



Observatorul European pentru
Droguri și Toxicomanie

RO

ISSN 2314-9183

Raportul european privind drogurile

Tendențe și evoluții

2015



Observatorul European pentru
Droguri și Toxicomanie

Raportul european privind drogurile

Tendințe și evoluții

2015

Notă

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

Europe Direct este un serviciu destinat să vă ajute să găsiți răspunsuri la întrebările pe care vi le puneți despre Uniunea Europeană

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

(*) 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).

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, 2015

ISBN 978-92-9168-800-5
doi:10.2810/963556

© Observatorul European pentru Droguri și Toxicomanie, 2015
Reproducerea textului este autorizată cu condiția menționării sursei

Printed in Spain

ȚIPĂRIT PE HÂRTIE ÎNĂLBITĂ FĂRĂ CLOR ELEMENTAR (ECF)



Observatorul European pentru
Droguri și Toxicomanie

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

Cuprins

5	Prefață
9	Notă introductivă și mulțumiri
11	REZUMAT Dinamica pieței drogurilor în Europa: influențe globale și diferențe la nivel locale
19	CAPITOLUL 1 Oferta de droguri și piața
39	CAPITOLUL 2 Consumul de droguri și problemele legate de droguri
61	CAPITOLUL 3 Răspunsuri medicale și sociale la problemele legate de droguri
75	ANEXĂ Tabele cu date naționale

| Prefață

Suntem mândri să vă prezentăm cea de a 20-a analiză anuală a situației drogurilor din Europa, sub forma Raportului european privind drogurile (*European Drug Report - EDR*) 2015.

În raportul din acest an veți găsi o prezentare pe larg a problemei drogurilor din Europa și a măsurilor luate pentru combaterea acesteia. Raportul Tendințe și evoluții reprezintă nucleul gamei de produse interconectate care alcătuiesc pachetul EDR. Pornind de la date culese la nivel european și național, acesta oferă o perspectivă de ansamblu asupra principalelor tendințe, măsuri și politici publice existente, însoțită de o analiză detaliată a problemelor de actualitate. Pachetul mai conține analize de ultimă oră privind intervențiile psihosociale, unitățile pentru consumul de droguri, abuzul de benzodiazepine și rutele utilizate pentru traficul de heroină.

Pe de altă parte, actualul EDR se prezintă sub forma unui pachet informativ multimedia integrat, care contrastează puternic cu raportul anual al EMCDDA privind situația drogurilor publicat pentru prima dată în 1996. Acum 20 de ani, demersul de a introduce sisteme de supraveghere armonizate în cele 15 state membre ale UE trebuie să fi fost perceput de agenție ca o provocare uriașă. De aceea, faptul că mecanismele de monitorizare incipiente înființate în 1995 s-au consolidat atât de mult, dând naștere unui sistem european care acoperă astăzi 30 de țări și care se bucură de recunoaștere pe plan mondial, constituie o reușită impresionantă.

Deși contribuția agenției la progresul înregistrat a fost însemnată, trebuie să menționăm că activitatea noastră depinde de strânsă colaborare cu partenerii. Practic, fără eforturile depuse de statele membre pentru dezvoltarea unor solide sisteme naționale de informații privind drogurile, această analiză la nivel european nu ar fi putut fi realizată.

Raportul se bazează pe datele colectate de rețeaua Reitox – rețeaua punctelor focale naționale – în strânsă colaborare cu experții naționali. Analiza beneficiază și de pe urma cooperării noastre constante cu partenerii noștri: Comisia Europeană, Europol, Agenția Europeană pentru Medicamente și Centrul European de Prevenire și Control al Bolilor. Dorim să menționăm, de asemenea, contribuțiile a numeroase grupuri și inițiative de cercetare europene, fără de care raportul nostru ar fi fost mult mai sărac.

Nu doar raportul nostru a trecut printr-o transformare radicală în ultimii 20 de ani, ci și dimensiunea și natura problemei drogurilor din Europa. La înființarea agenției, Europa se afla în plină epidemie a consumului de heroină, iar nevoia de a reduce transmiterea HIV și numărul deceselor asociate cu SIDA erau factorii principali care stăteau la baza politicii privind drogurile. Astăzi, atât consumul de heroină, cât și problemele legate de HIV continuă să ocupe un loc central în raportul nostru, dar sunt plasate în contextul unor evoluții mai optimiste și al mai multor informații care permit identificarea celor mai eficace



măsuri de sănătate publică. Pe de altă parte, a crescut și complexitatea problemei, reflectată de faptul că multe dintre substanțele menționate în prezentul raport erau practic necunoscute în Europa la momentul înființării agenției.

În prezent, piețele europene ale drogurilor continuă să se caracterizeze prin procese rapide de schimbare și evoluție. Acest lucru este ilustrat de faptul că în 2014 s-au depistat peste o sută de noi substanțe psihoactive și s-au realizat evaluări ale riscului pentru șase noi droguri — ambele cifre reprezentând un record. Pentru a ține pasul cu aceste schimbări și pentru a garanta că analiza pe care o oferim ține seama de noile evoluții, EMCDDA continuă să conlucreze îndeaproape cu cercetătorii și practicienii în domeniu. Ca agenție, am acordat întotdeauna atenția cuvenită obligației de a furniza informații corecte și relevante din punctul de vedere al politicilor în timp util. Ne angajăm să îndeplinim în continuare acest deziderat și să garantăm că, indiferent de natura problemei cu care ne confruntăm în materie de droguri, măsurile adoptate în Europa se vor sprijini pe un sistem de informații care va fi mereu viabil, relevant și adecvat scopului urmărit.

João Goulão

Președintele Consiliului de administrație al EMCDDA

Wolfgang Götz

Directorul EMCDDA

Notă introductivă și mulțumiri

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

Scopul său este să ofere o privire de ansamblu și o sinteză cu privire la situația drogurilor în Europa, precum și la măsurile adoptate în acest sens. Datele statistice prezentate aici se referă la anul 2013 (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. De asemenea, cititorii trebuie să aibă în vedere faptul că monitorizarea tiparelor și a tendințelor legate de un comportament condamnat de societate și pe care oamenii îl ascund, cum este consumul de droguri, ridică probleme atât de ordin practic, cât și metodologic. Din acest motiv, analiza pe care o conține raportul utilizează surse de date multiple. Deși se observă îmbunătățiri considerabile atât la nivel național, cât și cu privire la rezultatele care se pot obține dintr-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. Tot acolo se găsesc 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 colectat datele 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 Vămirilor, Proiectului european de anchete în școli privind consumul de alcool și alte droguri (ESPAD), Grupului de bază pentru analiza apelor uzate – Europa (*Sewage Analysis Core Group Europe* – SCORE) și Consiliului suedez de informare privind alcoolul și alte droguri (CAN);
- Centrului de Traduceri pentru Organismele Uniunii Europene, designerilor de la Missing Element, 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 furnizează agenției EMCDDA informații privind drogurile. Datele de contact ale punctelor focale naționale sunt disponibile pe site-ul EMCDDA.

Rezumat

**Din analiza curentă reiese clar
că factorii globali prezintă o relevanță
majoră pentru oferta de droguri
și pentru dezbaterile legate de politici**

Dinamica pieței drogurilor în Europa: influențe globale și diferențe la nivel local

Principalele constatări ale celei mai recente analize efectuate de EMCDDA cu privire la problema drogurilor în Europa evidențiază o situație caracterizată de continuarea tiparelor și a tendințelor pe termen lung, dar și de apariția de noi modele de consum și adoptarea de noi măsuri. Din analiza curentă reiese clar că factorii globali prezintă o relevanță majoră pentru oferta de droguri și pentru dezbaterile legate de politici, în timp ce noile tendințe se caracterizează în principal prin modele locale de consum și răspunsuri locale la probleme. Linia de demarcație între drogurile oferite pe piață ca droguri „vechi” și cele oferite ca „noi” este tot mai greu de trasat și, după cum drogurile noi imită tot mai mult tipurile clasice de substanțe, tot așa măsurile adoptate ca reacție la drogurile noi se pot inspira din măsurile fundamentate pe dovezi introduse pentru contracararea problemelor cauzate de drogurile clasice.

Canabisul în centrul atenției

În timp ce inițiativele de reglementare a comercializării cannabisului și a produselor pe bază de cannabis demarate în America de Nord și de Sud stârnesc interes pe plan internațional și dau naștere la dezbateri, în Europa discuțiile pe această temă continuă să se axeze în mare parte pe potențialele costuri medicale asociate acestui drog. Conform noilor date, cannabisul ocupă un loc fruntaș în statisticile referitoare la infracțiunile legate de droguri, 80 % dintre capturi fiind capturi de cannabis, în timp ce consumul sau posesia de cannabis pentru consum personal reprezintă 60 % din totalul infracțiunilor la regimul drogurilor raportate (a se vedea figura). În plus, producerea și traficul acestui drog sunt considerate domenii de importanță crescândă pentru eforturile de aplicare a legii, ca urmare a implicării tot mai mari a grupărilor de crimă organizată. Cu toate acestea, există diferențe mari între țări în ceea ce privește sentințele pronunțate pentru infracțiunile legate de furnizarea acestui drog: conform experților naționali, sancțiunile pentru furnizarea unui kilogram de cannabis ca primă infracțiune săvârșită variază de la sub un an până la 10 ani de închisoare.

Noile date relevă și faptul că sistemele de tratament pentru consumul de droguri din Europa acordă o importanță sporită cannabisului, înregistrându-se o creștere a admițiilor la tratament pentru probleme legate de cannabis. Această creștere trebuie înțeleasă în contextul practicilor de trimitere și furnizare a tratamentului specializat. De exemplu, în anumite țări, o mare parte dintre admițiile la tratament au loc prin trimitere impusă de sistemul de justiție penală. Datele sunt influențate și de

diversele definiții și practici naționale legate de tratamentul tulburărilor cauzate de cannabis, care pot varia de la o scurtă sesiune de consiliere furnizată online până la internarea într-un centru de tratament rezidențial. Și disponibilitatea tratamentului pentru consumatorii de cannabis pare să se îmbunătățească, probabil datorită unei mai bune conștientizări a necesității acestor servicii și, în anumite țări, ca urmare a creșterii capacității de tratament datorită scăderii admiterilor la tratament pentru consumul altor droguri. Indiferent de tipul de tratament, în cazul problemelor provocate de cannabis, dovezile existente sprijină intervențiile psihosociale. Aceste abordări sunt examinate într-una dintre analizele care însoțesc prezentul raport. În plus, date recente provenind din studii referitoare la accidente și urgențe medicale indică o înmulțire a problemelor medicale acute asociate produselor din cannabis cu mare putere imunogenă. În contextul disponibilității sporite a acestui tip de produse, este evident că monitorizarea problemelor medicale acute asociate cu consumul acestui drog ar trebui să fie îmbunătățită.

Este creșterea puterii imunogene efectul concurenței de pe piață?

Din datele colectate în acest an reiese că s-au înregistrat creșteri pe termen mediu sau scurt ale purității sau puterii imunogene pentru toate drogurile frecvent consumate în Europa. Cauzele acestui fenomen sunt complexe, dar printre ele par să se regăsească atât inovațiile de ordin tehnic, cât și concurența de pe piață. În cazul cannabisului,

în condițiile în care în ultimii ani produsele din plante cu mare putere imunogenă fabricate pe plan intern au câștigat o cotă de piață tot mai mare, datele curente indică o creștere a puterii imunogene a rășinii importate, ceea ce este de natură să genereze schimbări în practicile de producție. Inovația la nivelul pieței și creșterea purității sunt evidente și în cazul MDMA. După o perioadă în care pastilele vândute sub denumirea de „ecstasy” ajunseseră să fie cunoscute printre consumatori ca fiind de calitate proastă și cu puritate scăzută, fapt confirmat și de analizele de laborator, pudra și pastilele de MDMA de mare puritate sunt acum tot mai prezente pe piață. Introducerea pe piață a pudrei sau cristalelor de MDMA de mare puritate pare să fie o strategie deliberată, menită să scoată în evidență această formă a substanței și să o facă mai atrăgătoare pentru consumatori. De asemenea, au început să apară comprimate care conțin doze mari, cu forme și marcaje ieșite din comun, probabil din aceleași rațiuni de marketing. În cursul anului trecut, EMCDDA și Europol au emis un avertisment în care atrăgeau atenția asupra riscurilor medicale pe care le comportă consumul produselor pe bază de MDMA de foarte mare puritate. În plus, au fost emise avertismente în legătură cu comprimatele vândute ca ecstasy, dar care conțin PMMA, uneori în combinație cu MDMA. Farmacologia acestui drog îl face să fie un motiv deosebit de îngrijorare pentru sănătatea publică.

În cazul MDMA și al substanțelor sintetice în general, calitatea și cantitatea produselor sunt determinate în mare parte de disponibilitatea precursorilor chimici. Inovațiile sunt evidente și în acest domeniu, în special la nivelul practicilor de producție, după cum demonstrează

MAJORITATEA INFRAȚIUNILOR LA REGIMUL DROGURILOR PRIVESC CANNABISUL

1,25 milioane
de infracțiuni la regimul
drogurilor

781 000

Utilizarea de cannabis*

223 000

Utilizarea altor droguri

116 000

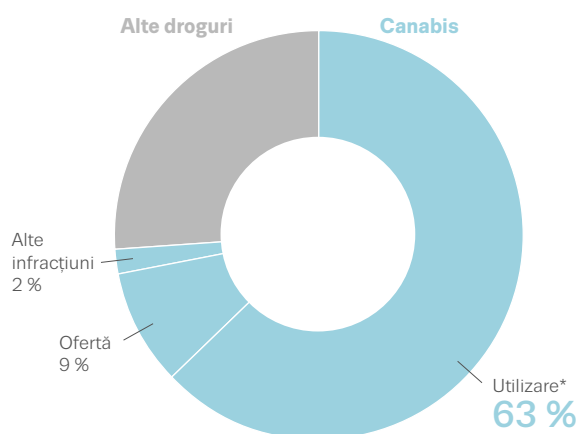
Ofertă de cannabis

86 000

Oferta altor droguri

42 000

Alte infracțiuni



* „Utilizarea” cuprinde infracțiunea de consum și de deținere pentru uz personal.

procedeele de sinteză chimică utilizate și capacitatea mare a unora dintre instalațiile de producție descoperite recent. S-a sugerat, de asemenea, că în unele țări disponibilitatea noilor substanțe psihoactive poate juca un rol în acest sens. De exemplu, s-a constatat că uneori canabinoizii sintetici și catinonele sintetice de bună calitate fac concurență directă drogurilor clasice, dar de calitate proastă și puțin mai scumpe.

