, rata medie a noilor îmbolnăviri cu HIV raportate care pot fi atribuite consumului de droguri injectabile a fost de 2,4 la un milion de persoane, reprezentând mai puțin de jumătate din rata aferentă anului 2005 (5,6 la un milion de persoane). Cu toate acestea, au fost raportate rate mai mari într-o serie de țări, în special în Estonia și Letonia. În Grecia și România, țări în care au existat anterior focare locale, ratele de noi îmbolnăviri raportate au scăzut din 2012 (figura 3.8).

În 2014 au fost raportate în Uniunea Europeană 1 236 de noi îmbolnăviri cu HIV asociate consumului de droguri injectabile, cel mai mic număr raportat timp de mai mult de un deceniu. Cu toate acestea, în 2015 au fost documentate focare localizate de noi infecții cu HIV în rândul persoanelor care consumă droguri injectabile din Irlanda, Regatul Unit (Scoția) și Luxemburg. Modificările modelelor consumului de droguri, în special rata crescută a consumului de droguri stimulante injectabile, precum și nivelul ridicat al marginalizării constituie factori comuni într-o serie de focare recente de HIV.

În 2014, 15 % din noile cazuri de SIDA din Europa au fost atribuite consumului de droguri injectabile, 590 de notificări reprezentând puțin peste un sfert din numărul raportat cu zece ani în urmă. Diagnosticarea timpurie este esențială în prevenirea evoluției de la infecția cu HIV la

FIGURA 3.9

Prevalența anticorpilor HCV în rândul consumatorilor de droguri injectabile, 2013-2014



SIDA, iar acest lucru este deosebit de relevant în ceea ce privește consumatorii de droguri injectabile, care reprezintă grupul transmițător cu cea mai mare pondere a consumatorilor care apelează la serviciile medicale într-un stadiu avansat al infecției (61 %). În plus, în unele țări, cum ar fi Grecia, Letonia și România, în care numărul de noi diagnosticări cu SIDA rămâne la un nivel ridicat, testarea HIV și răspunsul la tratament pot necesita îmbunătățiri.

Efectele negative ale consumului de droguri injectabile: principalele boli

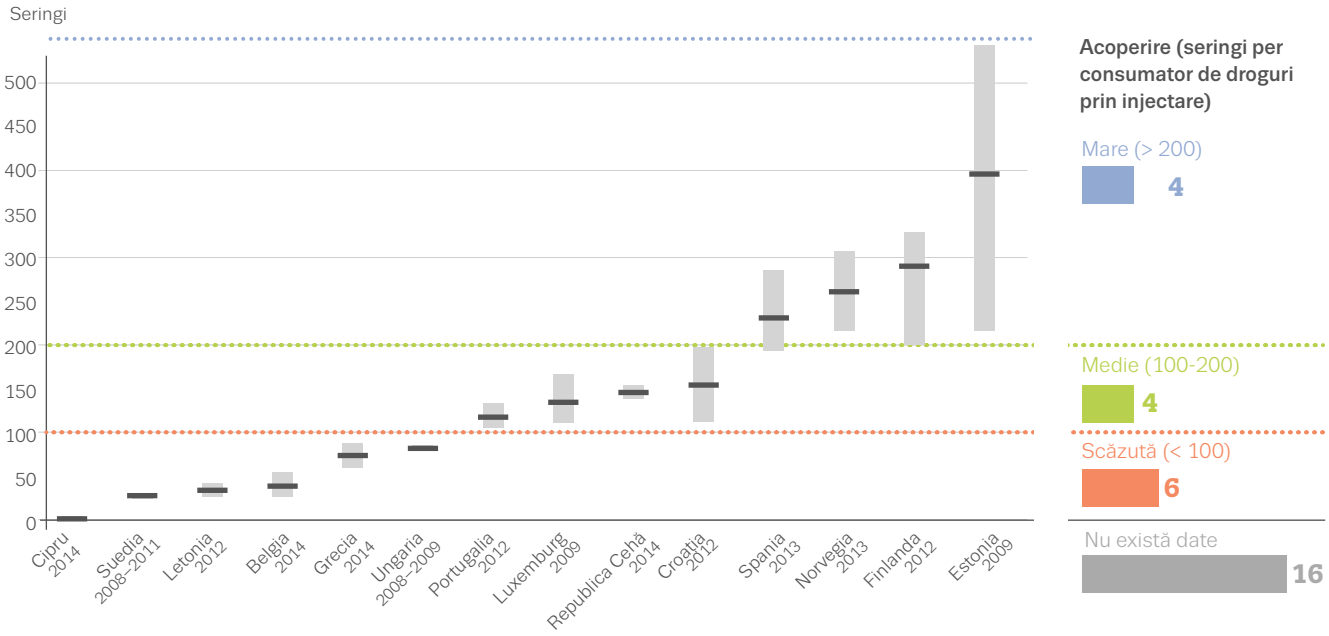
Hepatita virală, în special infecția cauzată de virusul hepatitei C (HCV), este extrem de frecventă în rândul consumatorilor de droguri injectabile din Europa. Acest lucru ar putea avea consecințe importante pe termen lung, deoarece este probabil ca infectarea cu HCV, adesea agravată de consumul mare de alcool, să fie responsabilă pentru numărul tot mai mare de boli de ficat, inclusiv ciroză și cancer hepatic, în rândul consumatorilor de droguri de mare risc, un grup în curs de îmbătrânire.

Nivelurile ridicate de anticorpi HCV (care indică o infecție în prezent sau în trecut) înregistrate în eșantioanele naționale de consumatori de droguri injectabile în 2013-2014 au variat între 15 % și 84 %, șase dintre cele treisprezece țări care dispun de date naționale raportând o rată a prevalenței de peste 50 % (figura 3.9). Între țările care dispun de date naționale privind tendințele pentru perioada 2006-2014, cinci țări au raportat o creștere a prevalenței anticorpilor HCV în rândul consumatorilor de droguri injectabile, în timp ce în Malta și Norvegia s-a observat o scădere.

Consumul de droguri injectabile constituie un factor de risc pentru alte boli infecțioase, inclusiv hepatita B, tetanosul și botulismul. Focare și cazuri sporadice de botulism al plăgilor în rândul consumatorilor de droguri injectabile au fost raportate în Europa, inclusiv în Norvegia și Regatul Unit, între 2013 și 2015. Infecțiile bacteriene la locul injectării sunt, de asemenea, frecvente, un focar mare de infecții ale țesuturilor moi fiind raportat în Scoția în 2015.

FIGURA 3.10

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



Date afișate ca estimări punctuale și intervale de incertitudine.

Bolile infecțioase: măsuri de prevenire

Printre principalele abordări adoptate pentru a reduce bolile infecțioase asociate consumului de droguri în rândul persoanelor care își injectează droguri se numără furnizarea de tratament de substituție pentru opioide, furnizarea de echipamente de injectare, analize, tratament pentru hepatita C și tratamentul antiretroviral pentru HIV.

Pentru consumatorii de opioide injectabile, urmarea tratamentului de substituție scade în mod semnificativ riscul de infectare, unele analize indicând creșterea nivelului de protecție atunci când un tratament de mare acoperire se combină cu un număr mare de seringi furnizate.

S-a demonstrat că programele de distribuire de ace și seringi pot reduce comportamentul de risc al consumatorilor de droguri injectabile și, prin urmare, pot reduce transmiterea HIV în rândul persoanelor care își injectează droguri. Aproape toate țările furnizează în mod gratuit echipamente de injectare curate la punctele de distribuție specializate. Cu toate acestea, distribuția geografică a punctelor de distribuție a seringilor, precum și estimările privind numărul de seringi distribuite variază considerabil de la o țară la alta (figura 3.10). Sunt disponibile informații din 23 de țări privind furnizarea de seringi prin programe specializate, care raportează împreună distribuirea a aproximativ 36 de milioane de seringi în 2014. Acest număr este subevaluat, deoarece mai multe țări mari, cum ar fi Franța, Germania, Italia și Regatul Unit, nu raportează date naționale complete cu privire la furnizarea de seringi.

Analizele pentru bolile infecțioase și tratamentul acestora pot contribui la reducerea incidenței și a prevalenței infecțiilor în rândul consumatorilor de droguri. Analizele pot crește gradul de conștientizare la nivel personal privind existența unei infecții și pot sprijini începerea din timp a tratamentului. Cu toate acestea, stigmatizarea și marginalizarea, precum și cunoștințele limitate despre opțiunile de testare și de tratament constituie în continuare obstacole în calea administrării tratamentului. Datele clinice susțin inițierea tratamentului antiretroviral imediat după diagnosticarea infecției cu HIV, pentru a împiedica slăbirea suplimentară a funcției imune.

Reducerea țintită a efectelor negative și intervențiile în domeniul sănătății sexuale sunt, de asemenea, importante atunci când sunt abordate noile modele de injectare și de comportamente sexuale raportate în cadrul unor grupuri mici de bărbați care fac sex cu bărbați. Stabilirea unor legături între droguri și serviciile de sănătate sexuală poate fi deosebit de importantă, alături de furnizarea de educație pentru sănătate, echipamente sterile de injectare și, în unele cazuri, de profilaxia realizată înainte de expunere, cu medicamente antiretrovirale.