Schimbări survenite pe piața europeană a heroinei

Problemele legate de heroină continuă să genereze o mare parte dintre costurile medicale și sociale ale drogurilor în Europa, deși evoluțiile recente din domeniu sunt relativ favorabile. Conform datelor recente, admiterile la tratament și efectele nocive asociate consumului de heroină continuă să scadă, dar o serie de indicatori referitori la piață dau motive de îngrijorare. Potrivit estimărilor ONU, s-a intensificat considerabil producția de opiu din Afganistan, țara care furnizează cea mai mare parte din heroina consumată în Europa. Așadar, este posibil să se înregistreze un efect de domino în ceea ce privește cantitatea disponibilă pe piață, și este îngrijorător că estimările legate de puritatea heroinei care se poate cumpăra în Europa arată o creștere. Datele recente arată că în țările în care s-a observat o creștere a purității s-au înmulțit și decesele cauzate de supradoze. Nu este clar dacă există o legătură între cele două, dar este o ipoteză care merită cercetată. Natura clandestină a pieței drogurilor impune precauție în orice analiză a dinamicii sale. Cu toate acestea, există indicii privind furnizarea heroinei pe piețele din Europa prin metode inovatoare și există condiții pentru revenirea drogului. Printre semnele care indică o schimbare a metodelor de furnizare se numără laboratoarele de preparare a heroinei depistate în Europa – nemaiîntâlnite până acum –, precum și adaptarea rutelor folosite pentru traficul de heroină și a modului de operare al grupurilor infracționale. Tranzitul heroinei din Afganistan și Pakistan până în Europa prin Africa continuă să fie un motiv de îngrijorare. Cifrele legate de capturi arată clar rolul geografic al Turciei ca poartă de acces pentru introducerea și scoaterea drogurilor din Uniunea Europeană, iar capturile de heroină din această țară și-au revenit parțial după valoarea minimă înregistrată în 2011. Aceste aspecte sunt examinate în analiza traficului de heroină care însoțește prezentul raport.

Pacienții mai în vârstă pun probleme noi serviciilor de tratament

Orice potențială creștere a cantității de heroină disponibilă trebuie privită în contextul general al stagnării cererii pentru

acest drog, în mare parte ca urmare a scăderii ratei de atragere de noi consumatori și a înscrierii multor consumatori de heroină în programe de tratament. Pe lângă beneficiile terapeutice, rata ridicată de includere în programe de tratament din Europa, estimată la cel puțin 50 % din cazuri, este de natură să restrângă piața Uniunii Europene și chiar să o facă mai puțin atrăgătoare pentru furnizorii acestui drog. Dependența de heroină este o afecțiune cronică, iar previziunile mai vechi, potrivit cărora serviciile de asistență vor trebui să se adapteze la nevoile unei cohorte de oameni mai în vârstă, sunt confirmate de analiza prezentată în raportul de față. Asigurarea de asistență medicală și socială adecvată pentru acest grup este o provocare tot mai dificilă pentru serviciile de tratament, fiind complicată și de problemele cu care se confruntă acești oameni pe fondul consumului pe termen lung al altor substanțe, cum ar fi tutunul și alcoolul. Un fenomen mai puțin documentat, dar examinat într-una dintre noile analize care însoțesc acest raport, este abuzul de benzodiazepine în rândul consumatorilor de droguri de mare risc. Abuzul de benzodiazepine în combinație cu opiaceele este asociat cu un risc crescut de supradoză. Elaborarea unor măsuri eficiente de reducere a numărului deceselor cauzate de supradoze continuă să fie una dintre principalele provocări ale Europei în materie de politici. Printre evoluțiile din acest domeniu se numără introducerea unor strategii direcționate, programele de distribuire de naloxonă și inițiativele de prevenție adresate grupurilor cu risc ridicat. O practică consacrată în unele țări este asigurarea unor „camere pentru consumul supravegheat de droguri” cu scopul de a intra în contact cu consumatorii de droguri la care este greu de ajuns și de a diminua efectele nocive ale drogurilor, inclusiv numărul deceselor cauzate de supradoze. Prezentul raport este însoțit și de o trecere în revistă a serviciilor oferite în aceste spații.

În trecut, unul dintre principalii factori care dictau politica în materie de droguri și răspunsurile la problema heroinei, în special a consumului pe cale intravenoasă, era nevoia de a diminua obiceiurile care predispon la contractarea HIV și numărul cazurilor de infectare. Apariția recentă a unor focare și situația existentă în câteva țări europene subliniază nevoia de a se menține o vigilență permanentă și un nivel adecvat de furnizare a serviciilor. Cu toate acestea, tabloul pe termen lung indică o certă îmbunătățire a situației generale și ilustrează impactul pe care îl poate avea furnizarea unor servicii adecvate. Această constatare este relevantă și prin prisma eforturilor care se depun pentru scăderea ratelor relativ mari de infectare cu hepatită C în rândul consumatorilor de droguri injectabile. În ultima vreme au apărut noi tratamente eficiente ale acestei boli, dar costul lor este mare. Totuși, EMCDDA observă că în unele țări se depun eforturi pentru îmbunătățirea situației, cu sprijin de la nivel european.

Îmbinarea practicilor riscante legate de droguri cu cele sexuale: un motiv tot mai mare de îngrijorare

Analizele situaționale disponibile împreună cu raportul se concentrează adesea pe compararea diferențelor dintre țări, însă este important de reținut că unele obiceiuri privitoare la consumul de droguri țin de factori socio-culturali care nu sunt neapărat specifici unei anumite țări. Un exemplu în acest sens îl oferă un fenomen observat în câteva mari orașe europene, în care există îngrijorări legate de răspândirea practicii de injectare de droguri stimulente printre membrii unor mici grupuri de bărbați care întrețin relații homosexuale. Practici cum ar fi injectarea („slamming”) de metamfetamină, catinone și alte substanțe în cadrul așa-numitelor „chem-sex parties” (petreceri unde se consumă droguri în scopul și în timpul întreținerii de relații sexuale) au implicații atât pentru transmiterea HIV, cât și pentru transmiterea bolilor venerice, ceea ce evidențiază nevoia de coordonare a acțiunilor serviciilor competente. Acest fenomen este contrar tendinței europene de scădere în ansamblu a consumului de droguri injectabile în rândul majorității grupurilor de populație și evidențiază necesitatea generală de a acorda mai multă atenție legăturii dintre droguri și practicile sexuale riscante.

Internetul și aplicațiile: apariția piețelor virtuale de droguri

În ton cu evoluțiile din alte domenii, se observă o tendință tot mai accentuată de utilizare a internetului și a aplicațiilor ca platformă de livrare a serviciilor de tratament pentru droguri și a serviciilor de sănătate sexuală. Furnizarea de informații cu privire la droguri, programele de prevenție și serviciile de intervenție de proximitate se mută, în diverse grade, din spațiile fizice în mediile virtuale. Urmând același model, multe programe de tratament pentru dependența de droguri sunt acum implementate online, fiind astfel mai accesibile atât pentru grupurile țintă noi, cât și pentru cele existente.

Se observă, de asemenea, o tot mai clară conștientizare a rolului pe care îl poate juca internetul în furnizarea și comercializarea drogurilor. Atât substanțe psihoactive noi, cât și drogurile clasice sunt oferite spre vânzare pe internetul de suprafață („surface web”) și de adâncime („deep web”), deși amploarea fenomenului nu este cunoscută. Având în vedere că majoritatea sectoarelor comerciale înregistrează o reorientare a consumatorilor de la piețele fizice către cele online, este posibil ca în viitor piața online a drogurilor să fie unul dintre domeniile predilecte pe care ne vom concentra activitatea de monitorizare. Această evoluție va reprezenta, probabil, o

provocare și din perspectiva politicilor de control al drogurilor, întrucât schimbările – ca de exemplu apariția unor noi spații de vânzare și introducerea criptomonedelor – se pot produce rapid. Modelele de reglementare existente vor trebui să se adapteze astfel încât să poată funcționa într-un context mondial și virtual.

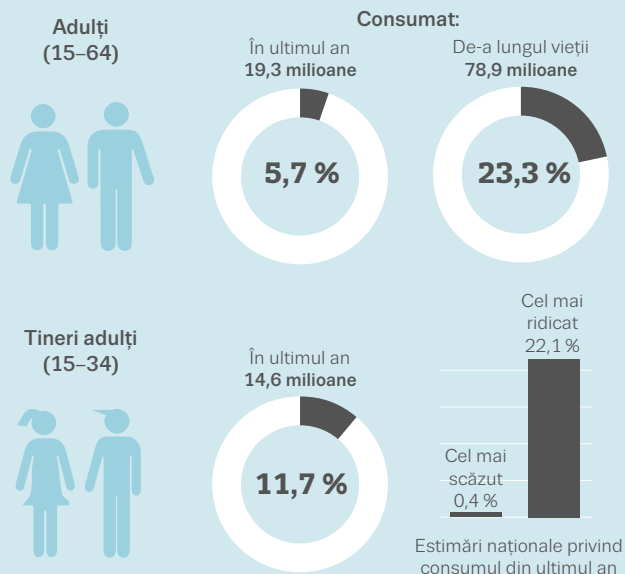
Prevalența noilor substanțe psihoactive: necesitatea de a avea o imagine mai clară a situației

Internetul a avut și are un rol important și în dezvoltarea pieței noilor substanțe psihoactive, atât direct, prin intermediul magazinelor online, cât și indirect, prin facilitarea accesului producătorilor la cercetări și date farmaceutice și prin crearea unui spațiu pentru schimbul de informații între potențialii consumatori. În rândul publicului și al factorilor de decizie, îngrijorarea în legătură cu consumul substanțelor psihoactive noi a crescut considerabil într-o perioadă scurtă de timp, dar până acum informațiile pe care le deținem cu privire la amploarea consumului și la efectele negative aferente nu au ținut pasul cu evoluțiile înregistrate. Acest lucru începe să se schimbe, tot mai multe țări făcând eforturi pentru a estima prevalența consumului acestor substanțe. Din motive metodologice, realizarea de estimări în acest domeniu este deosebit de dificilă; până în prezent, estimările naționale s-au dovedit greu de comparat. Și totuși, există date care pot fi comparate. Deși ca instrument de estimare a prevalenței consumului recentul Eurobarometru Flash privind tinerii și drogurile suferă de unele limitări metodologice, acesta oferă, totuși, date din toate statele membre prin utilizarea unui chestionar standardizat. Rezultatele studiului sugerează că nivelul consumului de noi substanțe psihoactive de-a lungul vieții rămâne scăzut în rândul tinerilor în majoritatea țărilor.

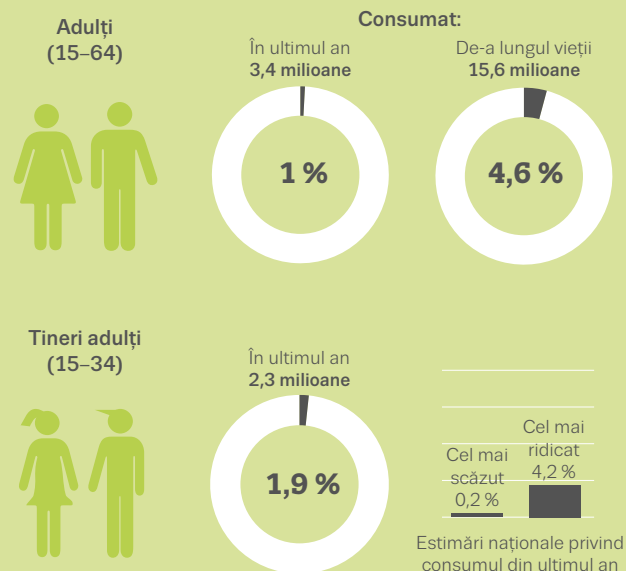
Alte studii nou apărute ne ajută să ne formăm o imagine despre anumite forme particulare ale consumului de substanțe psihoactive noi. Deși aceste studii nu pot fi considerate reprezentative, ele arată că consumul de substanțe psihoactive noi are loc în cadrul unor grupuri foarte diverse, cum ar fi elevii, amatorii de petreceri, persoanele care explorează stări de conștiință modificate, deținuții și consumatorii de droguri injectabile. Există o înțelegere tot mai bună și a motivațiilor care determină consumul. Acestea sunt la rândul lor variate și cuprind factori precum regimul juridic, disponibilitatea și costul, precum și dorința de a evita depistarea și preferințele pentru anumite proprietăți farmacologice. Există și indicii că noile substanțe psihoactive funcționează pe piață ca substitute pentru drogurile ilegale clasice în perioadele în care acestea sunt greu de procurat sau sunt de calitate

SCURTĂ PREZENTARE A ESTIMĂRII PRIVIND CONSUMUL DE DROGURI ÎN UNIUNEA EUROPEANĂ

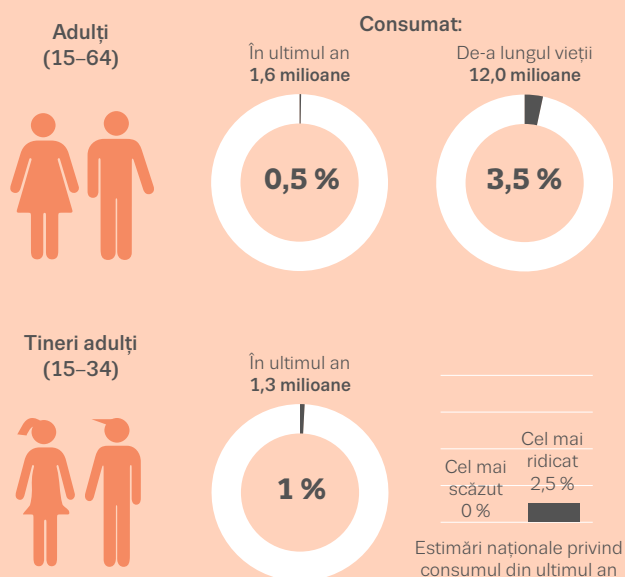
Canabis



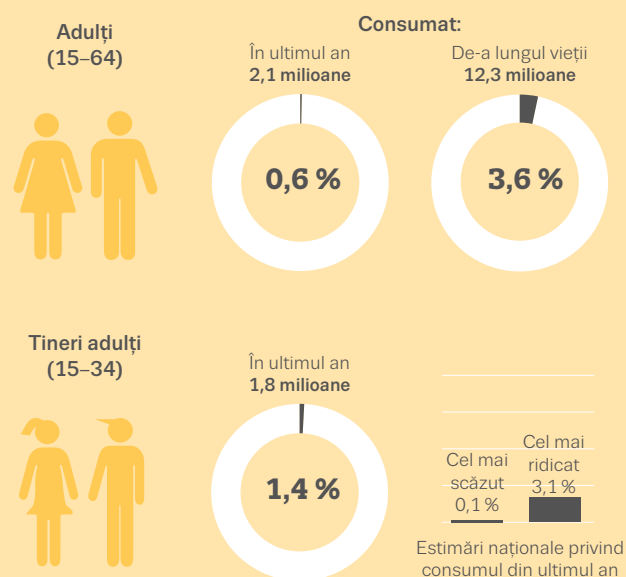
Cocaină



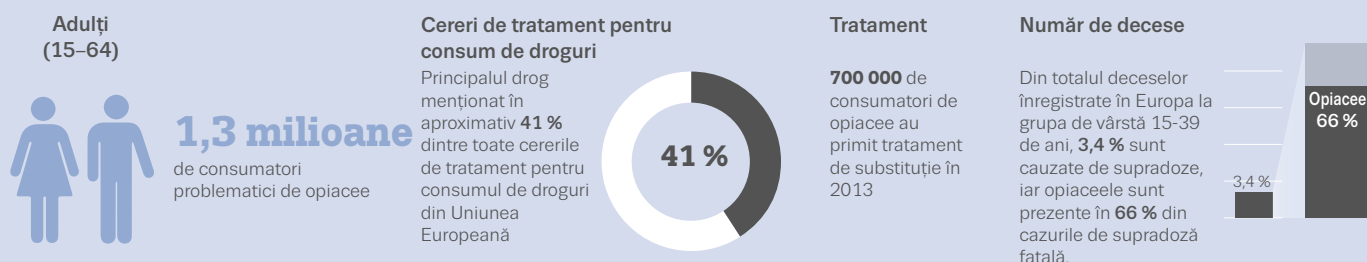
Amfetamine



Ecstasy



Opiacee



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

slabă. De exemplu, popularitatea de care s-a bucurat mefedrona în unele țări la începutul deceniului s-a datorat parțial calității inferioare a drogurilor stimulente ilegale precum MDMA și cocaina. Va fi interesant de observat dacă creșterea puterii imunogene și a purității drogurilor clasice, înregistrată în prezent, va avea vreun impact asupra consumului de substanțe psihoactive noi.

Numărul substanțelor psihoactive noi identificate pe piața drogurilor continuă să crească

Deși consumul de substanțe psihoactive noi pare să fie în general redus, ritmul apariției drogurilor noi nu a încetinit. Raportările transmise sistemului de avertizare rapidă al UE arată că atât varietatea, cât și cantitatea substanțelor psihoactive noi de pe piața europeană sunt în continuă creștere. În 2014 au fost depistate pentru prima dată 101 substanțe psihoactive noi și este interesant de remarcat că noile droguri care apar pe piață, în principal canabinoizii sintetici, drogurile stimulente, substanțele halucinogene și opiaceele, imită substanțele clasice. În prezentul raport, EMCDDA prezintă noi date referitoare la cantitățile capturate din aceste substanțe. Este important de menționat că metoda de colectare a datelor diferă de cea folosită pentru monitorizarea periodică a capturilor de droguri și că cele două seturi de date nu pot fi comparate direct.

Cele șase evaluări ale riscului efectuate în 2014 reprezintă un număr record, care arată cât este de important să se acorde atenția cuvenită substanțelor cu efecte deosebit de nocive. La această reușită a contribuit și înmulțirea informațiilor disponibile referitoare la urgențele spitalicești și la toxicologie. Însă în ciuda unei mai bune monitorizări a problemelor medicale acute cauzate de droguri, capacitatea redusă care există în acest domeniu continuă să ne limiteze perspectiva nu doar asupra impactului substanțelor psihoactive noi asupra sănătății publice, ci și asupra impactului mai general al modelelor contemporane de consum de droguri.

Răspunsurile medicale și sociale la provocările legate de drogurile noi au fost fragmentare și lente, dar acum iau avânt. Acestea se disting printr-o mare varietate de eforturi, care reflectă întreaga gamă de răspunsuri la substanțele ilegale clasice, de la educația în materie de droguri și activități de formare până la intervenții de protecție a consumatorilor, conduse de consumatorii înșiși pe internet, și la programe de schimb de ace și seringi bazate pe servicii cu acces necondiționat.

1

**Europa constituie o piață importantă
pentru droguri, care este susținută atât
de producția internă, cât și de drogurile
traficate din alte regiuni**

Oferta de droguri și piața

În contextul global, Europa constituie o piață importantă pentru droguri, fiind susținută atât de producția internă, cât și de drogurile traficate din alte regiuni. America Latină, vestul Asiei și nordul Africii reprezintă surse importante pentru drogurile care ajung în Europa, iar unele droguri și unii precursori de droguri tranzitează Europa în drum spre alte continente. Europa este, de asemenea, o regiune producătoare de canabis și droguri sintetice, canabisul fiind produs în special pentru consumul local, în timp ce unele droguri sintetice sunt produse pentru a fi exportate către alte zone ale lumii.

Monitorizarea piețelor, a ofertei de droguri și a legislației în domeniul drogurilor

Analiza prezentată în acest capitol se bazează pe datele raportate privind capturile de droguri, unitățile de producție de droguri distruse, infracțiunile la regimul drogurilor, prețurile cu amănuntul ale drogurilor, puritatea și puterea imunogenă a acestora. În unele domenii, absența datelor privind capturile din anumite țări îngreunează analizarea tendințelor. Seturile complete de date și notele metodologice pot fi consultate în Buletinul statistic online. Trebuie precizat că tendințele pot fi influențate de o serie de factori, printre care se numără nivelul activităților de aplicare a legii și eficacitatea măsurilor de interdicție.

De asemenea, în acest capitol se prezintă date privind capturile de substanțe psihoactive noi, raportate de partenerii naționali ai EMCDDA și ai Europol către sistemul de avertizare rapidă al UE. Întrucât aceste informații provin mai degrabă din rapoarte de caz decât din sistemele de monitorizare de rutină, aceste estimări privind capturile reprezintă cifre 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 avertizare rapidă poate fi consultată pe site-ul EMCDDA, la secțiunea Action on new drugs (Acțiuni privind drogurile noi).

În Baza de date legislativă europeană privind drogurile online sunt disponibile date cuprinzătoare referitoare la legislația europeană în domeniul drogurilor. Punerea în aplicare a acestei legislații este monitorizată prin intermediul rapoartelor privind infracțiunile la regimul drogurilor.

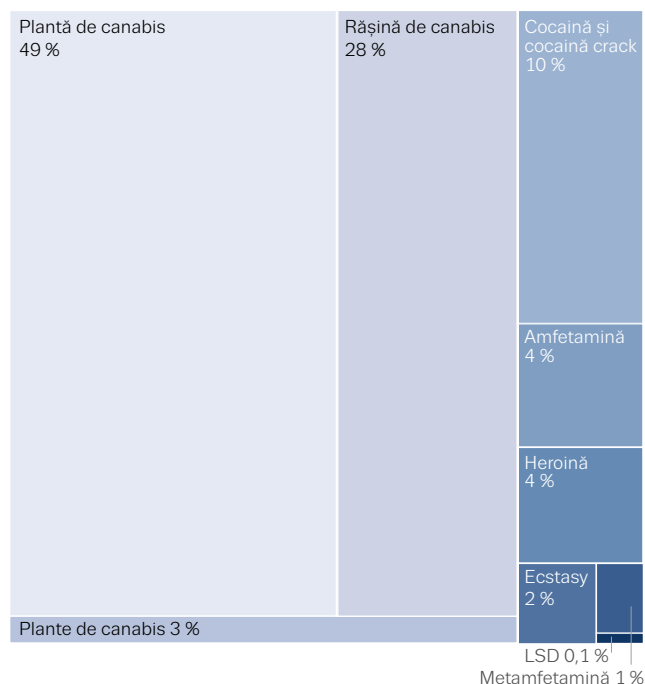
În multe țări europene există piețe considerabile pentru cannabis, heroină și amfetamine încă din anii 1970 și 1980. De-a lungul timpului, și alte substanțe au câștigat o poziție importantă pe piață, inclusiv MDMA în anii 1990 și cocaina în anii 2000. Piața evoluează în continuare, în ultimul deceniu înregistrându-se apariția unei game largi de substanțe psihoactive noi. Și în ceea ce privește caracterul pieței drogurilor ilegale se produce o schimbare, determinată de globalizare, tehnologie și internet. Inovarea producției de droguri și a metodelor de trafic, precum și apariția unor rute noi de trafic constituie provocări suplimentare în acest domeniu.

Măsurile ce vizează combaterea ofertei de droguri implică o multitudine de actori din cadrul autorităților administrative și de aplicare a legii, depinzând adesea de cooperarea internațională. Pozițiile adoptate de diferitele state în acest domeniu se reflectă și în legislațiile lor naționale privind drogurile. Datele privind arestările și capturile reprezintă indicatorii cel mai bine documentați pentru eforturile de combatere a ofertei de droguri.

Canabisul este drogul capturat cel mai frecvent, reprezentând aproximativ 8 din 10 capturi în Europa

FIGURA 1.1

Proporția numărului de capturi raportate pentru principalele droguri ilegale, 2013



Capturile de droguri din Europa: preponderența cannabisului

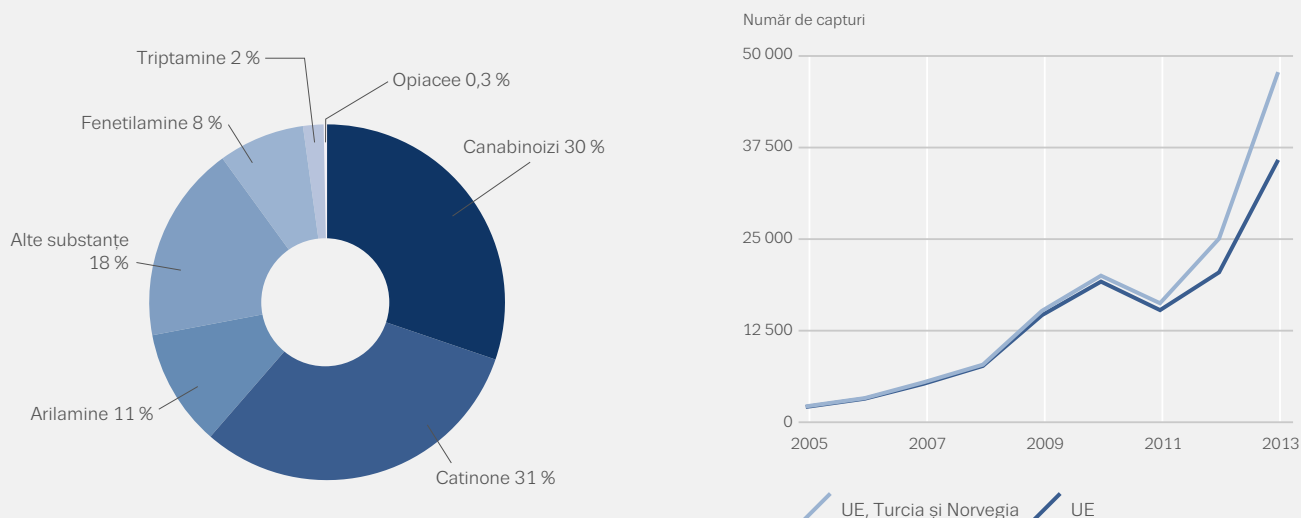
Anual, în Europa se raportează aproximativ un milion de capturi de droguri ilegale. Cele mai multe dintre acestea sunt cantități mici de droguri confiscate de la consumatori, dar o mare parte din cantitatea totală de droguri capturate este reprezentată de transporturile mari, de ordinul kilogramelor,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

Canabisul este drogul capturat cel mai frecvent, reprezentând aproximativ 8 din 10 capturi în Europa (figura 1.1), ceea ce reflectă prevalența relativ ridicată a consumului acestui drog. Cocaina se plasează pe locul al doilea, cu un număr de capturi raportate de peste două ori mai mare în comparație cu amfetaminele sau heroina. Numărul capturilor de ecstasy este relativ redus.

În 2013, aproximativ două treimi din numărul total al capturilor raportate în Uniunea Europeană au provenit doar din două țări, Spania și Regatul Unit, deși s-a raportat un număr considerabil de capturi și în Belgia, Germania, Italia și patru țări nordice. Trebuie precizat faptul că nu sunt disponibile date recente privind numărul de capturi pentru Franța și Țările de Jos – țări care au raportat în trecut un număr ridicat de capturi –, și nici pentru Polonia. Absența acestor date aduce un plus de incertitudine analizei prezentate în capitolul de față. În plus, Turcia este o țară importantă în ceea ce privește capturile de droguri, unele

FIGURA 1.2

Numărul de capturi de substanțe psihoactive noi raportate către sistemul de avertizare rapidă al UE: defalcare pe categorii principale de substanțe a capturilor din 2013 (stânga) și pe tendințe (dreapta)



dintre drogurile interceptate aici fiind destinate consumului în alte țări, atât din Europa, cât și din Orientul Mijlociu.

De asemenea, aici se prezintă date privind numărul tot mai mare de capturi de substanțe psihoactive noi raportate către sistemul de avertizare rapidă al UE. În 2013 s-au raportat în jur de 35 000 de capturi, în special de canabinoizi sintetici și catinone (figura 1.2). Această cifră trebuie considerată o estimare minimă, având în vedere lipsa unei raportări sistematice în acest domeniu. Trebuie precizat că aceste date nu sunt direct comparabile cu datele referitoare la drogurile uzuale, precum cannabisul.

Produsele de cannabis: o piață diversificată

Pe piața europeană a drogurilor se găsesc două produse de cannabis principale: planta de cannabis (marijuana) și rășina de cannabis (hașiș). Planta de cannabis care se consumă în Europa este atât cultivată pe plan intern, cât și traficată din alte țări. Rășina de cannabis este importată, în cea mai mare parte, din Maroc, cu mijloace de transport maritime sau aeriene.

În Europa, numărul capturilor de plantă de cannabis l-a depășit pe cel al capturilor de rășină în 2009, iar de atunci diferența continuă să se accentueze (figura 1.3). Acest fapt se datorează, probabil, în mare parte disponibilității tot mai mari a plantei de cannabis produse la nivel intern în multe țări europene, care se reflectă în numărul crescând de capturi de plantă de cannabis.

Cu toate acestea, cantitatea de rășină de cannabis capturată în Uniunea Europeană continuă să fie mult mai mare decât cea de plantă de cannabis (460 de tone comparativ cu 130 de tone). Această diferență se explică, în parte, prin faptul că rășina de cannabis se trafichează în cantități importante pe distanțe lungi și peste granițele naționale, ceea ce o face mai vulnerabilă la interdicții.

Apariția recentă a produșilor de tip canabinoizi sintetici adaugă o nouă dimensiune pieței cannabisului. În ultimii ani s-au depistat peste 130 de canabinoizi sintetici diferiți. Majoritatea acestora par a fi fabricați în China. După ce sunt transportate sub formă de pudră în Europa, aceste substanțe chimice sunt de regulă amestecate cu materiale din plante și ambalate spre comercializare sub forma unor „droguri legale”.