Hepatita C: tratamente noi

Măsurile de prevenire îndreptate împotriva transmiterii virusului hepatitei C sunt similare celor pentru HIV. Deoarece infecția cu HCV este foarte răspândită în rândul persoanelor care își injectează drogurile, reducerea numărului de persoane care pot transmite infecția, oferindu-le tratament împotriva HCV, constituie o componentă esențială a unui răspuns cuprinzător privind prevenirea. Noile orientări europene recomandă furnizarea tratamentului împotriva HCV consumatorilor de droguri în mod personalizat și livrarea acestuia într-un cadru multidisciplinar. Începând din anul 2013 sunt disponibile regimurile în întregime pe cale orală, fără interferon, cu agenți antivirali cu acțiune directă; acestea devin pilonul de bază pentru tratamentul infecției cu HCV. Aceste medicamente sunt extrem de eficiente și au mai puține efecte secundare decât medicamentele mai vechi, iar tratamentul cu acestea are o durată mai scurtă. În plus, tratamentul cu aceste medicamente poate fi oferit în cadrul serviciilor specializate pentru consumatorii de droguri în cadrul comunității, ceea ce poate crește gradul de administrare a tratamentului și disponibilitatea.

Noile medicamente anti-HCV sunt scumpe în comparație cu medicamentele mai vechi. Într-un studiu efectuat pe un număr de 21 de țări din UE în 2015, EMCDDA a constatat că costul mediu de referință pentru trei luni de tratament cu un nou medicament a fost de aproximativ 60 000 EUR, în timp ce costul tratamentului cu medicamente din generația anterioară era între 17 000 și 26 000 EUR. Având în vedere prevalența ridicată a infecției cu HCV în rândul consumatorilor de droguri injectabile, asigurarea unui acces optim la medicamente noi și promițătoare continuă să reprezinte o provocare majoră pentru factorii de decizie.

Sănătatea în penitenciare: necesitatea unui răspuns cuprinzător

Deținuții raportează rate mai mari ale consumului de droguri de-a lungul vieții decât populația generală și modele de consum mai dăunătoare, fapt ilustrat de studii recente potrivit cărora ponderea deținuților care au consumat la un moment dat droguri injectabile este cuprinsă între 6 % și 48 %. Prevalența ridicată a consumului de droguri de-a lungul vieții în rândul deținuților înseamnă că aceștia sunt o populație cu nevoi complexe în materie de asistență medicală, iar evaluarea temeinică a stării de sănătate la momentul intrării în arest constituie o intervenție importantă. OMS recomandă introducerea unui pachet de măsuri de prevenire în închisori, cum ar fi testarea gratuită și voluntar pentru boli infecțioase, distribuirea de prezervative și echipament steril de injectare, tratamentul împotriva bolilor infecțioase și tratamentul pentru dependența de droguri.

Multe țări dispun în prezent de parteneriate între agenții, între serviciile medicale din penitenciare și furnizori din cadrul comunității, asigurând astfel furnizarea educației pentru sănătate și a intervențiilor de tratament în închisoare, precum și continuitatea asistenței de la intrarea până la eliberarea din arest. Disponibilitatea tratamentului de substituție pentru opioide în închisori este raportată de 27 dintre cele 30 de țări monitorizate de EMCDDA. În general, se pare că tratamentul de substituție este disponibil pentru un număr tot mai mare de deținuți, reflectând din ce în ce mai mult disponibilitatea acestuia pe scară largă în comunitate. Furnizarea de echipament steril de injectare este mai puțin frecventă, doar trei țări raportând existența unor programe de distribuire de seringi în acest cadru.

Urgențele spitalicești: o perspectivă asupra problemelor acute

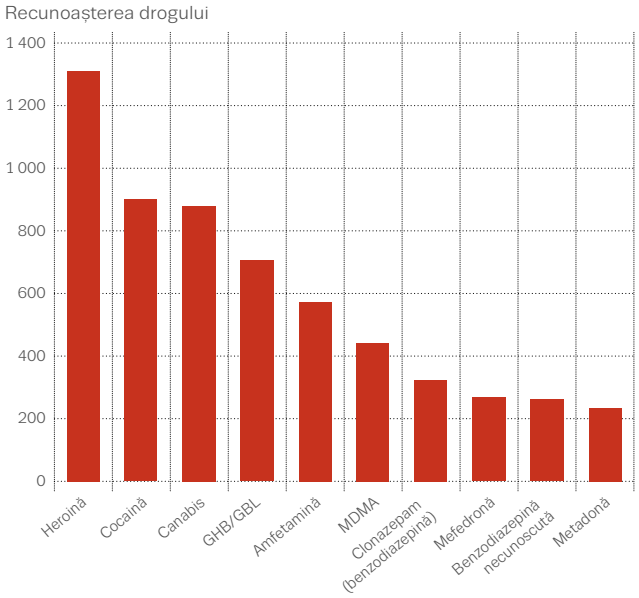
O perspectivă unică asupra problemelor acute de sănătate este oferită de datele privind urgențele spitalicești. O analiză din 2014,realizată de Rețeaua europeană privind urgențele cauzate de consumul de droguri (Euro-DEN), care monitorizează situația urgențelor asociate consumului de droguri în 16 spitale (santinelă) selectate din 10 țări europene, a constatat că bărbații (76 %) și adulții tineri (având vârsta medie de 32 de ani în cazul bărbaților și 28 de ani în cazul femeilor) au constituit majoritatea celor 5 409 prezentări raportate. 24 % dintre persoanele care s-au prezentat la urgențe erau consumatori de heroină, 17 % de cocaină, iar 16 % de canabis.

În multe dintre cazuri s-au găsit mai multe droguri, având loc 8 358 de identificări de droguri în rândul celor 5 409 prezentări (figura 3.11). În cazul a două treimi dintre prezentări era vorba despre consumul de droguri clasice, cum ar fi heroina, cocaina, canabisul, amfetamina și MDMA; un sfert dintre persoane consumau medicamente eliberate pe bază de rețetă sau comercializate liber (cel mai frecvent opioide și benzodiazepine); iar 6 % consumaseră substanțe psihoactive noi. Heroina a fost drogul cel mai frecvent raportat în general și opioidul cel mai frecvent raportat (67 % dintre opioidele raportate), urmată de metadonă (12 %) și buprenorfină (5 %), modelele variind de la o unitate de primiri urgențe la alta. Peste trei sferturi dintre prezentările cu substanțe psihoactive noi s-au datorat catinonei, iar două treimi dintre acestea s-au datorat mefedronei.

Drogurile raportate în prezentările la unitățile de primiri urgențe au fost diferite de la un spital la altul, reflectând modelele locale de consum de droguri de risc. De exemplu, urgențele asociate consumului de heroină și amfetamine au fost înregistrate cel mai frecvent la Oslo, în timp ce prezentările asociate consumului de GHB/GBL, cocaină, mefedronă și MDMA au fost preponderente la Londra, reflectând modelele locale de consum asociate cu mediile recreative și localurile de noapte.

FIGURA 3.11

Cele mai frecvente 10 droguri înregistrate în cadrul prezentărilor la unitățile de primiri urgențe ale spitalelor santinelă în 2014



NB: Rezultatele aferente celor 5 409 de prezentări la unitățile de primiri urgențe a 16 spitale santinelă din 10 țări europene.
Sursa: Rețeaua europeană privind urgențele cauzate de consumul de droguri (Euro-DEN).

Cea mai mare parte (79 %) a persoanelor care s-au prezentat cu probleme legate de consumul de droguri au fost externate din spital în termen de 12 ore. În total s-au înregistrat 27 de decese (0,5 % din toate prezentările), dintre care majoritatea s-au datorat opioidelor.

Puține țări au instituit sisteme naționale de monitorizare care să permită o analiză a tendințelor în intoxicațiile acute legate de droguri. Dintre țările cu o monitorizare pe termen mai lung, rapoartele arată că numărul prezentărilor la urgențe din cauza unor probleme acute asociate consumului de heroină este în creștere în Regatul Unit, iar în Republica Cehă și în Danemarca este în scădere. Ultimele două țări au raportat o creștere a numărului de urgențe asociate consumului de alte opioide. În Spania s-a observat o creștere continuă a numărului prezentărilor la unitățile de primiri urgențe în urma unor episoade acute asociate consumului de canabis, în timp ce Țările de Jos raportează o creștere a numărului persoanelor intoxicate cu MDMA care se prezintă la punctele de prim ajutor la festivaluri și a intoxicațiilor acute asociate consumului noii substanțe psihoactive 4-FA (4-fluoramfetamină).

Drogurile noi: provocările în materie de sănătate

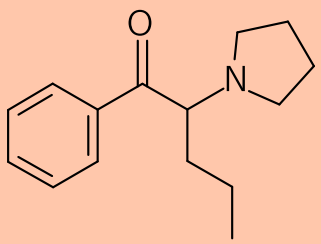
Substanțele noi au fost asociate cu o serie de probleme grave în Europa, inclusiv cazuri de intoxicație acută și decese. Există, de asemenea, efecte nocive asociate cu modelele consumului de droguri injectabile, în special cu drogurile stimulante, cum ar fi mefedrona, alfa-PVP, MDPV și pentedrona. Intoxicațiile în masă, deși rare, pot pune o mare presiune pe sistemele de asistență medicală. Într-un astfel de incident, raportat în Polonia în 2015, canabinoidele sintetice au fost asociate cu peste 200 de prezentări la spitalele de urgență în mai puțin de o săptămână.

De la începutul anului 2014, efectele nocive grave asociate cu consumul unei substanțe noi au condus la emiterea a 34 de alerte în materie de sănătate publică de către EMCDDA către membrii sistemului de alertă timpurie al UE. De-a lungul acestei perioade, șapte substanțe noi au fost evaluate din punct de vedere al riscurilor. În ultimul timp au apărut preocupări în legătură cu opioidele noi cum ar fi acetilfentanilul, care a făcut obiectul unui raport comun al EMCDDA–Europol în 2015, după ce a fost asociat cu 32 de decese. Multe dintre tipurile de fentanil au o putere imunogenă foarte mare și pot fi vândute ca heroină consumatorilor necunoscători, prezentând astfel un risc ridicat de supradoză și de deces.

Răspunsul la problema drogurilor noi: intervenții esențiale

În general, intervențiile existente în materie de prevenire, tratament și reducere a efectelor dăunătoare pentru problemele asociate cu drogurile clasice sunt raportate ca fiind adecvate nevoilor consumatorilor de droguri noi, sau ar putea fi ușor adaptate acestora. Cu toate acestea, problemele asociate consumului de substanțe psihoactive noi și alte droguri, cum ar fi GHB, ketamina și mefedrona, reprezintă provocări specifice în anumite cadre, cum ar fi închisorile, clinicile de sănătate sexuală și serviciile cu acces necondiționat. Printre exemplele de provocări întâlnite în furnizarea de intervenții care vizează aceste substanțe se numără consumatorii de droguri greu accesibili (de exemplu, bărbații care fac sex cu bărbați), gestionarea comportamentelor haotice în rândul consumatorilor de droguri injectabile care fac parte din grupuri vulnerabile, precum și episoadele psihotice acute legate de consumul de droguri noi în rândul deținuților. În aceste cazuri concrete este importantă elaborarea unor intervenții care să se axeze în mod specific pe consumul de droguri noi și efectele dăunătoare asupra sănătății, inclusiv, de exemplu, materialele și consilierea specifică privind limitarea efectelor nocive, precum și orientările privind tratamentul de specialitate.

Evaluarea riscurilor asociate consumului de alfa-PVP



În noiembrie 2015 a fost realizată o evaluare a riscurilor alfa-PVP (alfa-pirolidinopentiofenonă) la nivel european. Alfa-PVP este o catinonă sintetică și un psihostimulant puternic și este asemănătoare MDPV. Aceasta a fost disponibilă pe piața drogurilor din Uniunea Europeană, începând din februarie 2011 (cel târziu) și a fost detectată în toate cele 28 de state membre. Alfa-PVP a fost detectată în 191 de intoxicații acute și 115 decese. În 20 % dintre decese, alfa-PVP a fost raportată ca fiind fie cauza decesului, fie un factor care a contribuit la deces; în cinci dintre aceste cazuri, alfa-PVP a fost singura substanță detectată.

Decesele cauzate de supradoze: creșteri recente

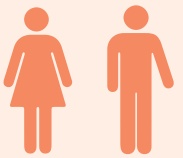
Consumul de droguri constituie o cauză recunoscută a unor decese care pot fi evitate în rândul adulților europeni. Studiile asupra cohortelor de consumatori de droguri de mare risc indică frecvent ratele generale ale mortalității în intervalul de 1-2 % pe an. În general, consumatorii de opioide din Europa prezintă un risc de deces de 5-10 ori mai mare decât alte persoane de aceeași vârstă și același sex. Rata crescută a mortalității în rândul consumatorilor de opioide este în primul rând asociată cu supradozele, dar sunt importante și alte cauze de deces indirect legate de consumul de droguri, cum ar fi infecțiile, accidentele, violența și sinuciderile.

În Europa, supradozele de droguri continuă să fie principala cauză a decesului în rândul consumatorilor, iar peste trei sferturi dintre cei care cad victimă supradozelor sunt bărbați (78 %). Majoritatea țărilor au raportat o tendință ascendentă privind numărul de decese cauzate de supradoză în perioada cuprinsă între anii 2003 și 2008-2009, când nivelurile generale au început să scadă pentru prima dată. Interpretarea datelor privind supradozele, mai ales a totalului cumulat la nivelul UE, trebuie realizată cu precauție dintr-o serie de motive cum ar fi subraportarea sistematică în anumite țări și procedurile de înregistrare care duc la întârzieri în raportare. Prin urmare, estimările anuale reprezintă o valoare minimă provizorie. Pentru anul 2014, se estimează că în Uniunea Europeană au avut loc cel puțin 6 800 de decese prin supradoză, reprezentând o creștere față de cifra revizuită aferentă anului 2013 și, la fel ca în anii precedenți, Regatul Unit (36 %) și Germania (15 %) reprezintă împreună o mare parte din total. Sunt evidente creșterile pe care le arată datele cele mai recente dintr-o serie de țări care dispun de sisteme de raportare relativ solide, precum Irlanda, Lituania și Regatul Unit. Se observă, de asemenea, o tendință ascendentă pronunțată în Suedia, deși aceasta poate fi datorată în parte includerii unor cazuri cu vârsta de 50 de ani și mai mult, care nu au legătură cu consumul de droguri ilegale. În Turcia se înregistrează, de asemenea, creșteri pronunțate, dar acest lucru poate fi în parte o consecință a îmbunătățirii practicilor de raportare.

Consumatorii de opioide din Europa prezintă un risc de deces de 5-10 ori mai mare decât semenii lor

DECESE INDUSE DE DROGURI

Caracteristici



Vârsta medie la momentul decesului

38

Decese la care s-a înregistrat prezența opioidelor

Vârsta la momentul decesului

Tendințe privind decesele cauzate de supradoze

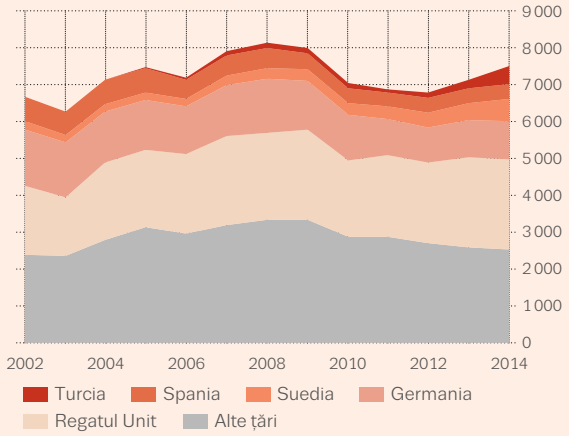
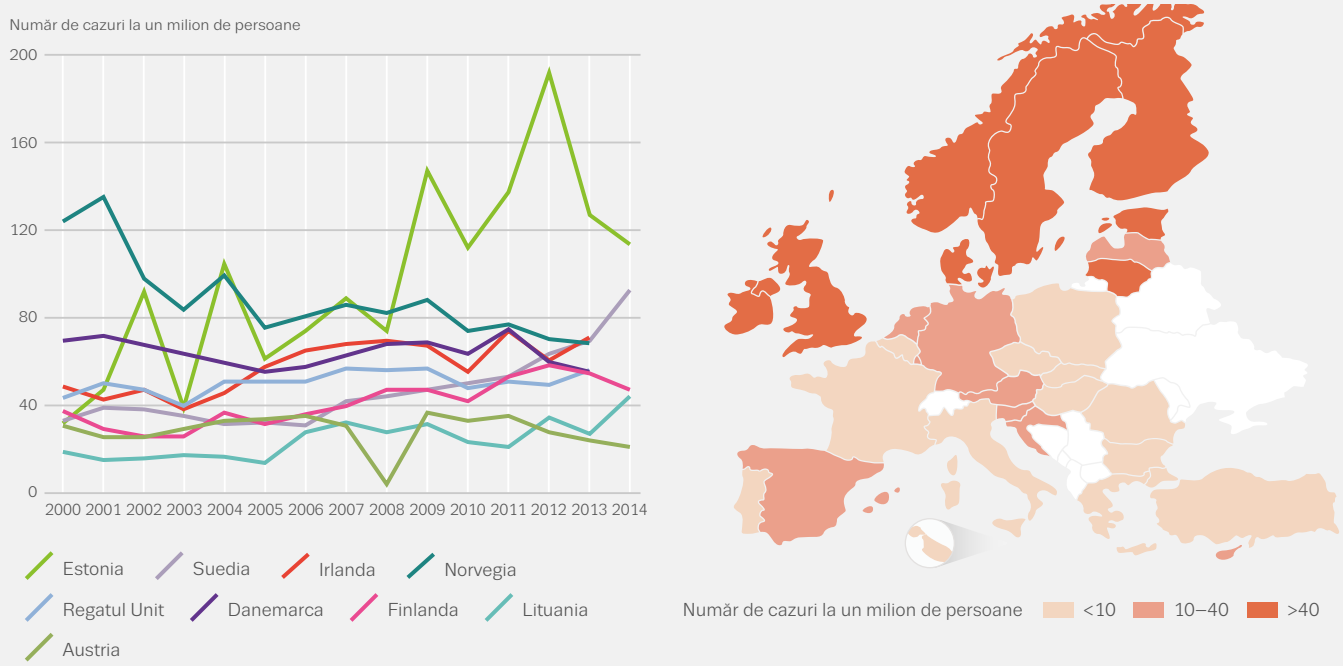


FIGURA 3.12

Ratele mortalității induse de droguri în rândul adulților (15-64 de ani): tendințe selectate și datele cele mai recente



NB: Tendințele în cele nouă țări care raportează cele mai mari valori în 2014 sau 2013.