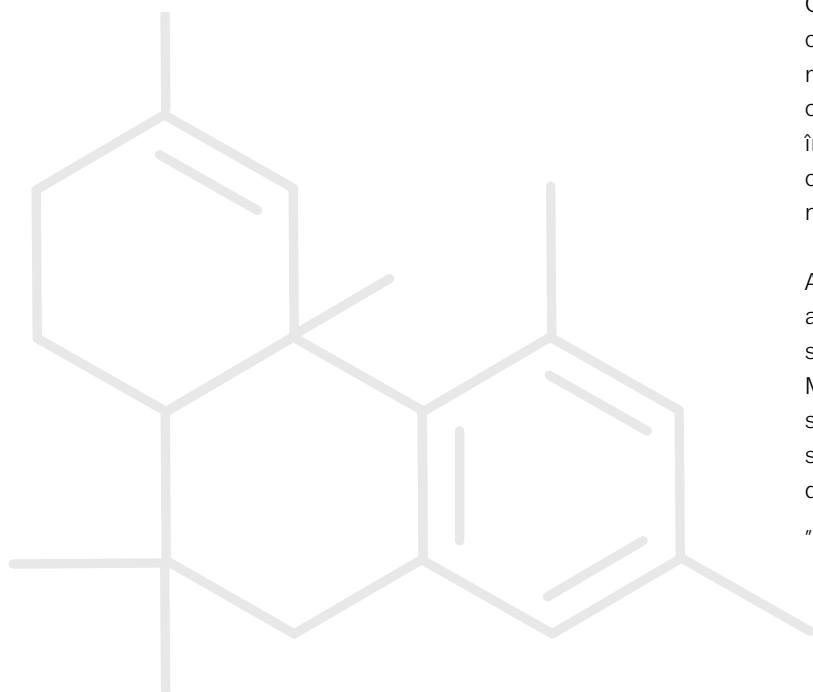
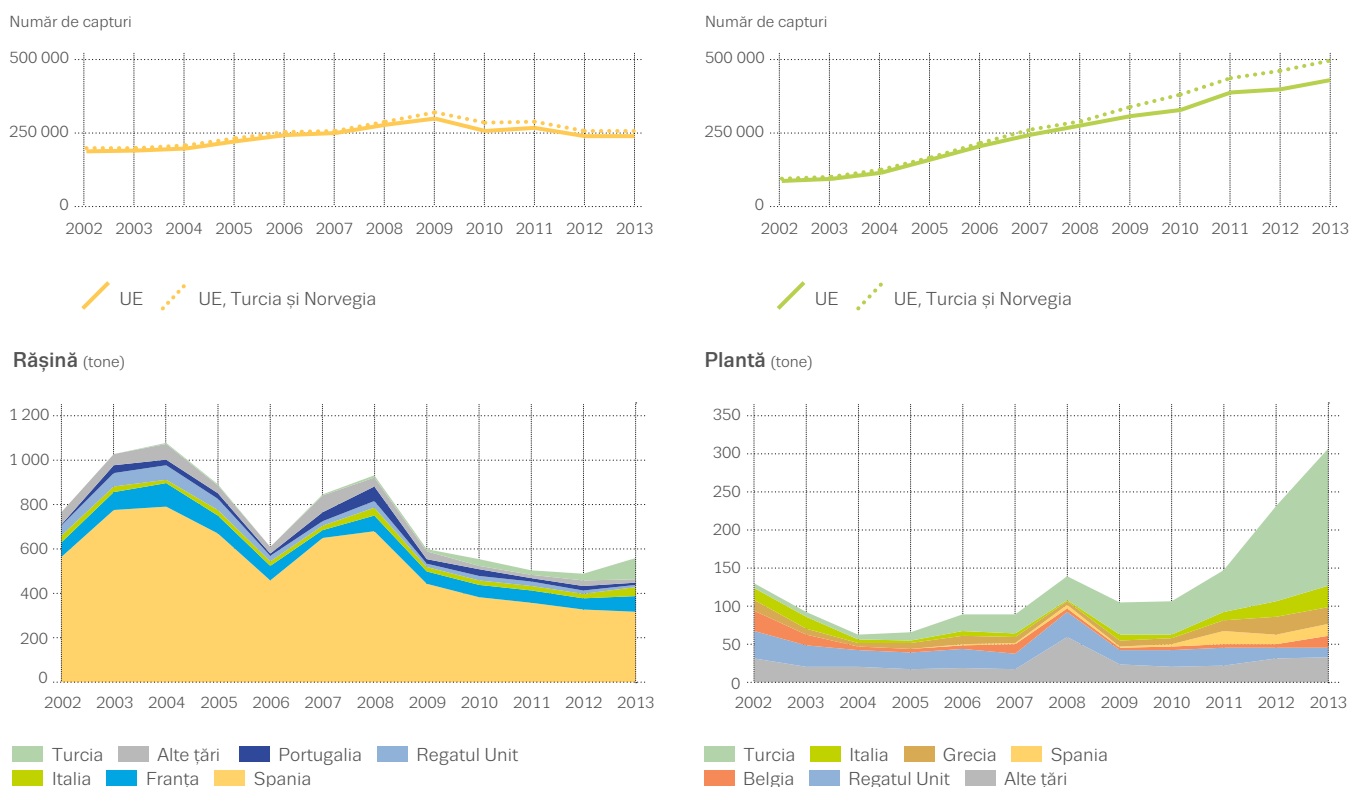


FIGURA 1.3

Evoluții în ceea ce privește numărul capturilor de canabis și cantitatea capturată: rășină (stânga) și plantă (dreapta)



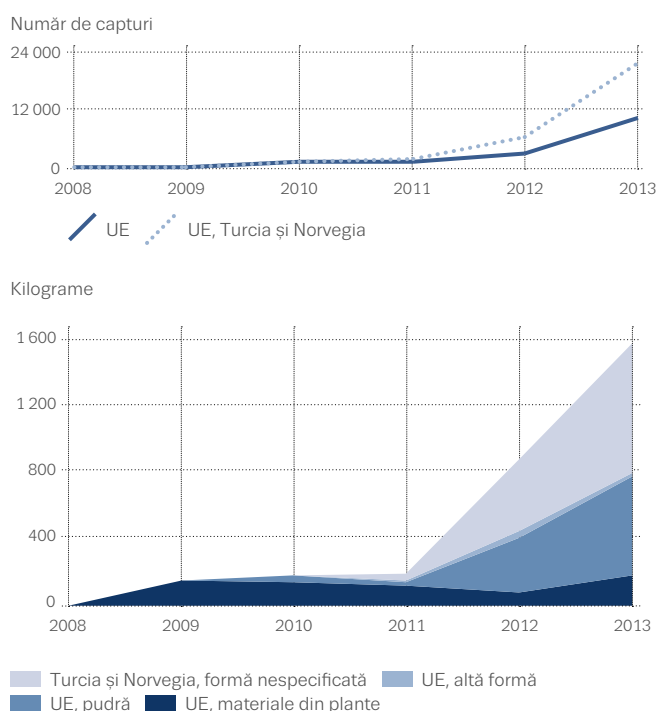
În anul 2013, în Uniunea Europeană s-au raportat 671 000 de capturi de canabis (431 000 de plantă de canabis, 240 000 de rășină de canabis). De asemenea, s-au înregistrat și 30 000 de capturi de plantă de canabis. În plus, în 2013, statele membre ale UE au raportat către sistemul de avertizare rapidă peste 10 000 de capturi de canabinoizi sintetici, ceea ce reprezintă o creștere abruptă față de nivelurile din 2011, iar Turcia a raportat încă 11 000 de capturi (a se vedea figura 1.4).

În analiza cantităților de canabis capturate, un număr mic de țări au o importanță disproporționată, datorită poziționării lor pe rutele principale de trafic de canabis. Spania, de exemplu, fiind un punct principal de intrare pentru canabisul produs în Maroc, a raportat peste două treimi din cantitatea totală de rășină de canabis capturată în Europa în 2013 (figura 1.5). În ceea ce privește planta de canabis, s-au raportat creșteri recente semnificative în Grecia, Spania și Italia. În ultimii ani, Turcia a capturat cantități de plantă de canabis mai mari decât orice altă țară europeană, cifra raportată în 2013 (180 de tone) fiind mai mare decât cea a tuturor statelor membre ale UE în ansamblu.

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

FIGURA 1.4

Capturile de canabinoizi sintetici raportate către sistemul de avertizare rapidă al UE: numărul de capturi și cantitatea capturată, 2013



precauție; totuși, se constată că numărul de plante capturate a crescut de la 1,5 milioane în 2002 până la 3,7 milioane în 2013.

Analiza evoluțiilor indexate din țările care raportează în mod sistematic arată creșteri semnificative în ceea ce privește puterea imunogenă (nivelul de tetrahidrocanabinol, THC) a plantei și a rășinii de canabis în perioada 2006-2013. Printre factorii care au determinat creșterea puterii imunogene se pot include introducerea

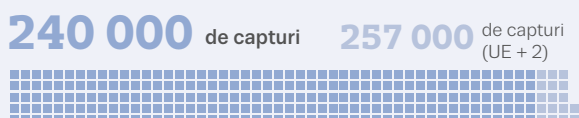
tehniciilor de producție intensivă în Europa și, mai recent, introducerea unor plante cu putere imunogenă foarte mare în Maroc.

Evoluțiile indexate ale infracțiunilor la regimul drogurilor legate de canabis în Uniunea Europeană arată, de asemenea, creșteri semnificative în perioada 2006-2013.

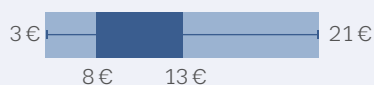
CANABIS

Rășină

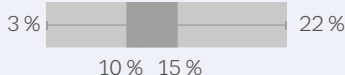
Capturi



Preț (EUR/g)



Putere imunogenă (% THC)



Evoluții indexate: prețul și puterea imunogenă

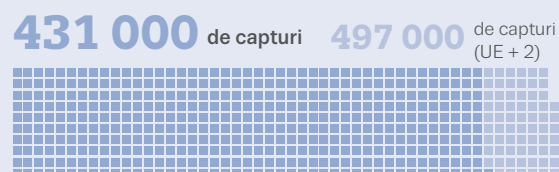


Plante de canabis

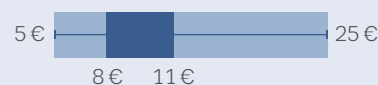
30 000 de capturi 3,7 milioane de plante capturate

Plantă

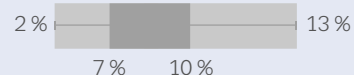
Capturi



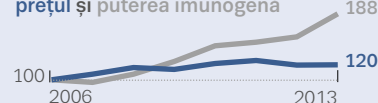
Preț (EUR/g)



Putere imunogenă (% THC)



Evoluții indexate: prețul și puterea imunogenă



Infracțiuni la regimul drogurilor

782 000 de infracțiuni raportate legate de consumul/posesia de canabis 116 000 de infracțiuni raportate legate de oferta de canabis

78 % din infracțiunile raportate legate de consum/posesie

57 % din infracțiunile raportate legate de ofertă

Evoluții indexate: infracțiuni legate de consum/posesie și ofertă

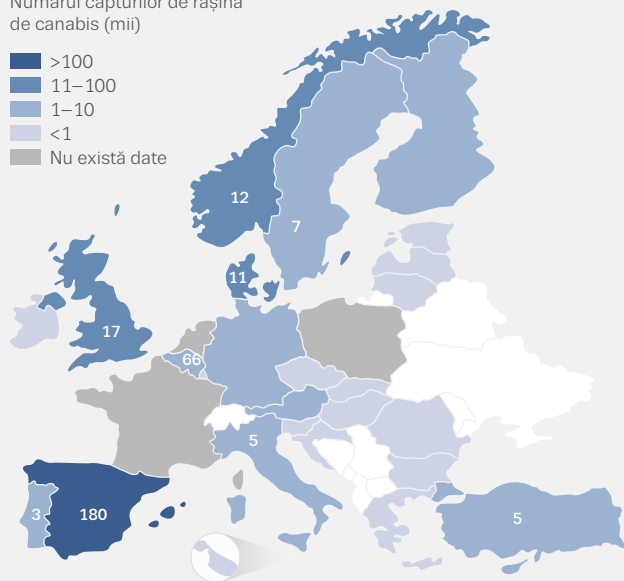


UE + 2 se referă la statele membre ale UE, împreună cu Turcia și Norvegia. Evoluțiile indexate pentru infracțiuni se referă la cazurile care implică orice produs de canabis. Prețul și puterea imunogenă a produselor de canabis: valori medii naționale – minim, maxim și interval intercuartil. Țările incluse variază în funcție de indicator.

FIGURA 1.5

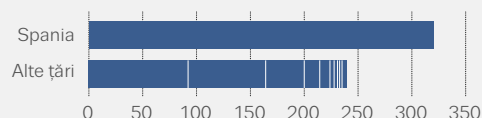
Capturile de rășină de canabis și de plantă de canabis, 2013

Numărul capturilor de rășină de canabis (mii)

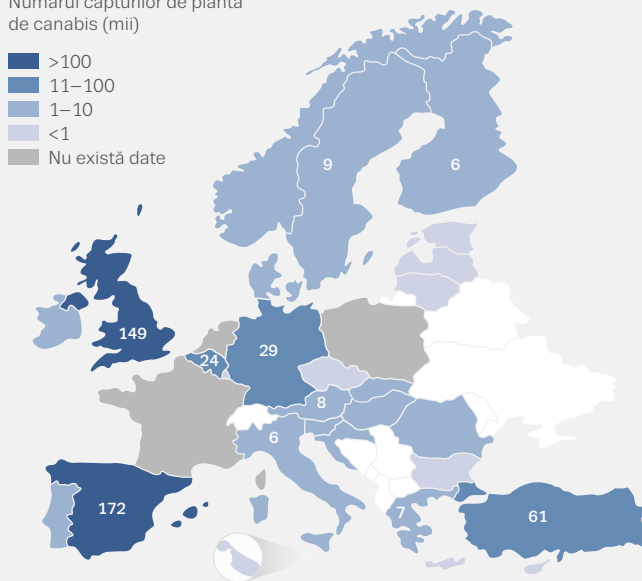


NB: Numărul de capturi (mii) în cele 10 țări cu cele mai ridicate valori.

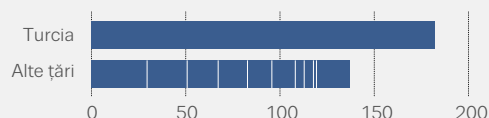
Cantitatea de rășină de canabis capturată (tone)



Numărul capturilor de plantă de canabis (mii)



Cantitatea de plantă de canabis capturată (tone)



| Opiaceele: o piață în schimbare?

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 dintre acestea este heroina brună (forma chimică de bază), provenind în principal din Afganistan. Mult mai puțin comună este heroina albă (o formă de sare), care provine, în mod tradițional, din sud-estul Asiei, însă acum poate fi produsă și în Afganistan sau în țările învecinate. Printre celelalte opiacee capturate în 2013 de autoritățile de aplicare a legii din țările europene se numără opiul și medicamentele precum morfina, metadona, buprenorfina, fentanilul și tramadolul. Este posibil ca unele medicamente opioide să fie extrase din produse farmaceutice, în timp ce altele sunt fabricate special pentru piața ilegală. Este îngrijorător faptul că, începând din 2005, s-au raportat către sistemul de avertizare rapidă al UE 14 noi opiacee sintetice, printre care se numără câțiva fentanili cu putere imunogenă foarte mare care nu se află sub control.