Reflectând tendința de îmbătrânire a populației consumatoare de cocaină din Europa, care este expusă unui risc mai mare de deces prin supradoză de droguri, numărul raportat de decese prin supradoză a crescut în rândul grupelor de vârstă mai înaintată, între 2006 și 2014, în timp ce numărul deceselor prin supradoză din cadrul grupelor de vârstă mai tânără a scăzut. Cu toate acestea, a existat recent o ușoară creștere a numărului de decese prin supradoză raportate în rândul consumatorilor cu vârsta sub 25 de ani, în unele țări.

Heroina sau metaboliții săi sunt prezenți în majoritatea cazurilor de supradoze fatale raportate în Europa, deseori în combinație cu alte substanțe. În buletinele de analiză toxicologică figurează frecvent și alte opioide, printre care metadona, buprenorfina, fentanilii și tramadolul, iar în unele țări aceste substanțe sunt responsabile pentru o mare parte din decesele prin supradoză. În Regatul Unit (Anglia și Țara Galilor), de exemplu, dintre cele 1 786 de decese înregistrate în 2014 în care au fost menționate opioide, metadona a fost înregistrată în 394 dintre ele, iar tramadolul în 240. Printre celelalte țări care au raportat apariția altor opioide decât heroina în cazuri de supradoză fatală sunt Franța și Irlanda (în principal metadonă) și Finlanda, unde buprenorfina a fost menționată în 75 de cazuri în 2014.

Drogurile stimulante, cum ar fi cocaina, amfetaminele, MDMA și catinonele sunt responsabile pentru un număr mai mic de decese prin supradoză în Europa, cu toate că importanța lor variază în de la o țară la alta. În Regatul Unit (Anglia și Țara Galilor), decesele provocate de cocaină au crescut de la 169 în 2013 la 247 în 2014. În Spania, unde numărul de decese legate de cocaină a fost stabil timp de câțiva ani, drogul a continuat să fie al doilea cel mai des menționat în cazurile de decese prin supradoză în 2013 (236 de cazuri).

Cele mai ridicate rate de mortalitate sunt în nordul Europei

În 2014, rata medie a mortalității cauzate de supradoze în Europa a fost estimată la 18,3 decese la un milion de persoane în grupa de vârstă 15-64 de ani. Ratele naționale de mortalitate variază în mod considerabil și sunt influențate de anumiți factori, cum ar fi prevalența și modelele consumului de droguri, precum și aspecte metodologice, cum ar fi subraportarea și practicile de codificare. Au fost raportate rate de peste 40 de decese la un milion de persoane în opt țări, cele mai ridicate fiind înregistrate în Estonia (113 la un milion), Suedia (93 la un milion) și Irlanda (71 la un milion) (figura 3.12). Cele mai recente date indică tendințe variabile.

Prevenirea supradozării și a deceselor asociate consumului de droguri

Reducerea numărului supradozelor fatale și al altor decese asociate consumului de droguri constituie o provocare majoră pentru politicile europene de sănătate publică. Răspunsurile specifice în acest domeniu se concentrează fie pe prevenirea apariției supradozelor, fie pe îmbunătățirea șanselor de supraviețuire în caz de supradoză. Tratamentul pentru consumul de droguri, în special tratamentul de substituție pentru opioide, previne apariția supradozelor și reduce riscul de deces în rândul consumatorilor de droguri care urmează tratament. Unitățile pentru consumul de droguri sub supraveghere au drept scop atât prevenirea supradozelor, cât și asigurarea unui sprijin de specialitate în cazul în care are loc o supradoză. În prezent, șase state pun la dispoziție astfel de spații, aproximativ 70 în total.

Naloxona este un medicament antagonist al opioidelor care poate anihila supradoza de opioide și este utilizat în unitățile de primiri urgențe ale spitalelor și de către personalul de pe ambulanță. În ultimii ani s-a înregistrat o creștere în furnizarea de naloxonă pentru administrarea la domiciliu de către consumatorii de opioide, partenerii acestora, colegii și familiile lor, oferindu-se în același timp formare în ceea ce privește recunoașterea și răspunsul la supradoze. De asemenea, naloxona a fost pusă la dispoziție în vederea consumului de către personalul serviciilor care vin în mod regulat în contact cu consumatorii de droguri. O analiză europeană recentă a constatat că în opt țări europene există programe care oferă naloxonă pentru administrarea la domiciliu. Trusele cu naloxonă sunt furnizate, în general, de serviciile pentru consumatorii de droguri și cele de sănătate sub formă de seringi preumplute; în schimb, în Norvegia și în Danemarca un adaptor permite administrarea intranazală a naloxonei. O analiză sistematică recentă a eficacității naloxonei administrate la domiciliu a găsit dovezi că intervențiile în vederea educării și a instruirii, alături de furnizarea de naloxonă pentru administrare la domiciliu, scad mortalitatea asociată supradozelor. Anumite grupuri cu risc crescut de supradoză, cum ar fi deținuții recent eliberați, ar putea beneficia în mod deosebit de acest lucru. O evaluare recentă a programului național scoțian de naloxonă a constatat că acesta a dus la o reducere cu 36 % a numărului de decese asociate consumului de opioide care au avut loc în termen de o lună de la eliberarea din penitenciar.

Serviciile de reducere a cererii: standarde de calitate

Deoarece serviciile de reducere a cererii au devenit răspândite pe scară largă, se pune din ce în ce mai mult accent pe calitatea acestora, culminând cu adoptarea unor „Standarde minime de calitate referitoare la reducerea cererii de droguri în Uniunea Europeană” de către Consiliul de Miniștri al UE în septembrie 2015. Șaisprezece standarde pentru prevenirea, tratamentul, reducerea efectelor nocive și reintegrarea socială stabilesc criterii minime de calitate pentru intervenții. Standardele adoptate recent reprezintă o evoluție majoră în domeniul drogurilor la nivelul UE, reunind cunoștințe de specialitate și procesele decizionale politice din 28 de țări. Standardele reiterează nevoia ca intervențiile să fie bazate pe dovezi și aceea de a oferi personalului pregătirea corespunzătoare. Acestea facilitează, de asemenea, schimbul de bune practici la nivel european și promovează schimbul de cunoștințe.

Înțelegerea costurilor acțiunilor asociate consumului de droguri

Înțelegerea costurilor acțiunilor asociate consumului de droguri constituie un aspect important al evaluării politicilor. Cu toate acestea, informațiile disponibile privind cheltuielile publice legate de consumul de droguri în Europa, atât la nivel local, cât și național, sunt în continuare insuficiente și eterogene. În cele 18 țări care au realizat estimări în ultimii 10 ani, cheltuielile publice legate de consumul de droguri sunt estimate a fi între 0,01 % și 0,5 % din produsul intern brut (PIB), intervențiile în domeniul sănătății reprezentând între 15 % și 53 % din totalul acestor cheltuieli.

Un exercițiu recent a estimat că furnizarea de tratament în spitale pentru problemele de sănătate asociate consumului de droguri a reprezentat, în medie, 0,013 % din PIB în cele 15 țări pentru care există date disponibile. Cu toate acestea, această proporție a variat considerabil de la o țară la alta. Pentru a oferi o estimare mai cuprinzătoare a costurilor de tratare în spitale a problemelor de sănătate aferente consumului de droguri, ar fi necesară înregistrarea mai sistematică a prezentărilor la urgență.

MAI MULTE INFORMAȚII

Publicații EMCDDA

2016

Comorbidity of substance use and mental disorders, Perspective în materie de droguri.

Preventing opioid overdose deaths with take-home naloxone, Detalii.

2015

Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe, Detalii.

Drug-related infectious diseases in Europe. Update from the EMCDDA expert network, Comunicări rapide.

Mortality among drug users in Europe: new and old challenges for public health, Documente EMCDDA.

Preventing fatal overdoses: a systematic review of the effectiveness of take-home naloxone, Documente EMCDDA.

Prevention of addictive behaviours, Detalii.

Treatment of cannabis-related disorders in Europe, Detalii.

Drug consumption room, Perspective în materie de droguri.

Psychosocial interventions, Perspective în materie de droguri.

Rapoarte de evaluare a riscurilor
MT-45 [Decizia Consiliului 2015/1873/UE].
4,4'-DMAR [Decizia Consiliului 2015/1873/UE].

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.

Rapoarte de evaluare a riscurilor
MDPV [Decizia Consiliului 2015/1875/UE].
Methoxetamine [Decizia Consiliului 2015/1875/UE].
25I-NBOMe [Decizia Consiliului 2015/1875/UE].
AH-7921 [Decizia Consiliului 2015/1875/UE].
4-methylamphetamine [Decizia Consiliului 2015/1875/UE].
5-(2-aminopropyl)indole [Decizia Consiliului 2015/1876/UE].

2013

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

Emergency health consequences of cocaine use in Europe, 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

Drug demand reduction: global evidence for local actions, Drogurile în obiectiv.

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

New heroin-assisted treatment, Detalii.

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

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

2011

European drug prevention quality standards, Manuale.

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

Raportul de analiză a riscurilor Mephedrone [Decizia Consiliului 2010/759/UE].

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 adresa: www.emcdda.europa.eu/publications

Anexă

Datele naționale privind estimările prevalenței consumului de droguri, inclusiv consumul de opioide de mare risc, tratamentul de substituție, admiterile la tratament, consumul de droguri injectabile, decesele cauzate de consumul de droguri, bolile infecțioase asociate consumului de droguri, distribuția de seringi și capturile. Datele naționale prezentate aici sunt extrase din Buletinul statistic pentru 2016 al EMCDDA și reprezintă, pe lângă note și metadate, un subset de date din acesta. Sunt indicați anii la care se referă datele.

TABELUL A1

OPIACEE

	Estimarea consumului de opioide de mare risc		Cazuri noi admise la tratament în cursul anului						Consumatori care urmează un tratament de substituție
			Consumatorii de opioide ca procent din numărul cazurilor noi admise la tratament			Procentul consumatorilor de opioide prin injectare (ca principală cale de administrare)			
			Toate cazurile noi admise la tratament	Cazuri noi admise la tratament pentru prima dată	Cazuri noi admise la tratament anterior	Toate cazurile noi admise la tratament	Cazuri noi admise la tratament pentru prima dată	Cazuri noi admise la tratament anterior	
Țara	Anul estimării	cazuri la 1 000 de persoane	% (total)	% (total)	% (total)	% (total)	% (total)	% (total)	total
Belgia	–	–	28,9 (3 079)	11,5 (434)	37,5 (2 352)	18,4 (541)	12 (51)	19,3 (431)	17 026
Bulgaria	–	–	84,8 (1 530)	64,5 (207)	96 (932)	73 (772)	69,9 (116)	75,5 (580)	3 414
Republica Cehă	2014	1,4–1,8	17 (1 720)	7 (333)	25,9 (1 387)	82,6 (1 412)	79,8 (264)	83,2 (1 148)	4 000
Danemarca	–	–	17,5 (663)	7,1 (102)	26,3 (502)	33,9 (193)	23 (20)	–	2 600
Germania	2013	2,7–3,2	34,9 (29 655)	13,1 (3 304)	44 (26 351)	34,1 (11 225)	32,2 (1 460)	34,4 (9 765)	77 500
Estonia	–	–	90 (253)	89,5 (51)	97,3 (179)	78,8 (197)	64,7 (33)	83,2 (149)	919
Irlanda	–	–	49,8 (4 745)	27,5 (1 036)	65,5 (3 456)	42,2 (1 908)	35,7 (362)	43,6 (1 441)	9 764
Grecia	2014	2,1–2,8	69,2 (3 250)	55,3 (1 060)	78,9 (2 176)	33,4 (1 078)	27,7 (291)	36,3 (786)	10 226
Spania	2013	1,6–2,5	24,8 (12 863)	10,9 (3 066)	42,1 (9 515)	15,8 (1 916)	9,9 (282)	17,7 (1 608)	61 954
Franța	2013–14	4,4–7,4	30,5 (12 634)	13,8 (1 240)	44,5 (8 662)	19,9 (2 119)	13,8 (155)	22 (1 620)	161 388
Croația	2010	3,2–4	79,9 (6 241)	19,9 (210)	89 (5 516)	73,3 (4 529)	44,9 (88)	74,3 (4 063)	6 867
Italia	2014	4,6–5,8	56 (28 671)	40,6 (7 416)	64,5 (21 255)	47,2 (13 209)	45,9 (2 992)	58,4 (10 217)	75 964
Cipru	2014	1,5–2,4	25,4 (271)	11,5 (65)	42,2 (204)	56,8 (154)	50,8 (33)	59,3 (121)	178
Letonia	2014	3,4–7,5	46,2 (382)	24,7 (102)	67,8 (280)	91 (343)	87,1 (88)	92,4 (255)	518
Lituania	2007	2,3–2,4	88,2 (1 905)	66,6 (227)	92,6 (1 665)	84,4 (1 607)	84,6 (192)	84,3 (1 402)	585
Luxemburg	2007	5–7,6	53,9 (146)	46,4 (13)	51 (100)	50,3 (72)	15,4 (2)	52 (51)	1 121
Ungaria	2010–11	0,4–0,5	4,2 (196)	1,6 (51)	9,5 (118)	60,2 (109)	55,1 (27)	63,5 (73)	745
Malta	2014	5,3–6,2	72,8 (1 277)	27,5 (58)	79 (1 219)	63,4 (786)	47,3 (26)	64,1 (760)	1 013
Țările de Jos	2012	1,1–1,5	10,5 (1 113)	5,7 (346)	16,9 (767)	6,5 (44)	9,3 (18)	5,4 (26)	7 569
Austria	2013	4,9–5,1	50,8 (1 737)	29,2 (435)	67,3 (1 302)	35,9 (479)	23,1 (79)	40,3 (400)	17 272
Polonia	2009	0,4–0,7	14,8 (1 061)	4,7 (162)	25 (877)	61,5 (632)	39,1 (61)	65,1 (555)	2 586
Portugalia	2012	4,2–5,5	53,8 (1 538)	26,3 (357)	78,8 (1 180)	18,3 (255)	12,5 (39)	19,9 (216)	16 587
România	–	–	41,8 (1 094)	15,1 (211)	74 (852)	92,4 (1 007)	85,7 (180)	94 (799)	593
Slovenia	2013	3,4–4,1	75,9 (318)	55,5 (61)	83,1 (250)	32,3 (101)	20,7 (12)	35,7 (89)	3 190
Slovacia	2008	1–2,5	21,9 (543)	12,7 (147)	30,5 (387)	71,2 (376)	55,9 (81)	76,8 (288)	375
Finlanda	2012	3,8–4,5	57,8 (372)	41,9 (111)	68,9 (261)	79,1 (291)	68,2 (75)	83,7 (216)	3 000
Suedia	–	–	24,7 (7 737)	14,7 (1 680)	30,2 (5 838)	62,1 (175)	20 (4)	47,4 (27)	3 502
Regatul Unit	2010–11	7,9–8,4	52,1 (50 592)	23,2 (7 911)	68 (42 045)	33,3 (15 380)	20,8 (1 217)	35 (13 892)	148 868
Turcia	2011	0,2–0,5	70,3 (7 476)	61,1 (3 420)	80,6 (4 056)	30 (2 243)	20,5 (702)	38 (1 541)	28 656
Norvegia	2013	2–4,2	23 (1 974)	–	–	–	–	–	7 433
Uniunea Europeană	–	–	**39,2 (175 586)**	**18,6 (30 396)**	**52,6 (139 628)**	**37,8 (60 910)**	**31,4 (8 248)**	**40,4 (50 978)**	**644 324**
UE, Turcia și Norvegia	–	–	**39,6 (185 036)**	**20,0 (33 816)**	**53,2 (143 684)**	**37,4 (63 153)**	**30,2 (8 950)**	**40,3 (52 519)**	**680 413**

Datele cu privire la pacienții care urmează un tratament de substituție sunt pentru anul 2014 – sau cel mai recent an disponibil: Danemarca și Finlanda, 2011; Turcia, 2012; Spania și Malta, 2013; datele pentru Irlanda provin dintr-un recensământ efectuat la data de 31 decembrie 2013.