Afganistanul rămâne cel mai mare producător ilegal de opiu din lume și se crede că majoritatea heroinei găsite în Europa a fost produsă acolo sau în țările învecinate, Iran sau Pakistan. Există indicii că etapele finale ale producției de heroină s-ar putea desfășura în prezent în Europa, aspect

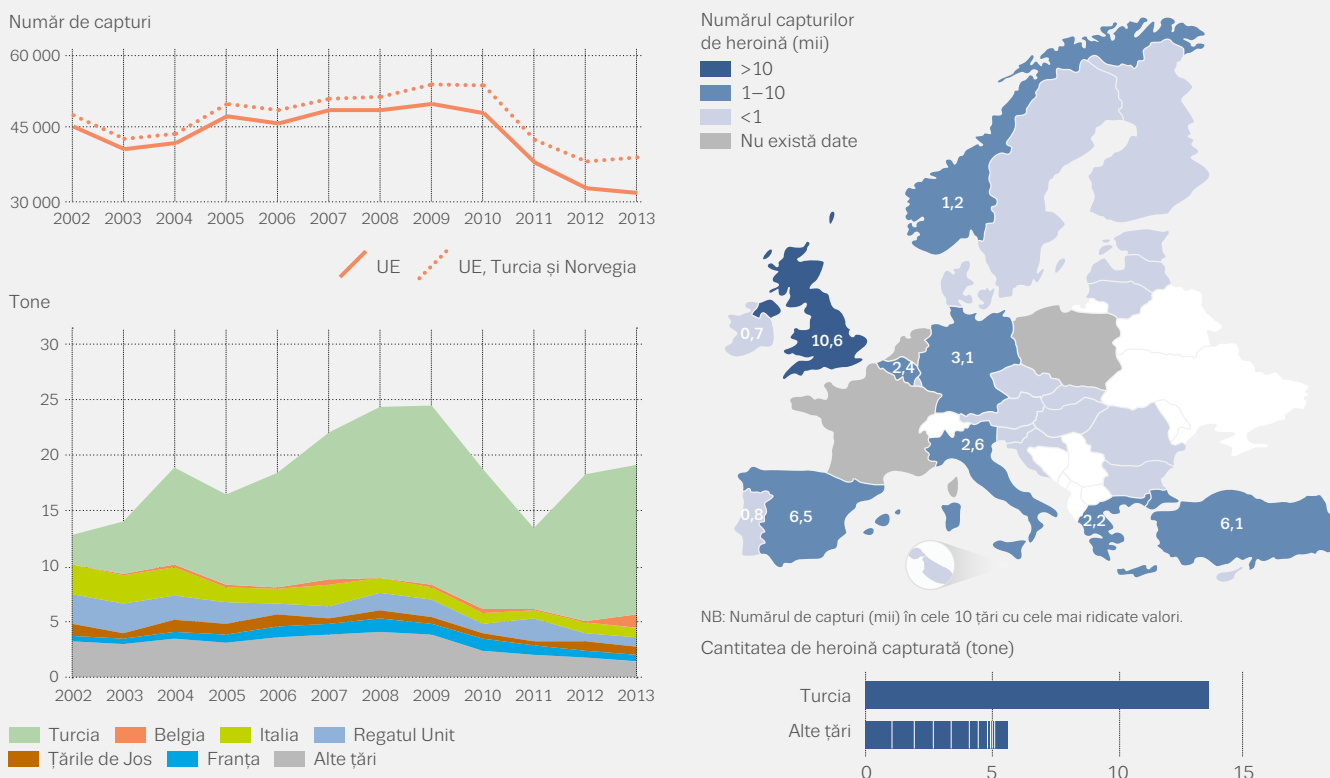
semnalat de descoperirea, în perioada 2013-2014, în Spania, a două laboratoare de transformare a morfinei în heroină. În mod tradițional, raportările de droguri opiacee ilegale provenite din Europa s-au limitat la fabricarea artizanală de produse din mac, în unele părți din estul Europei.

Heroina pătrunde în Europa prin 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 Albania) și ajungând în centrul, sudul și vestul Europei. 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. Ruta sudică pare să fi câștigat importanță în ultimii ani.

În Europa s-a înregistrat un declin considerabil în ceea ce privește capturile de heroină începând din 2010 și până în prezent, după aproape un deceniu de relativă stabilitate. Atât numărul capturilor de heroină (32 000), cât și cantitatea capturată în 2013 (5,6 tone) s-au situat la unul dintre cele mai reduse niveluri raportate din ultimii zece ani. Scăderea capturilor în Uniunea Europeană a coincis cu o creștere a importanței capturilor din Turcia (13,5 tone în 2013), unde, în fiecare an începând cu 2006, a fost capturată o cantitate de heroină mai mare decât în toate țările UE în ansamblu (figura 1.6).

FIGURA 1.6

Numărul capturilor de heroină și cantitatea capturată: evoluții (stânga) și situația din 2013 (dreapta)

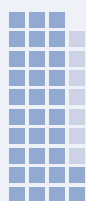


Odată cu scăderea recentă a numărului de capturi de heroină s-au observat și reduceri în evoluțiile indexate ale prețurilor și ale infracțiunilor legate de ofertă (a se vedea graficul privind heroína). Piețele din mai multe țări au înregistrat un deficit de heroină în perioada 2010-2011, în urma căruia puține dintre ele par să se fi redresat în

totalitate. Cu toate acestea, în țările care raportează sistematic, evoluțiile indexate sugerează că puritatea heroinei a crescut în Europa în 2013, iar unele state și-au exprimat îngrijorarea cu privire la posibilitatea creșterii disponibilității acestui drog. În Turcia, numărul capturilor a crescut în 2013, iar cantitățile capturate au continuat să

HEROINĂ

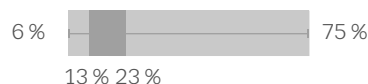
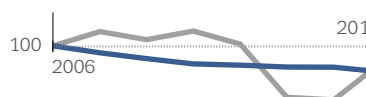
Capturi

32 000
de capturi39 000
de capturi (UE + 2)5,6
tone capturate19,1
tone capturate (UE + 2)

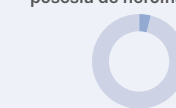
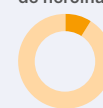
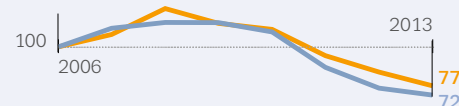
Preț (EUR/g)



Puritate (%)

Evoluții indexate:
prețul și puritatea

Infracțiuni la regimul drogurilor

37 800 17 000
de infracțiuni raportate
legate de consumul/
posesia de heroină de infracțiuni raportate
legate de oferta
de heroinădin infracțiunile
raportate legate
de consum/posesiedin infracțiunile
raportate legate
de ofertăEvoluții indexate: infracțiuni legate
de consum/posesie și ofertă

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.

crească față de nivelurile din 2012; totodată, Organizația Națiunilor Unite raportează o creștere substanțială a producției de opiu în Afganistan. Având în vedere aceste aspecte, există semnale care sugerează existența unui potențial de creștere a disponibilității acestui drog.

Cocaina: capturi stabile și puritate sporită

În Europa sunt disponibile două forme de cocaină, cea mai uzuală fiind pudra de cocaină (o sare hidrocloridă, HCl). Mai puțin disponibilă este cocaina crack, o formă a drogului care poate fi fumată (o bază liberă). 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. Datele disponibile indică faptul că traficul cocainei în Europa pare să se desfășoare, în principal, prin țările din vest și din sud, cantitățile capturate în Spania, Belgia, Țările de Jos, Franța și Italia reprezentând, împreună, 86 % din cele 62,6 tone capturate în 2013 (figura 1.7).

În 2013 s-au raportat aproximativ 78 000 de capturi de cocaină în Uniunea Europeană, ceea ce înseamnă 63 de tone de drog. Situația a rămas relativ stabilă începând din 2010, cu toate că atât numărul, cât și volumul capturilor se situează la niveluri net inferioare valorilor de vârf înregistrate în 2006 și 2008 (figura 1.7). Deși Spania este

în continuare țara care capturează cele mai mari cantități de cocaină din Europa, 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, evoluțiile indexate sugerează că puritatea cocainei a crescut în ultimii ani, în timp ce prețul a rămas relativ stabil. Evoluțiile indexate ale infracțiunilor legate de cocaină arată o creștere începând cu anul 2006.

COCAINĂ

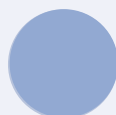
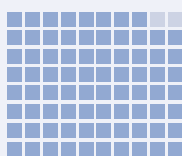
Capturi

78 000
de capturi

80 000
de capturi (UE + 2)

62,6
tone capturate

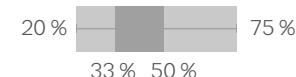
63,2
tone capturate (UE + 2)



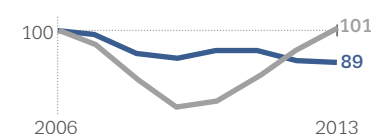
Preț (EUR/g)



Puritate (%)



Evoluții indexate: preț și puritatea



Infracțiuni la regimul drogurilor

72 300

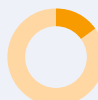
de infracțiuni raportate
legate de consumul/
posesia de cocaină

29 900

de infracțiuni raportate
legate de oferta
de cocaină

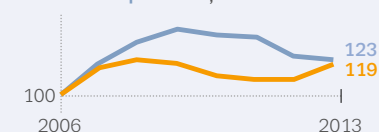


7 %
din infracțiunile
raportate legate
de consum/posesie



15 %
din infracțiunile
raportate legate
de ofertă

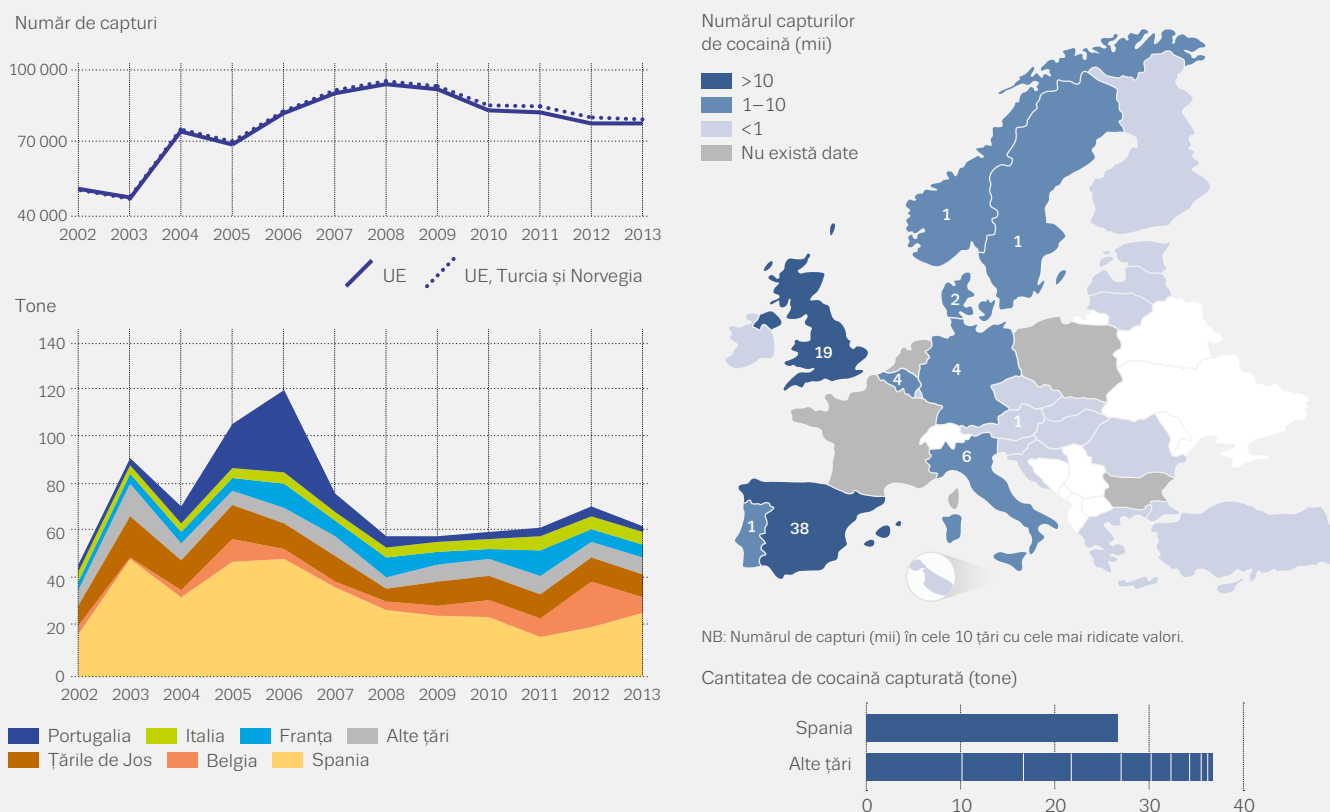
Evoluții indexate: infracțiuni legate de consum/posesie și ofertă



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 1.7

Numărul capturilor de cocaină și cantitatea capturată: evoluții (stânga) și situația din 2013 sau din anul cel mai recent (dreapta)



Amfetaminele: creșterea numărului capturilor de amfetamină și metamfetamină

Amfetamina și metamfetamina sunt droguri stimulente 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, deși se produce o anumită cantitate de amfetamină și metamfetamină și pentru export, în principal către Orientul Mijlociu și Extremul Orient. Europa este și un centru de tranzit pentru traficul metamfetaminei dinspre Africa și Iran către Extremul Orient. Datele disponibile arată că producția de amfetamină are loc în principal în Belgia, Țările de Jos, Polonia, statele baltice și, în mai mică măsură, în Germania, în timp ce producția de metamfetamină este concentrată în statele baltice și în Europa Centrală.

Procesul de producție a metamfetaminei în Europa pare a fi în schimbare, fenomen datorat în parte disponibilității precursorilor. Producția de metamfetamină care utilizează BMK (benzil-metil-cetona) ca precursor principal este concentrată în Lituania; drogul se exportă în principal către țările nord-europene, unde a avut un impact asupra pieței amfetaminei. Acest lucru se poate observa în nivelul ridicat al capturilor raportate în Norvegia. Producția bazată pe efedrină și pseudoefedrină este concentrată în Republica Cehă, dar are loc și în Slovacia și, mai recent, în Germania. În mod tradițional, în Republica Cehă, metamfetamina era produsă de către utilizatori în unități de producție de mici dimensiuni, pentru consum propriu sau local. Acest lucru s-a reflectat în numărul mare de unități de producție descoperite în această țară (261 desființate în 2013, din totalul de 294 în întreaga Europă). Totuși, în ultimii ani au apărut indicii privind producția pe scară mai largă, raportându-se că grupuri infracționale organizate vietnameze produc cantități mari din acest drog, atât pentru consum intern, cât și pentru comercializarea pe piețele externe.

În 2013, statele membre ale UE au raportat 34 000 de capturi de amfetamină, care s-au ridicat la 6,7 tone. Peste jumătate din cantitatea totală de amfetamină capturată a fost raportată de Germania, Țările de Jos și Regatul Unit. După o perioadă de stabilitate relativă, în 2013 s-a înregistrat o creștere a cantității de amfetamină capturată (figura 1.8). Capturile de metamfetamină sunt mult inferioare, ridicându-se la aproximativ o șesime din totalul capturilor de amfetamine în 2013, cu 7 000 de capturi raportate în Uniunea Europeană, reprezentând 0,5 tone (figura 1.9). Începând din 2012 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 evoluțiile indexate în țările care raportează sistematic sugerează că puritatea amfetaminei a crescut potrivit celor mai recente date, puritatea medie a acestui drog rămâne relativ scăzută.

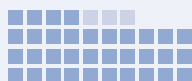
AMFETAMINE

Amfetamină

Capturi

34 000
de capturi

37 000
de capturi (UE + 2)



6,7
tone capturate

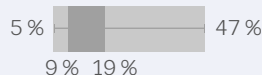
8,2
tone capturate (UE + 2)



Preț (EUR/g)



Puritate (%)



Evoluții indexate: preț și puritatea



Metamfetamină

Capturi

7 000
de capturi

11 300
de capturi (UE + 2)

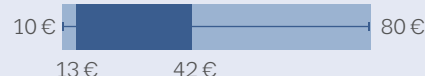


0,5
tone capturate

0,8
tone capturate (UE + 2)



Preț (EUR/g)



Puritate (%)



Infracțiuni la regimul drogurilor

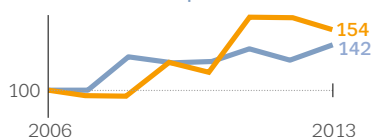
55 000 **1 900**

de infracțiuni raportate
legate de consumul/
posesia de amfetamină

de infracțiuni raportate legate
de consumul/posesia
de metamfetamină



Tendências indexadas: infrações relacionadas
com o consumo/posse e oferta



16 000

de infracțiuni raportate legate
de oferta de amfetamină

2 700

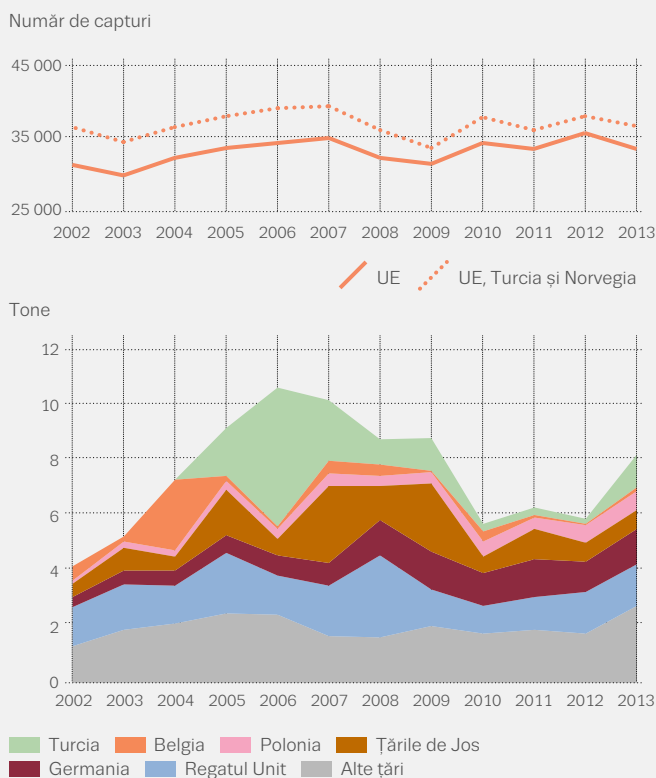
de infracțiuni raportate legate
de oferta de metamfetamină



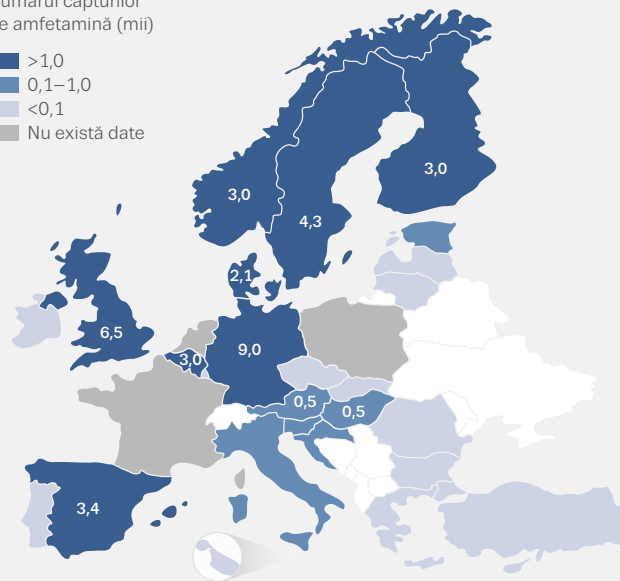
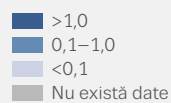
UE + 2 se referă la statele membre ale UE, împreună cu Turcia și Norvegia. Prețul și puritatea amfetaminelor: valori medii naționale – minim, maxim și interval intercuartil. Țările incluse variază în funcție de indicator. Pentru metamfetamină nu sunt disponibile evoluții indexate.

FIGURA 1.8

Numărul capturilor de amfetamină și cantitatea capturată: evoluții (stânga) și situația din 2013 sau din anul cel mai recent (dreapta)



Numărul capturilor de amfetamină (mii)



NB: Numărul de capturi (mii) în cele 10 țări cu cele mai ridicate valori.

Cantitatea de amfetamină capturată (tone)

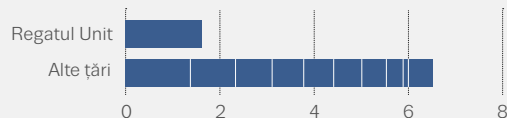
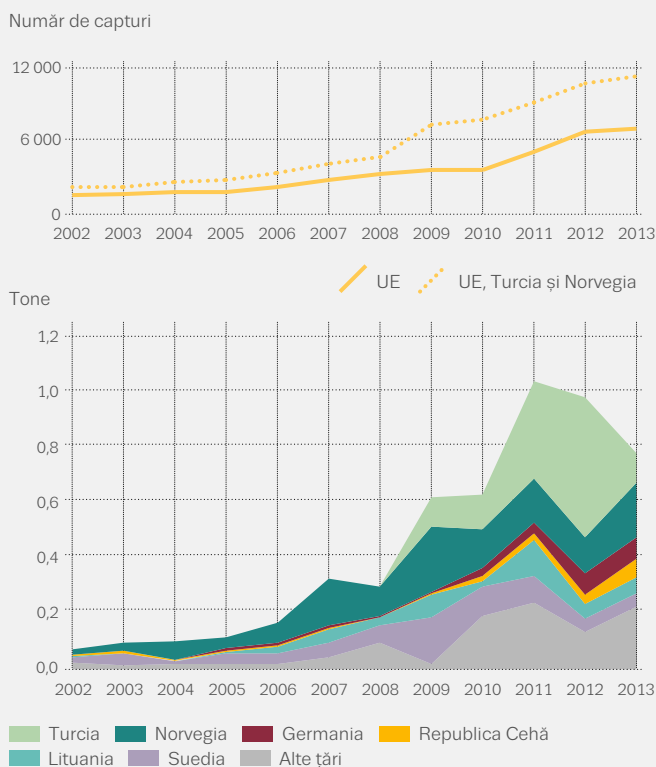
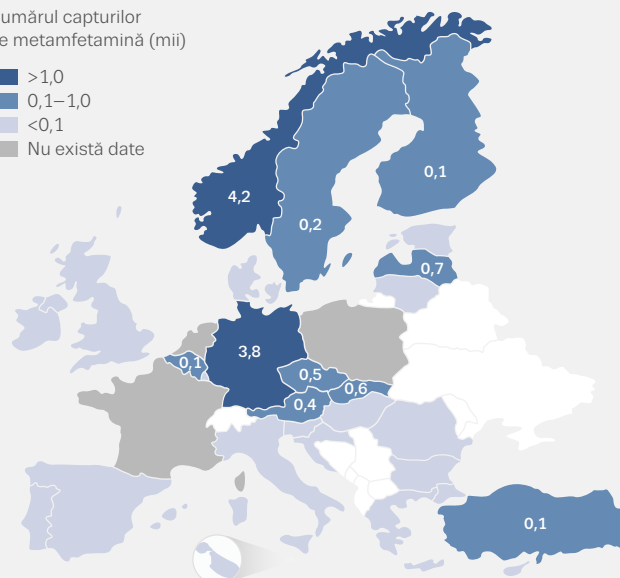
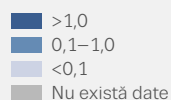


FIGURA 1.9

Numărul capturilor de metamfetamină și cantitatea capturată: evoluții (stânga) și situația din 2013 sau din anul cel mai recent (dreapta)

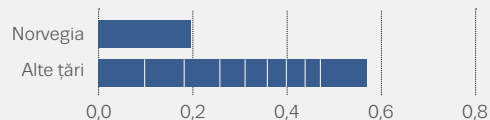


Numărul capturilor de metamfetamină (mii)



NB: Numărul de capturi (mii) în cele 10 țări cu cele mai ridicate valori.

Cantitatea de metamfetamină capturată (tone)



MDMA/ecstasy: creșterea produselor de mare puritate

Substanța sintetică MDMA (3,4-metilendioxi-metamfetamină) este înrudită din punct de vedere chimic cu amfetaminele, însă diferă într-o anumită măsură în ceea ce privește efectele. În mod tradițional, comprimatele de ecstasy au fost principalul produs din MDMA comercializat pe piață, deși pot conține 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. Noile date arată o disponibilitate sporită atât a comprimatelor cu conținut ridicat 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 și Belgia, state care au raportat în mod tradițional cel mai mare număr de unități de producție a drogurilor. 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 pe scară largă în Belgia și Țările de Jos.

Evaluarea tendințelor recente privind capturile de MDMA este îngreunată de absența datelor din anumite țări, care ar putea avea contribuții importante la acest total. Pentru anul 2013 nu există date disponibile din Țările de Jos, iar numărul capturilor din Franța și Polonia 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 2013, se poate estima că, în acel an, în Uniunea Europeană s-au capturat 4,8 milioane de comprimate de MDMA. Această cifră reprezintă aproape dublul cantității capturate în 2009. Trebuie remarcat că volumul de MDMA capturat în prezent în Turcia (4,4 milioane de comprimate de MDMA) este egal cu totalul capturilor din toate statele membre ale UE. Acest fapt ridică întrebarea dacă aceste droguri erau destinate consumului intern sau exportului către Uniunea Europeană sau către alte părți ale lumii (figura 1.10).

Se remarcă o creștere recentă și în evoluțiile indexate ale infracțiunilor legate de MDMA. În țările care raportează sistematic, evoluțiile 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. Analizați împreună, acești indicatori ai pieței MDMA semnalează o recuperare de la un nivel minim atins în urmă cu aproximativ 5 ani.

ECSTASY

Capturi

13 400

de capturi

18 000

de capturi (UE + 2)

4,8

milioane de comprimate capturate

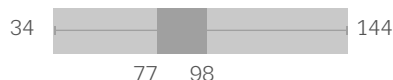
9,3

milioane de comprimate capturate (UE + 2)

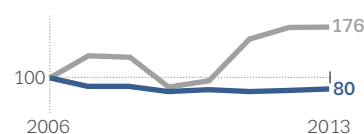
Preț (EUR/comprimat)



Puritate (mg MDMA/comprimat)



Evoluții indexate: preț și puritatea



Infracțiuni la regimul drogurilor

11 000

de infracțiuni raportate legate de consumul/posesia de ecstasy

3 700

de infracțiuni raportate legate de oferta de ecstasy

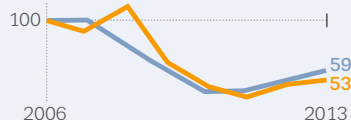
1 %

din infracțiunile raportate legate de consum/posesie

2 %

din infracțiunile raportate legate de ofertă

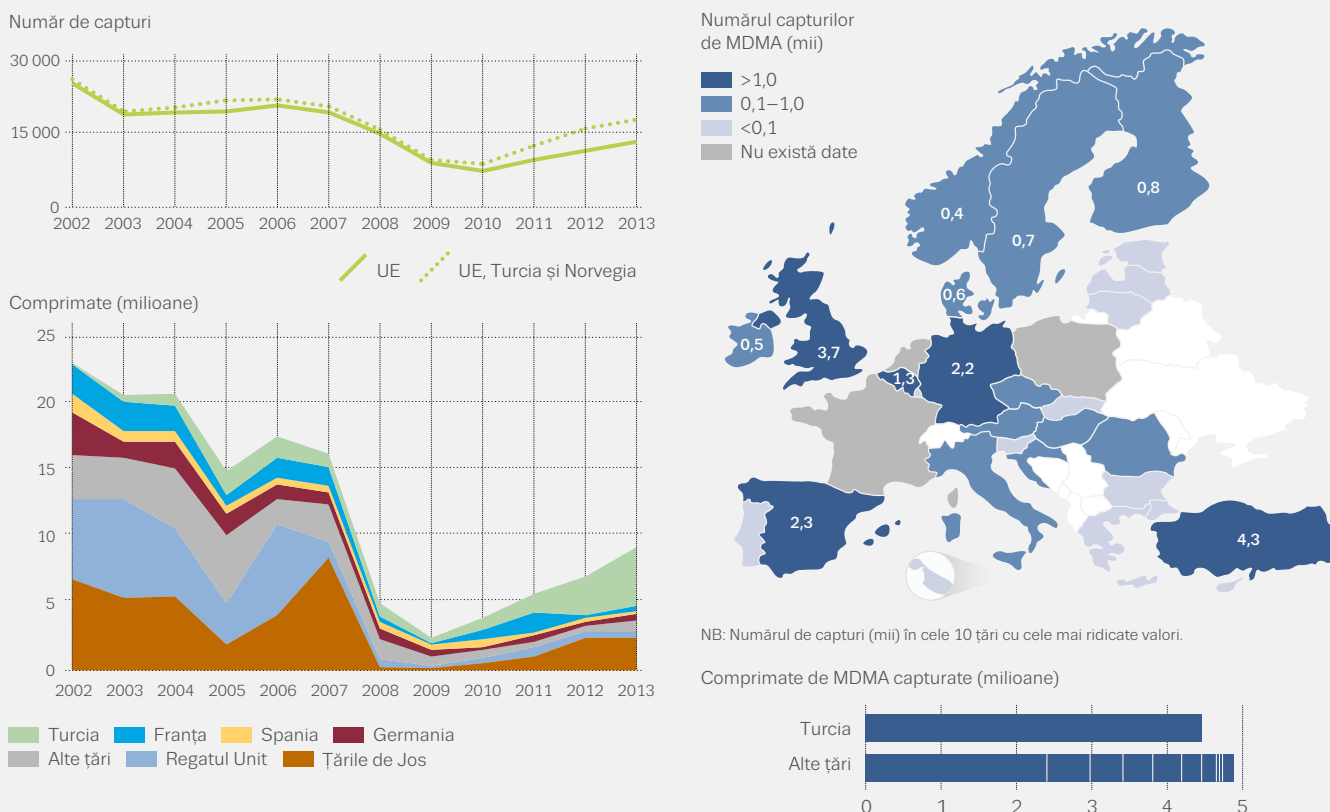
Evoluții indexate: infracțiuni legate de consum/posesie și ofertă



UE + 2 se referă la statele membre ale UE, împreună cu Turcia și Norvegia. Prețul și puritatea ecstasy: valori medii naționale – minim, maxim și interval intercuartil.