TABELUL A2

COCAINĂ

	Estimări privind prevalența				Cazuri noi admise la tratament în cursul anului					
	Populația generală			Populația școlară	Consumatorii de cocaină ca procent din numărul cazurilor noi admise la tratament			Procentul consumatorilor de cocaină prin injectare (ca principală cale de administrare)		
	Anul anchetei	De-a lungul vieții, adulți (15-64) %	Ultimele 12 luni, adulți tineri (15-34) %	De-a lungul vieții, elevi (15-16)	Toate cazurile noi admise la tratament	Cazuri noi admise la tratament pentru prima dată	Cazuri noi admise la tratament anterior	Toate cazurile noi admise la tratament	Cazuri noi admise la tratament pentru prima dată	Cazuri noi admise la tratament anterior
Țara		%	%	%	% (total)	% (total)	% (total)	% (total)	% (total)	% (total)
Belgia	2013	–	0,9	2	17 (1 809)	16,7 (628)	16,9 (1 058)	4,9 (84)	1,2 (7)	6,1 (60)
Bulgaria	2012	0,9	0,3	4	1,6 (29)	6,5 (21)	0,8 (8)	7,1 (2)	0 (0)	25 (2)
Republica Cehă	2014	0,9	0,6	1	0,3 (27)	0,3 (12)	0,3 (15)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Danemarca	2013	5,2	2,4	2	5,1 (193)	5,8 (84)	5,2 (99)	10,1 (17)	0 (0)	–
Germania	2012	3,4	1,6	3	5,9 (4 978)	5,3 (1 340)	6,1 (3 638)	16,9 (2 650)	7,8 (292)	19,8 (2 358)
Estonia	2008	–	1,3	2	0,4 (1)	–	–	–	–	–
Irlanda	2011	6,8	2,8	3	8,7 (828)	11,2 (424)	6,8 (358)	1,4 (11)	0,5 (2)	2,6 (9)
Grecia	2004	0,7	0,2	1	5,1 (239)	5,2 (100)	5 (139)	14,7 (35)	6 (6)	21 (29)
Spania	2013	10,3	3,3	3	38,2 (19 848)	38 (10 734)	38,6 (8 726)	2,3 (426)	1,2 (128)	3,5 (291)
Franța	2014	5,4	2,4	4	6,1 (2 530)	5,4 (489)	7,7 (1 508)	9,9 (224)	2,6 (12)	13,7 (186)
Croația	2012	2,3	0,9	2	1,7 (132)	3,1 (33)	1,5 (90)	3,1 (4)	3,4 (1)	3,3 (3)
Italia	2014	7,6	1,8	2	23,7 (12 165)	27,4 (5 006)	21,7 (7 159)	6,2 (739)	4,7 (227)	7,4 (512)
Cipru	2012	1,3	0,6	4	10,3 (110)	7,1 (40)	14,1 (68)	9,2 (10)	7,5 (3)	10,4 (7)
Letonia	2011	1,5	0,3	4	0,7 (6)	1,2 (5)	0,2 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Lituania	2012	0,9	0,3	2	0,2 (5)	0,3 (1)	0,2 (4)	20 (1)	0 (0)	25 (1)
Luxemburg	–	–	–	–	19,9 (54)	25 (7)	18,4 (36)	34,7 (17)	50 (3)	31,4 (11)
Ungaria	2007	0,9	0,4	2	1,8 (86)	1,9 (59)	1,9 (23)	5,9 (5)	1,7 (1)	17,4 (4)
Malta	2013	0,5	–	4	15,9 (279)	40,3 (85)	12,6 (194)	21,9 (60)	9,4 (8)	27,5 (52)
Țările de Jos	2014	5,1	3,0	2	26,3 (2 791)	22 (1 344)	31,9 (1 447)	0,2 (4)	0,1 (1)	0,3 (3)
Austria	2008	2,2	1,2	–	8,4 (288)	9,7 (145)	7,4 (143)	4,2 (10)	1,6 (2)	7,2 (8)
Polonia	2014	1,3	0,4	3	1,4 (98)	1,3 (44)	1,5 (51)	1,1 (1)	0 (0)	2,1 (1)
Portugalia	2012	1,2	0,4	4	13,5 (385)	17,5 (237)	9,8 (147)	5,7 (20)	2,8 (6)	10,4 (14)
România	2013	0,8	0,2	2	0,8 (21)	1,1 (15)	0,5 (6)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Slovenia	2012	2,1	1,2	3	6 (25)	5,5 (6)	6,3 (19)	62,5 (15)	16,7 (1)	77,8 (14)
Slovacia	2010	0,6	0,4	1	0,9 (23)	1,4 (16)	0,6 (7)	4,3 (1)	6,3 (1)	0 (0)
Finlanda	2014	1,9	1,0	1	0 (0)	0 (0)	0 (0)	–	–	–
Suedia	2008	3,3	1,2	1	0,9 (284)	1,6 (189)	0,5 (87)	3,1 (1)	0 (0)	0 (0)
Regatul Unit ([1])	2014	9,8	4,2	2	12,6 (12 236)	16,9 (5 752)	10,4 (6 399)	1,4 (161)	0,3 (16)	2,3 (144)
Turcia	–	–	–	–	1,3 (134)	1,2 (66)	1,4 (68)	–	–	–
Norvegia	2014	5,0	2,3	1	1 (84)	–	–	–	–	–
Uniunea Europeană	**–**	**5,1**	**1,9**	**–**	**13,3 (59 470)**	**16,4 (26 816)**	**11,8 (31 430)**	**6,7 (4 498)**	**2,6 (717)**	**9,8 (3 709)**
UE, Turcia și Norvegia	**–**	**–**	**–**	**–**	**12,8 (59 688)**	**15,9 (26 882)**	**11,6 (31 498)**	**6,7 (4 498)**	**2,6 (717)**	**9,7 (3 709)**

Estimările privind prevalența în rândul populației școlare provin din anchetele naționale desfășurate în școli sau din proiectul ESPAD.
([1]) Estimările privind prevalența în rândul populației generale se referă doar la Anglia și Țara Galilor.

TABELUL A3

AMFETAMINE

	Estimări privind prevalența				Cazuri noi admise la tratament în cursul anului					
	Populația generală			Populația școlară	Consumatorii de amfetamină ca procent din numărul cazurilor noi admise la tratament			Procentul consumatorilor de amfetamine prin injectare (principala cale de administrare)		
	Anul anchetei	De-a lungul vieții, adulți (15-64)	Ultimele 12 luni, adulți tineri (15-34)	De-a lungul vieții, elevi (15-16)	Toate cazurile noi admise la tratament	Cazuri noi admise la tratament pentru prima dată	Cazuri noi admise la tratament anterior	Toate cazurile noi admise la tratament	Cazuri noi admise la tratament pentru prima dată	Cazuri noi admise la tratament anterior
Țara		%	%	%	% (total)	% (total)	% (total)	% (total)	% (total)	% (total)
Belgia	2013	–	0,5	2	9,8 (1 047)	9,4 (353)	10,7 (669)	12,6 (128)	5,3 (18)	–
Bulgaria	2012	1,2	1,3	5	4,7 (84)	15,9 (51)	1,6 (16)	2 (1)	0 (0)	0 (0)
Republica Cehă	2014	2,6	2,3	2	69,7 (7 033)	75,1 (3 550)	65 (3 483)	78,1 (5 446)	73,8 (2 586)	82,6 (2 860)
Danemarca	2013	6,6	1,4	2	9,5 (358)	10,3 (149)	8,9 (170)	3,1 (9)	0 (0)	–
Germania	2012	3,1	1,8	4	16,1 (13 664)	19,3 (4 860)	14,7 (8 804)	1,5 (277)	0,9 (55)	1,8 (222)
Estonia	2008	–	2,5	3	3,9 (11)	3,5 (2)	1,6 (3)	72,7 (8)	100 (2)	66,7 (2)
Irlanda	2011	4,5	0,8	2	0,6 (55)	0,8 (30)	0,5 (24)	5,5 (3)	3,3 (1)	8,3 (2)
Grecia	2004	0,1	0,1	2	0,4 (18)	0,7 (13)	0,2 (5)	22,2 (4)	30,8 (4)	0 (0)
Spania	2013	3,8	1,2	1	1,3 (671)	1,4 (391)	1,2 (261)	1,2 (8)	0,8 (3)	1,6 (4)
Franța	2014	2,2	0,7	4	0,6 (232)	0,7 (66)	0,5 (96)	8,2 (16)	9,7 (6)	11,4 (9)
Croația	2012	2,6	1,6	1	1,2 (96)	2,7 (28)	1 (65)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Italia	2014	2,8	0,6	1	0,2 (83)	0,3 (57)	0,1 (26)	6,1 (5)	7,1 (4)	4,3 (1)
Cipru	2012	0,7	0,4	4	4,3 (46)	3,5 (20)	5,4 (26)	4,3 (2)	5 (1)	3,8 (1)
Letonia	2011	2,2	0,6	4	13,9 (115)	15 (62)	12,8 (53)	63,1 (70)	66,7 (40)	58,8 (30)
Lituania	2012	1,2	0,5	3	3,4 (73)	8,2 (28)	2,3 (42)	32,9 (24)	32,1 (9)	35,7 (15)
Luxemburg	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ungaria	2007	1,8	1,2	6	12,5 (584)	12,3 (383)	12,4 (154)	13 (74)	9,6 (36)	22,2 (34)
Malta	2013	0,3	–	3	0,2 (4)	–	0,3 (4)	25 (1)	–	25 (1)
Țările de Jos	2014	4,4	2,9	1	6,6 (702)	6,2 (376)	7,2 (326)	0,8 (3)	0 (0)	1,8 (3)
Austria	2008	2,5	0,9	–	4,6 (157)	5,9 (88)	3,6 (69)	5,3 (7)	5,2 (4)	5,4 (3)
Polonia	2014	1,7	0,4	4	28,1 (2 019)	27,7 (956)	29,5 (1 036)	4,8 (91)	2,3 (21)	7,5 (70)
Portugalia	2012	0,5	0,1	3	0 (1)	0,1 (1)	0 (0)	–	0 (0)	–
România	2013	0,3	0,1	2	0,2 (4)	0,2 (3)	0,1 (1)	25 (1)	0 (0)	100 (1)
Slovenia	2012	0,9	0,8	2	0,5 (2)	–	0,7 (2)	–	–	–
Slovacia	2010	0,5	0,3	1	42,7 (1 060)	47,8 (553)	38,9 (493)	32,8 (337)	26,1 (140)	40,3 (194)
Finlanda	2014	3,4	2,4	–	12,1 (78)	13,2 (35)	11,3 (43)	84,2 (64)	80 (28)	87,8 (36)
Suedia	2008	5	1,3	1	0,5 (141)	–	–	–	–	–
Regatul Unit (1)	2014	10,3	1,1	1	2,9 (2 830)	3,7 (1 250)	2,5 (1 540)	21,6 (464)	12,2 (101)	27,6 (354)
Turcia	2011	0,1	0,1	2	0,3 (27)	0,4 (21)	0,1 (6)	–	–	–
Norvegia (2)	2014	4,1	1,1	1	13,4 (1 147)	–	–	–	–	–
Uniunea Europeană	**–**	**3,6**	**1**	**–**	**7 (31 168)**	**8,2 (13 305)**	**6,6 (17 411)**	**20,8 (7 139)**	**22,5 (3 059)**	**19,7 (3 950)**
UE, Turcia și Norvegia	**–**	**–**	**–**	**–**	**6,9 (32 342)**	**7,9 (13 326)**	**6,5 (17 417)**	**20,8 (7 139)**	**22,4 (3 059)**	**19,7 (3 950)**

Grupul „amfetamine" cuprinde atât amfetamina, cât și metamfetamina.
Estimările privind prevalența în rândul populației școlare provin din anchetele naționale desfășurate în școli sau din proiectul ESPAD.
(1) Estimările privind prevalența în rândul populației generale se referă doar la Anglia și Țara Galilor.
(2) Cazurile noi admise la tratament sunt pacienții care raportează consumul de droguri stimulante, altele decât cocaina, nu doar amfetaminele.

TABELUL A4

MDMA

	Estimări privind prevalența				Cazuri noi admise la tratament în cursul anului		
	Populația generală			Populația școlară	Consumatorii de MDMA ca procent din numărul cazurilor noi admise la tratament		
	Anul anchetei	De-a lungul vieții, adulți (15-64)	Ultimele 12 luni, adulți tineri (15-34)	De-a lungul vieții, elevi (15-16)	Toate cazurile noi admise la tratament	Cazuri noi admise la tratament pentru prima dată	Cazuri noi admise la tratament anterior
Țara		%	%	%	% (total)	% (total)	% (total)
Belgia	2013	–	0,8	2	0,6 (65)	0,9 (34)	0,5 (31)
Bulgaria	2012	2,0	2,9	4	0,2 (3)	0,6 (2)	0,1 (1)
Republica Cehă	2014	6,0	3,6	3	0 (4)	0,1 (3)	0 (1)
Danemarca	2013	2,3	0,7	1	0,3 (13)	0,5 (7)	0,3 (5)
Germania	2012	2,7	0,9	2	–	–	–
Estonia	2008	–	2,3	3	–	–	–
Irlanda	2011	6,9	0,9	2	0,6 (56)	1 (37)	0,3 (18)
Grecia	2004	0,4	0,4	2	0,1 (4)	0,1 (1)	0,1 (3)
Spania	2013	4,3	1,5	1	0,4 (201)	0,6 (167)	0,1 (27)
Franța	2014	4,2	2,3	3	0,4 (148)	0,6 (57)	0,3 (63)
Croația	2012	2,5	0,5	2	0,4 (32)	1,3 (14)	0,3 (17)
Italia	2014	3,1	1,0	1	0,3 (147)	0,3 (48)	0,3 (99)
Cipru	2012	0,9	0,3	3	0,1 (1)	–	0,2 (1)
Letonia	2011	2,7	0,8	4	0,4 (3)	0,7 (3)	0 (0)
Lituania	2012	1,3	0,3	2	0 (1)	0 (0)	0,1 (1)
Luxemburg	–	–	–	–	–	–	–
Ungaria	2007	2,4	1,0	4	1,7 (82)	1,8 (55)	1,9 (23)
Malta	2013	0,7	–	3	0,9 (16)	–	1 (16)
Țările de Jos	2014	7,4	5,5	4	0,4 (45)	0,7 (40)	0,1 (5)
Austria	2008	2,3	1,0		0,8 (27)	1,3 (19)	0,4 (8)
Polonia	2014	1,6	0,9	2	0,2 (11)	0,1 (5)	0,2 (6)
Portugalia	2012	1,3	0,6	3	0,2 (5)	0,4 (5)	0 (0)
România	2013	0,9	0,3	2	0,5 (14)	1 (14)	0 (0)
Slovenia	2012	2,1	0,8	2	–	–	–
Slovacia	2010	1,9	0,9	1	0,1 (2)	0,1 (1)	0,1 (1)
Finlanda	2014	3,0	2,5	2	0,2 (1)	0 (0)	0,3 (1)
Suedia	2008	2,1	1,0	1	–	–	–
Regatul Unit ([1])	2014	9,2	3,5	3	0,3 (302)	0,6 (200)	0,2 (97)
Turcia	2011	0,1	0,1	2	1 (103)	1,3 (74)	0,6 (29)
Norvegia	2014	2,3	0,4	1	–	–	–
Uniunea Europeană	**–**	**3,9**	**1,7**	**–**	**0,3 (1 184)**	**0,4 (712)**	**0,2 (424)**
UE, Turcia și Norvegia	**–**	**–**	**–**	**–**	**0,3 (1 287)**	**0,5 (786)**	**0,2 (453)**

Estimările privind prevalența în rândul populației școlare provin din anchetele naționale desfășurate în școli sau din proiectul ESPAD.
([1]) Estimările privind prevalența în rândul populației generale se referă la Anglia și Țara Galilor.

TABELUL A5

CANABIS

	Estimări privind prevalența				Cazuri noi admise la tratament în cursul anului		
	Populația generală			Populația școlară	Consumatorii de canabis ca procent din numărul cazurilor noi admise la tratament		
	Anul anchetei	De-a lungul vieții, adulți (15-64)	Ultimele 12 luni, adulți tineri (15-34)	De-a lungul vieții, elevi (15-16)	Toate cazurile noi admise la tratament	Cazuri noi admise la tratament pentru prima dată	Persoane admise care au mai primit tratament anterior
Țara		%	%	%	% (total)	% (total)	% (total)
Belgia	2013	15	10,1	21	32,9 (3 501)	52,8 (1 984)	22,4 (1 403)
Bulgaria	2012	7,5	8,3	22	3,2 (58)	8,4 (27)	0,7 (7)
Republica Cehă	2014	28,7	23,9	42	11,8 (1 195)	16,4 (776)	7,8 (419)
Danemarca	2013	35,6	17,6	18	63,4 (2 397)	72,6 (1 048)	55,5 (1 061)
Germania	2012	23,1	11,1	19	37,9 (32 225)	57,5 (14 458)	29,7 (17 767)
Estonia	2008	–	13,6	24	3,2 (9)	7 (4)	0,5 (1)
Irlanda	2011	25,3	10,3	18	27,8 (2 645)	44,9 (1 696)	16 (847)
Grecia	2004	8,9	3,2	8	22,3 (1 046)	36,5 (699)	12,3 (338)
Spania	2013	30,4	17,0	27	32,6 (16 914)	45,7 (12 912)	15,9 (3 585)
Franța	2014	40,9	22,1	39	58 (24 003)	76,7 (6 897)	42,3 (8 248)
Croația	2012	15,6	10,5	18	14,1 (1 103)	64,4 (679)	6,5 (401)
Italia	2014	31,9	19,0	20	18,2 (9 321)	28,8 (5 267)	12,3 (4 054)
Cipru	2012	9,9	4,2	7	59,4 (634)	77,2 (436)	37,7 (182)
Letonia	2011	12,5	7,3	24	32,6 (269)	50,8 (210)	14,3 (59)
Lituania	2012	10,5	5,1	20	4,3 (92)	14,7 (50)	2,3 (42)
Luxemburg	–	–	–	–	25,5 (69)	28,6 (8)	29,6 (58)
Ungaria	2007	8,5	5,7	19	55,5 (2 603)	61,2 (1 910)	43,2 (537)
Malta	2013	4,3	–	10	9 (158)	31,8 (67)	5,9 (91)
Țările de Jos	2014	24,1	15,6	27	47,6 (5 061)	56,2 (3 429)	36 (1 632)
Austria	2008	14,2	6,6	14	32,2 (1 101)	50,9 (757)	17,8 (344)
Polonia	2014	16,2	9,8	23	34,6 (2 483)	44,6 (1 540)	25 (877)
Portugalia	2012	9,4	5,1	16	28,4 (812)	50,8 (690)	8,1 (122)
România	2013	4,6	3,3	7	37,2 (973)	61,4 (858)	9 (104)
Slovenia	2012	15,8	10,3	23	12,2 (51)	36,4 (40)	3,3 (10)
Slovacia	2010	10,5	7,3	21	20,5 (509)	28,6 (331)	12,5 (159)
Finlanda	2014	21,7	13,5	12	20,5 (132)	35,1 (93)	10,3 (39)
Suedia	2014	14,4	6,3	6	13,2 (4 141)	20,7 (2 372)	8,9 (1 717)
Regatul Unit ([1])	2014	29,2	11,7	19	26 (25 278)	46,6 (15 895)	14,8 (9 137)
Turcia	2011	0,7	0,4	4	9 (955)	11,3 (634)	6,4 (321)
Norvegia	2014	21,9	8,6	5	22,7 (1 946)	–	–
Uniunea Europeană	**–**	**24,8**	**13,3**	**–**	**31 (138 783)**	**46 (75 133)**	**20,1 (53 241)**
UE, Turcia și Norvegia	**–**	**–**	**–**	**–**	**30,4 (141 684)**	**44,9 (75 767)**	**19,8 (53 562)**

Estimările privind prevalența în rândul populației școlare provin din anchetele naționale desfășurate în școli sau din proiectul ESPAD.
([1]) Estimările privind prevalența în rândul populației generale se referă la Anglia și Țara Galilor.