FIGURA 1.10

Numărul capturilor de MDMA și al comprimatelor capturate: evoluții (stânga) și situația din 2013 sau din anul cel mai recent (dreapta)



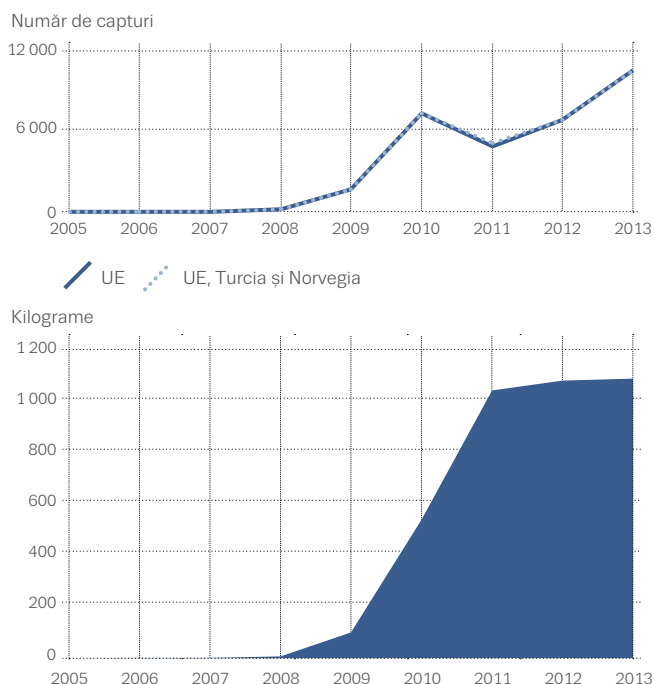
Noi droguri stimulente pe piața ilegală

Introduse inițial ca substanțe psihoactive noi, nereglementate de legislația în domeniul drogurilor, catinonele sintetice precum mefedrona, pentedrona și MDPV (3,4-metilendioxi-pirovalerona) au devenit produse obișnuite pe piața drogurilor ilegale din unele țări europene. Catinonele se utilizează în moduri similare cu alte droguri stimulente, cum ar fi amfetamina și MDMA, și sunt adesea interschimbabile cu acestea. De regulă sunt disponibile sub formă de pudră sau comprimate. Producția de catinone pare să se desfășoare în principal în China și India. Ulterior, drogurile sunt importate în Europa, unde sunt ambalate și comercializate ca „droguri legale” sau sunt vândute pe piața ilegală. Sistemul de avertizare rapidă a identificat peste 70 de catinone noi în Europa. În 2013 s-au raportat către sistemul de avertizare rapidă peste 10 000 de capturi de catinone sintetice (figura 1.11).

Catinonele se utilizează în moduri similare cu alte droguri stimulente, cum ar fi amfetamina și MDMA, și sunt adesea interschimbabile cu acestea

FIGURA 1.11

Capturile de catinone sintetice raportate către sistemul de avertizare rapidă al UE: numărul de capturi și cantitatea capturată, 2013



și catinonele sintetice sunt grupele de substanțe psihoactive noi capturate cel mai des, reflectând cererea relativ ridicată de cannabis și droguri stimulente de pe piața drogurilor ilegale.

Pe lângă creșterea numărului de capturi de droguri noi raportate în fiecare an în Europa, continuă să crească și numărul de substanțe noi depistate. În 2014, statele membre au semnalat prin sistemul de avertizare rapidă al UE existența a 101 substanțe psihoactive noi, care nu mai fuseseră raportate anterior. Această cifră reprezintă o creștere de 25 % față de anul 2013 (figura 1.12). Treizeci și una dintre aceste substanțe sunt catinone sintetice, acestea devenind cea mai mare categorie de droguri noi identificate în Europa în 2014, urmate de 30 de canabinoizi sintetici. Totuși, alți 13 compuși nu pot fi încadrați cu ușurință în niciuna dintre grupele de substanțe monitorizate. Patru dintre substanțele psihoactive noi raportate în 2014 sunt utilizate ca substanțe active în medicamente. Sistemul de avertizare rapidă al UE monitorizează în prezent peste 450 de substanțe psihoactive noi.

Substanțele psihoactive noi: o piață tot mai diversificată

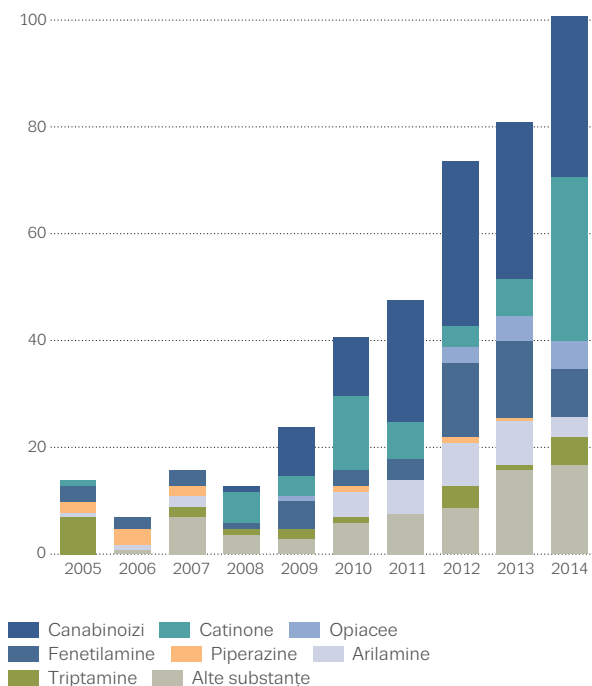
Disponibilitatea substanțelor psihoactive noi pe piața drogurilor din Europa a crescut rapid în ultimul deceniu, după cum arată numărul tot mai mare al capturilor raportate atât către sistemul de avertizare rapidă, cât și prin mecanismele standard de monitorizare. Aceste droguri noi includ substanțe – sintetice sau existente în natură – nereglementate de dreptul internațional și care sunt produse deseori cu intenția imitării efectelor substanțelor aflate sub control. De regulă, aceste substanțe chimice sunt importate de la furnizori din afara Europei și apoi preparate, ambalate și comercializate în Europa. Din ce în ce mai frecvent, totuși, drogurile noi sunt produse în Europa în laboratoare clandestine și sunt vândute direct pe piață.

Pentru a evita controalele, produsele sunt deseori etichetate fraudulos, de exemplu ca „substanțe chimice pentru cercetare”, fiind însoțite de declinări ale responsabilității potrivit cărora produsul nu este destinat consumului uman. Aceste substanțe sunt comercializate prin intermediul distribuitorilor online și al magazinelor specializate și, din ce în ce mai frecvent, sunt oferite prin aceleași canale utilizate pentru furnizarea substanțelor ilegale. Această piață, ca și relația ei cu piața ilegală, este una dinamică, caracterizată prin introducerea permanentă de noi produse și măsuri de control. Canabinoizii sintetici

**În 2014, statele membre
au semnalat prin sistemul
de avertizare rapidă al UE
existența a 101 substanțe
psihoactive noi, care nu mai
fuseseră raportate anterior**

FIGURA 1.12

Numărul și categoriile de substanțe psihoactive noi notificate prin sistemul de avertizare rapidă al UE, 2005-2014



Substanțe noi evaluate din punctul de vedere al riscurilor în Europa în 2014

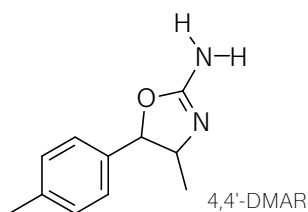
Există un mecanism al UE pentru identificarea, evaluarea și eventuala reglementare a substanțelor psihoactive noi în Europa. În 2014 au fost evaluate din punctul de vedere al riscurilor șase substanțe psihoactive noi (a se vedea tabelul 1.1). Aceste droguri noi au apărut în Europa în ultimii câțiva ani și au fost corelate cu creșterea numărului de raportări de efecte nocive, inclusiv spitalizări și decese. Începând din februarie 2015, patru dintre aceste șase substanțe au fost supuse unor măsuri de control în întreaga Europă.

**În 2014 au fost evaluate
din punctul de vedere
al riscurilor șase substanțe
psihoactive noi**

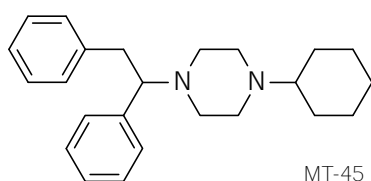
TABELUL 1.1

Substanțe psihoactive noi evaluate din punctul de vedere al riscurilor în 2014

În septembrie 2014 s-au efectuat evaluări ale riscurilor la nivel european asupra substanțelor 4,4'-DMAR și MT-45. Acestea s-au adăugat celor patru evaluări ale riscurilor realizate în aprilie 2014 asupra substanțelor 25I-NBOMe (o fenetilamină substituită, cu efecte halucinogene, vândută ca alternativă „legală” la LSD), AH-7921 (un opiaceu sintetic), MDPV (un derivat din catinone sintetice) și metoxetamină (o aril-ciclo-hexilamină strâns înrudită cu ketamina, comercializată ca alternativă „legală” a acesteia).



4,4'-DMAR este un psihostimulent care este disponibil pe piața drogurilor din UE cel puțin din decembrie 2012 și care a fost depistat în nouă state membre. În aproape 20 % dintre cazurile depistate, 4,4'-DMAR a fost găsit în combinație cu alte droguri (în principal stimulente). Prezența sa a fost detectată în 31 de cazuri de decese în Ungaria, Polonia și Regatul Unit, pe parcursul unei perioade de peste 12 luni.



MT-45 este un opiaceu sintetic cu proprietăți analgezice, similar morfinei, depistat pentru prima dată în octombrie 2013. Prezența sa a fost detectată în 28 de cazuri de decese și în 12 intoxicații neletale din Suedia, pe parcursul unei perioade de nouă luni. În 19 dintre decese s-a raportat că MT-45 a fost fie cauza decesului, fie unul dintre factorii care au contribuit la acesta.

Răspunsuri juridice la evoluția piețelor drogurilor

Apariția rapidă a unor noi substanțe psihoactive și diversitatea produselor disponibile s-au dovedit a fi o provocare pentru factorii de decizie din Europa. La nivelul UE există încă din 1997 un sistem de supraveghere corelat cu un mecanism juridic de control – sistemul de avertizare rapidă al UE. Acesta a fost consolidat în 2005. Sistemul actual a fost analizat și este în dezbatere o propunere privind un nou cadru juridic.

La nivel național s-au utilizat o serie de măsuri pentru controlul substanțelor noi și se pot identifica trei mari tipuri de răspunsuri juridice. În unele țări s-au folosit legile existente care reglementează aspecte ce nu țin de drogurile aflate sub control, precum legislația referitoare la siguranța consumatorilor; în altele s-au extins sau adaptat legile sau procesele existente în domeniul drogurilor; iar în alte state s-a conceput o legislație nouă. Deși există o mare varietate în ceea ce privește definițiile infracțiunilor și sancțiunile, răspunsurile juridice tind să se axeze mai degrabă pe ofertă decât pe posesia acestor substanțe.

Internetul, o piață importantă atât pentru drogurile noi, cât și pentru cele uzuale

Se știe de mai mult timp că internetul este o piață importantă pentru vânzarea substanțelor psihoactive noi către europeni. În 2013, o anchetă fulger a EMCDDA a identificat 651 de site-uri care vindeau „droguri legale” europenilor, iar anchetele fulger specifice asupra internetului desfășurate în 2014 au identificat site-uri care ofereau spre vânzare droguri specifice, cum ar fi opiaceul sintetic MT-45, uneori în cantități de ordinul kilogramelor.

Internetul și platformele de comunicare socială au devenit tot mai importante și pentru piața drogurilor ilegale. Apar tot mai multe dovezi privind existența așa-numitelor „piețe gri” – site-uri de comercializare a noilor substanțe psihoactive, ce operează atât pe internetul de suprafață, cât și pe internetul de adâncime. Internetul de adâncime este o parte a internetului care nu se poate accesa prin utilizarea motoarelor de căutare standard. Aici se pot vinde droguri în cadrul piețelor, în interiorul rețelelor descentralizate și între indivizi. De cea mai mare atenție se bucură piețele criptate ale drogurilor, cum ar fi *Silk Road*, *Evolution* și *Agora*. Aceste piețe online pot fi accesate doar cu ajutorul programelor informatice de criptare, care oferă un nivel ridicat de protecție a anonimității. Piețele criptate, la fel ca și alte site-uri de comercializare online precum eBay, oferă utilizatorilor o infrastructură pentru desfășurarea tranzacțiilor și a serviciilor, cum ar fi ratingul vânzătorilor și cumpărătorilor sau găzduirea forumurilor de

discuții. Criptomonedele, precum bitcoin, se utilizează pentru facilitarea tranzacțiilor anonime, iar ambalarea disimulată este folosită pentru facilitarea transportului de cantități mici de droguri prin canalele comerciale uzuale. Dintre diversele produse comercializate pe piețele criptate, cele mai disponibile sunt drogurile ilegale uzuale și medicamentele prescrise. Există dovezi ce sugerează că multe droguri ilegale achiziționate pe internetul de adâncime sunt destinate revânzării.

O altă tendință este oferta de droguri și împărtășirea drogurilor sau a experiențelor legate de acestea prin intermediul platformelor de comunicare socială, inclusiv al aplicațiilor mobile. Acest domeniu rămâne insuficient înțeles și, totodată, greu de monitorizat. Împreună, piețele online și virtuale ale drogurilor, aflate în continuă creștere, ridică provocări majore pentru autoritățile de aplicare a legii și pentru politicile de control al drogurilor. Faptul că producătorii, furnizorii, distribuitorii, serviciile de găzduire a site-urilor și de procesare a plăților își pot avea sediul în țări diferite îngreunează în mod deosebit controlul piețelor online ale drogurilor.

**Internetul este o piață
importantă pentru vânzarea
substanțelor psihoactive
noi către europeni**

Răspunsul la oferta de droguri: principii comune, dar diferențe de punere în aplicare

Statele membre adoptă măsuri de prevenire a furnizării 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 furnizarea neautorizată drept infracțiune. Același lucru se aplică posesiei de droguri pentru consum personal, însă în funcție de „principiile constituționale naționale și de conceptele de bază ale sistemului juridic propriu”. Această clauză nu a fost interpretată în mod uniform, ceea ce se reflectă în abordările juridice diferite din țările europene și nu numai.

Punerea în aplicare a legilor menite să limiteze oferta și consumul de droguri este monitorizată prin intermediul datelor privind infracțiunile raportate la regimul drogurilor. În general, numărul infracțiunilor raportate legate de furnizarea de droguri este în creștere în Europa începând din anul 2006. În 2013 s-au raportat aproximativ 230 000 de infracțiuni legate de furnizare, dintre care majoritatea (57 %) erau legate de canabis. În același an, dintre cele aproximativ 1,1 milioane de infracțiuni raportate legate de consumul de droguri sau de posesia în vederea consumului, trei sferturi (76 %) erau legate de canabis.