TABELUL A6

ALȚI INDICATORI

	Decese induse de consumul de droguri (15-64 de ani)	Cazuri de infectare cu HIV diagnosticate care pot fi atribuite consumului 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)	Anul estimării	cazuri la 1 000 de persoane	total
Belgia	9 (66)	1 (11)	2014	2,4–4,9	926 391
Bulgaria	3,1 (15)	6,3 (46)	–	–	417 677
Republica Cehă	5,2 (37)	1 (10)	2014	6,1–6,8	6 610 788
Danemarca	55,1 (200)	2 (11)	–	–	–
Germania	18,6 (993)	1,4 (111)	–	–	–
Estonia	113,2 (98)	50,9 (67)	2009	4,3–10,8	2 110 527
Irlanda	71,1 (214)	5,4 (25)	–	–	393 275
Grecia	–	9,3 (102)	2014	0,6–0,9	368 246
Spania	13 (402)	2,5 (115)	2013	0,2–0,4	2 269 112
Franța	5,4 (227)	1 (64)	–	–	–
Croația	20,8 (59)	0 (0)	2012	0,4–0,6	196 150
Italia	8 (313)	2,3 (141)	–	–	–
Cipru	10 (6)	3,5 (3)	2014	0,4–0,7	382
Letonia	10,6 (14)	37 (74)	2012	7,3–11,7	409 869
Lituania	44,2 (87)	12,9 (38)	–	–	154 889
Luxemburg	21,1 (8)	29,1 (16)	2009	4,5–6,9	253 011
Ungaria	3,4 (23)	0,1 (1)	2008–09	0,8	460 977
Malta	6,9 (2)	0 (0)	–	–	314 027
Țările de Jos	10,8 (119)	0 (0)	2008	0,2–0,2	–
Austria	21,1 (121)	2,5 (21)	–	–	5 157 666
Polonia	8,5 (225)	1 (37)	–	–	105 890
Portugalia	4,5 (31)	3,8 (40)	2012	1,9–2,5	1 677 329
România	2,4 (33)	7,7 (154)	–	–	1 979 259
Slovenia	20 (28)	1 (2)	–	–	494 890
Slovacia	3,1 (12)	0,2 (1)	–	–	274 942
Finlanda	47,4 (166)	1,3 (7)	2012	4,1–6,7	4 522 738
Suedia	92,9 (569)	0,8 (8)	2008–11	1,3	203 847
Regatul Unit ([1])	55,9 (2 332)	2 (131)	2004–11	2,9–3,2	7 199 660
Turcia	9,2 (479)	0,1 (10)	–	–	–
Norvegia	67,8 (228)	1,4 (7)	2013	2,1–2,9	2 124 180
Uniunea Europeană	**19,2 (6 400)**	**2,4 (1 236)**	**–**	**–**	**–**
UE, Turcia și Norvegia	**18,3 (7 107)**	**2,1 (1 253)**	**–**	**–**	**–**

Compararea deceselor induse de consumul de droguri trebuie realizată cu precauție dintr-o serie de motive, printre care se numără metodele de codificare, gradul de acoperire și subraportarea în unele țări.

([1]) Datele privind distribuirea seringilor se referă la Scoția și Țara Galilor (2014), precum și la Irlanda de Nord (2013).

TABELUL A7

CAPTURI

	Heroină		Cocaină		Amfetamine		MDMA	
	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	comprimate (kg)	total
Belgia	149	2 288	9 293	4 268	208	3 434	44 422 (3)	1 693
Bulgaria	940	137	27	39	216	–	16 845 (148)	–
Republica Cehă	157	65	5	144	51	1 179	1 338 (0,08)	119
Danemarca	13	447	90	2 395	295	1 867	54 690 (–)	688
Germania	780	2 857	1 568	3 395	1 484	13 759	486 852 (–)	3 122
Estonia	<0,01	8	3	57	67	319	9 822 (3)	147
Irlanda	61	954	66	405	23	75	465 083 (–)	402
Grecia	2 528	2 277	297	418	6	64	102 299 (9)	42
Spania	244	6 671	21 685	38 458	839	4 079	559 221 (–)	3 054
Franța	990	–	6 876	–	321	–	940 389 (–)	–
Croația	47	132	6	231	14	582	– (3)	517
Italia	931	2 123	3 866	4 783	6	184	– (29)	262
Cipru	0	11	32	107	1	73	17 247 (1,1)	28
Letonia	0,8	229	8	44	15	640	119 (0,3)	15
Lituania	7	129	116	13	10	130	– (1,9)	16
Luxemburg	7	150	5	169	0,07	9	247 (–)	4
Ungaria	70	31	40	143	17	673	13 020 (0,4)	275
Malta	2	33	5	136	0,01	3	334 (–)	31
Țările de Jos	750	–	10 000	–	681	–	2 442 190 (–)	–
Austria	56	428	31	1 078	21	930	5 001 (–)	212
Polonia	273	–	31	–	824	–	62 028 (–)	–
Portugalia	39	690	3 715	1 042	2	77	684 (0,6)	145
România	26	218	34	79	4	40	317 966 (0,03)	212
Slovenia	5	289	182	179	22	–	218 (0,1)	–
Slovacia	0,1	78	0,02	17	6	672	419 (–)	44
Finlanda	0,09	113	6	205	298	3 149	131 700 (–)	795
Suedia	24	514	29	142	439	5 286	6 105 (8)	920
Regatul Unit	785	10 913	3 562	19 820	1 730	6 725	423 000 (–)	3 913
Turcia	12 756	7 008	393	784	142	403	3 600 831 (–)	3 706
Norvegia	44	1 294	149	1 101	420	8 145	54 185 (11)	502
Uniunea Europeană	**8 883**	**31 785**	**61 578**	**77 767**	**7 599**	**43 949**	**6 101 249 (209)**	**16 656**
UE, Turcia și Norvegia	**21 683**	**40 087**	**62 120**	**79 652**	**8 162**	**52 497**	**9 756 265 (219)**	**20 864**

Grupul „amfetamine" cuprinde atât amfetamina, cât și metamfetamina.
Toate datele sunt pentru anul 2014, cu excepția Țărilor de Jos (2012), a Finlandei (numărul de capturi, 2013) și a Regatului Unit (2013).

TABELUL A7

CAPTURI (continuare)

	Rășină de canabis		Plantă de canabis		Plante de canabis	
	Cantitate capturată	Număr de capturi	Cantitate capturată	Număr de capturi	Cantitate capturată	Număr de capturi
Țara	kg	total	kg	total	plante (kg)	total
Belgia	841	5 554	10 744	28 086	356 388 (–)	1 227
Bulgaria	2	14	1 674	3 516	21 516 (–)	100
Republica Cehă	15	73	570	2 833	77 685 (–)	484
Danemarca	2 211	9 988	58	3 000	11 792 (675)	262
Germania	1 755	5 201	8 515	31 519	132 257 (–)	2 400
Estonia	273	31	352	507	– (13)	30
Irlanda	677	258	1 102	1 770	6 309 (–)	340
Grecia	36	176	19 568	6 985	14 173 (–)	587
Spania	379 762	174 566	15 174	175 086	270 741 (–)	2 252
Franța	36 917	–	10 073	–	158 592 (–)	–
Croația	2	371	1 640	5 591	3 602 (–)	188
Italia	113 152	5 303	33 441	8 294	121 659 (–)	1 773
Cipru	0,1	12	203	901	487 (–)	44
Letonia	30	38	27	366	– (11)	16
Lituania	841	24	79	341	– (–)	–
Luxemburg	1	78	13	1 015	97 (–)	11
Ungaria	8	101	529	2 058	3 288 (–)	146
Malta	42	39	70	176	8 (–)	5
Țările de Jos	2 200	–	12 600	–	1 600 000 (–)	–
Austria	101	1 380	1 326	10 088	– (281)	408
Polonia	99	–	270	–	95 214 (–)	–
Portugalia	32 877	3 472	108	555	4 517 (–)	302
România	15	154	145	1 967	– (422)	93
Slovenia	2	73	535	3 673	11 067 (–)	212
Slovacia	0,1	12	113	1 061	496 (–)	20
Finlanda	52	1 467	313	6 167	21 800 (189)	3 409
Suedia	877	6 547	1 041	10 028	– (–)	–
Regatul Unit	1 134	14 105	18 705	147 309	484 645 (–)	15 744
Turcia	30 635	3 972	92 481	41 594	– (–)	3 017
Norvegia	1 919	10 509	505	6 534	– (276)	383
Uniunea Europeană	**573 921**	**229 037**	**139 286**	**452 892**	**3 396 333 (1 592)**	**30 053**
UE, Turcia și Norvegia	**606 475**	**243 518**	**232 271**	**501 020**	**3 396 333 (1 868)**	**33 453**

Toate datele sunt pentru anul 2014, cu excepția Țărilor de Jos (2012), a Finlandei (numărul de capturi, 2013) și a Regatului Unit (2013).

CUM VĂ PUTEȚI PROCURA PUBLICAȚIILE UNIUNII EUROPENE?

Publicații gratuite

un singur exemplar:
pe site-ul EU Bookshop (http://bookshop.europa.eu)

mai multe exemplare/postere/hărți:
de la reprezentanțele Uniunii Europene
(http://ec.europa.eu/represent_ro.htm),
de la delegațiile din țările care nu sunt membre ale UE
(http://eeas.europa.eu/delegations/index_ro.htm)
sau contactând rețeaua Europe Direct
(http://europa.eu/europedirect/index_ro.htm)
la numărul 00 800 6 7 8 9 10 11
(gratuit în toată UE) (*).

(*) Informațiile primite sunt gratuite, la fel ca și cea mai mare parte a apelurilor telefonice (unii operatori și unele cabine telefonice și hoteluri taxează totuși aceste apeluri).

Publicații contra cost

pe site-ul EU Bookshop (http://bookshop.europa.eu)

emcdda

TD-AT-16-001-RO-N

Despre acest raport

Raportul „Tendințe și evoluții” prezintă o vedere de ansamblu, de nivel înalt, a fenomenului drogurilor în Europa, referindu-se la furnizarea de droguri, la consum și la problemele de sănătate publică asociate, precum și la politicile și măsurile de combatere a drogurilor. Pachetul format din prezentul raport și publicațiile online Buletin statistic, Rezumate de țară și Perspective în materie de droguri reprezintă Raportul european privind drogurile 2016.

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.

Oficiul pentru Publicații

ISBN 978-92-9168-893-7