Varietate mare în privința practicilor de stabilire a pedepselor în Europa

Furnizarea neautorizată de droguri este considerată infracțiune în toate țările europene, însă sancțiunile prevăzute de lege diferă de la o țară la alta. În unele țări, infracțiunile legate de ofertă pot fi sancționate în limitele unei singure categorii extinse de sancțiuni (mergând până la închisoarea pe viață). Alte țări fac diferența între infracțiunile majore și minore legate de oferta de droguri, în funcție de factori precum cantitatea sau tipul de droguri găsite, aplicând sancțiuni maxime și minime corespunzătoare. O analiză recentă a EMCDDA asupra scenariilor de caz nu a găsit nicio relație clară între sancțiunile maxime prevăzute de lege și sentințele pronunțate de instanțe. De asemenea, s-a constatat că sancțiunile posibile pentru infracțiunile legate de traficul de droguri variază de la o țară la alta. De exemplu, o persoană care comite pentru prima dată o infracțiune constând în traficul de 1 kg de canabis se poate aștepta la o pedeapsă cu închisoarea ce variază de la sub 1 an în unele țări până la 10 ani în altele. De asemenea, în funcție de țară, traficul de 1 kg de heroină poate duce la o pedeapsă cu închisoarea ce variază între 2 și 15 ani.

**În general, numărul
infracțiunilor raportate
legate de furnizarea
de droguri este în creștere
în Europa începând
din anul 2006**



Capturarea și controlul substanțelor chimice precursore

Precursorii de droguri sunt substanțe chimice care pot fi utilizate la fabricarea drogurilor ilegale, iar prevenirea deturnării lor de la utilizarea legitimă reprezintă un element important în cadrul eforturilor internaționale de combatere a producției de droguri ilegale. Majoritatea precursorilor de droguri au utilizări industriale legitime, cum ar fi producția materialelor plastice, a produselor medicamentoase și a cosmeticelor. De exemplu, efedrina – un ingredient al medicamentelor pentru răceală și decongestionare – poate fi utilizată la producerea metamfetaminei. Având în vedere utilizările lor legitime, producția și comercializarea substanțelor chimice precursore nu pot fi interzise. În schimb, precursorii de droguri sunt supuși controlului prin monitorizarea producției și comercializării lor legale.

Datele provenite din statele membre ale UE privind capturile și transporturile oprite de precursori de droguri confirmă utilizarea continuă atât a substanțelor clasificate, cât și a celor neclasificate pentru producerea de droguri ilegale în Uniunea Europeană (tabelul 1.2). În 2013 s-au capturat, în conformitate cu legislația națională, peste 48 000 kg de pre-precursor APAAN (alfa-fenilacetoacetonitril), o cantitate suficientă pentru

a produce peste 22 de tone de amfetamină sau metamfetamină. Pentru a se spori competențele autorităților de aplicare a legii de a acționa asupra acestei substanțe, APAAN a fost clasificat ca precursor chimic în cadrul legislației UE în decembrie 2013 și a fost clasificat la nivel internațional în octombrie 2014. Capturile majore de precursori ai MDMA confirmă reluarea producției de ecstasy pe scară largă în Uniunea Europeană. În 2013 s-au capturat 5 061 kg de PMK (3,4-metilendioxfenil-2-propanonă) și 13 836 de litri de safrol, care împreună ar putea servi la producerea a 170 de milioane de comprimate de ecstasy.

În 2013 s-a introdus o nouă legislație europeană ce vizează întărirea controalelor asupra comerțului cu anumiți precursori de droguri, atât în interiorul Uniunii Europene, cât și între statele membre și țări terțe. Printre măsurile introduse se numără controale mai stricte asupra comerțului cu anhidridă acetică, o substanță chimică necesară pentru producerea heroinei, și cu efedrină și pseudoefedrină, precursori ai metamfetaminei. Noua legislație prevede și un mecanism de răspuns rapid la deturnarea substanțelor neclasificate.

TABELUL 1.2

Sinteza capturilor și a transporturilor oprite de precursori utilizați la producerea anumitor droguri sintetice în Europa, 2013

Precursor/pre-precursor	Capturi		Transporturi oprite ⁽¹⁾		TOTALURI	
	Cazuri	Cantitate	Cazuri	Cantitate	Cazuri	Cantitate
MDMA sau substanțe înrudite						
PMK (litri)	12	5 061	0	0	12	5 061
Safrol (litri)	4	13 837	1	574	5	14 411
Izosafrol (litri)	1	10	0	0	1	10
Piperonal (kg)	5	5	5	1 400	10	1 404
Glicidil/glicidat de PMK (kg)	5	2 077	0	0	5	2 077
Amfetamină și metamfetamină						
BMK (litri)	5	32	0	0	5	32
PAA, acid fenilacetic (kg)	1	97	6	225	7	322
Efedrină, vrac (kg)	15	13	0	0	15	13
Pseudoefedrină, vrac (kg)	11	64	0	0	11	64
APAAN (kg)	71	48 802	0	0	71	48 802

⁽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. Sursa: Comisia Europeană.

INFORMAȚII SUPLIMENTARE

Publicații EMCDDA

2015

Heroin trafficking routes, Perspective în materie de droguri.

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

The Internet and drug markets, Rapoarte tehnice.

2014

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

Exploring methamphetamine trends in Europe, Documente EMCDDA.

Risk assessment report of a new psychoactive substance: 1-cyclohexyl-4-(1, 2-diphenylethyl) piperazine (MT-45), Evaluări ale riscurilor.

Risk assessment of 4-methyl-5-(4-methylphenyl)-4, 5-dihydrooxazol-2-amine (4, 4'-dimethylaminorex, 4, 4'-DMAR, Evaluări ale riscurilor.

Report on the risk assessment of 1-(1, 3-benzodioxol-5-yl)-2-(pyrrolidin-1-yl)pentan-1-one (MDPV) in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances, Evaluări ale riscurilor.

Report on the risk assessment of 2-(3-methoxyphenyl)-2-(ethylamino)cyclohexanone (methoxetamine) in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances, Evaluări ale riscurilor.

Report on the risk assessment of 2-(4-iodo-2, 5-dimethoxyphenyl)-N-(2-methoxybenzyl)ethanamine (25I-NBOMe) in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances, Evaluări ale riscurilor.

Report on the risk assessment of 3, 4-dichloro-N-[[1-(dimethylamino)cyclohexyl]methyl]benzamide (AH-7921) in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances, Evaluări ale riscurilor.

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

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

2013

Synthetic cannabinoids in Europe, Perspective în materie de droguri.

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

2012

Cannabis production and markets in Europe, Insights.

2011

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

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

Răspunsul la apariția substanțelor psihoactive noi, Drogurile în obiectiv.

2010

Risk assessment of new psychoactive substances — operating guidelines.

Publicații comune EMCDDA și 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.

2010

Cocaine: a European Union perspective in the global context.

2009

Methamphetamine: a European Union perspective in the global context.

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

2

**Prevalența consumului de cannabis
este de aproximativ cinci ori mai
mare decât cea a altor substanțe**

Consumul de droguri și problemele legate de droguri

În cadrul unei analize de nivel înalt a modelelor și tendințelor în materie de consum de droguri și efectele negative asociate, este util să se facă o distincție între trei mari grupuri de substanțe: produsele de canabis, diferite substanțe stimulente și droguri opiacee. Prevalența consumului de canabis este de aproximativ cinci ori mai mare decât cea a altor substanțe, iar numărul consumatorilor care se adresează serviciilor de tratament pentru probleme legate de consumul de canabis a crescut în ultimii ani. Deși consumul de heroină și alte opiacee se menține relativ scăzut, acestea continuă, totuși, să fie principalele cauze pentru morbiditatea și mortalitatea asociate consumului de droguri în Europa și să genereze cea mai mare parte a costurilor aferente tratamentelor.

Monitorizarea consumului de droguri și a problemelor legate de droguri

Monitorizarea consumului de droguri și a problemelor legate de droguri în Europa se bazează pe cei cinci indicatori epidemiologici cheie ai EMCDDA. Acești indicatori includ seturi de date care cuprind estimări privind consumul recreațional (bazate în principal pe sondaje), estimări privind consumul problematic, decese ca urmare a consumului de droguri, bolile infecțioase asociate și admiterile la tratament pentru consumul de droguri. Împreună, acești indicatori reprezintă pilonii pe care se sprijină analiza la nivel european a tendințelor și evoluțiilor în ceea ce privește consumul de droguri și consecințele negative asociate acestuia. Informații tehnice referitoare la acești indicatori pot fi consultate online la *Key indicators gateway* (Portalul privind principalii indicatori) și în Buletinul statistic online. În acest capitol, datele indicatorilor cheie sunt completate cu date suplimentare furnizate de punctele focale Reitox și cu date provenind din alte surse.

Consumul de droguri este caracterizat, de asemenea, de diferite modele de consum, care variază de la consumul experimental unic până la consumul regulat și dependent. Consumul este, în general, mai mare în rândul bărbaților, indiferent de drog, iar această diferență este adesea și mai pronunțată în cazul modelelor de consum mai intens sau regulat. De asemenea, diferitele modele de consum sunt corelate cu tipuri și grade diferite de efecte adverse asupra sănătății; consumul mai frecvent, dozele mari, consumul simultan al mai multor substanțe și injectarea sunt toate asociate cu riscuri medicale crescute.

Aproape unul din patru europeni a încercat droguri ilegale

Se estimează că aproape un sfert din populația adultă din Uniunea Europeană, respectiv peste 80 de milioane de adulți, au consumat droguri ilegale într-un anumit moment din viața lor. Drogul cel mai frecvent consumat este canabisul (75,1 milioane), estimările consumului de alte droguri pe durata vieții fiind mai scăzute pentru cocaină (14,9 milioane), amfetamine (11,7 milioane) și MDMA (11,5 milioane). Nivelurile de consum de-a lungul vieții variază considerabil între țări, de la aproximativ o treime din adulți în Danemarca, Franța și Regatul Unit la 8 % sau mai puțin de unul din 10 în Bulgaria, România și Turcia.

Consumul de canabis: în creștere în țările nordice

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.

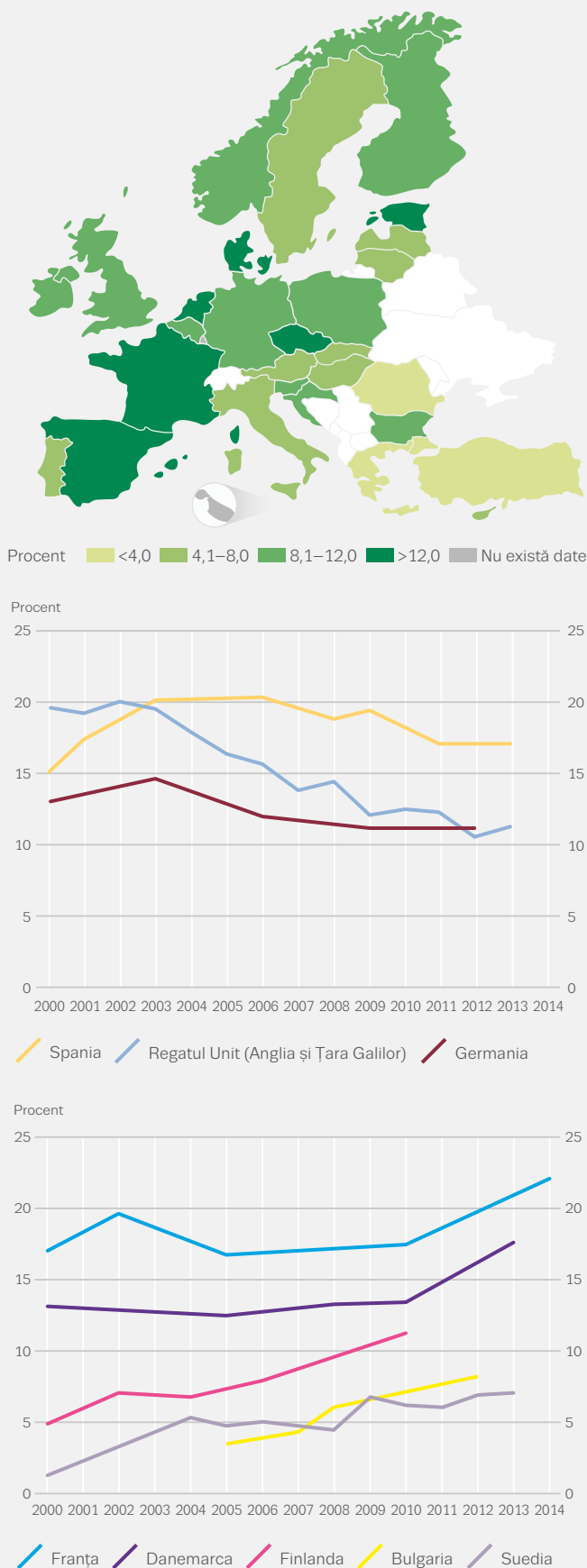
Se estimează că 14,6 milioane de tineri europeni (cu vârste cuprinse între 15 și 34 de ani), reprezentând 11,7 % din această grupă de vârstă, au consumat canabis în ultimul an, 8,8 milioane dintre aceștia având vârste cuprinse între 15 și 24 de ani (15,2 % din această grupă de vârstă).

O serie de țări dispun acum de suficiente date provenite din sondaje pentru a permite realizarea unei analize statistice a tendințelor temporale pe termen lung în ceea ce privește consumul de canabis în rândul tinerilor adulți (cu vârste cuprinse între 15 și 34 de ani). Sondajele în rândul populației efectuate în Germania, Spania și Regatul Unit indică o scădere sau o stabilizare a prevalenței consumului de canabis în ultimii zece ani. În schimb, se poate observa o prevalență tot mai mare în Bulgaria, Franța și în trei dintre țările nordice (Danemarca, Finlanda, Suedia). În plus, în cel mai recent sondaj realizat în Norvegia s-a raportat o creștere până la un nou nivel record, de 12 %, deși seriile de timp actuale sunt insuficiente pentru a se putea realiza o analiză statistică a tendințelor.

Per ansamblu, rezultatele celor mai recente sondaje continuă să indice modele divergente ale consumului de canabis în ultimul an (figura 2.1). Dintre țările care au realizat noi sondaje din anul 2012 până în prezent, patru au raportat estimări mai reduse ale prevalenței, două au raportat o situație stabilă, iar opt au raportat estimări mai ridicate față de sondajul anterior comparabil. Doar un

FIGURA 2.1

Prevalența în ultimul an a consumului de canabis în rândul tinerilor adulți (15-34 de ani): datele cele mai recente (sus); țările cu tendințe semnificative din punct de vedere statistic (mijloc și jos)



număr mic de sondaje naționale raportează în prezent consumul de canabinoizi sintetici; în cazul lor, nivelurile de prevalență înregistrate în ultimul an sunt, în general, scăzute.

Consumul de canabis în rândul elevilor

Monitorizarea consumului de substanțe în rândul elevilor constituie un instrument important pentru înțelegerea comportamentelor de risc actuale ale tinerilor. În Europa, studiul efectuat în cadrul Proiectului european de anchetă în școli privind alcoolul și alte droguri (ESPAD) oferă o perspectivă de-a lungul timpului a tendințelor în ceea ce privește consumul de substanțe în rândul elevilor de 15-16 ani. Potrivit celor mai recente date colectate (2011), canabisul reprezintă cea mai mare parte a consumului de droguri ilegale în acest grup, aproximativ 24 % dintre acești adolescenți declarând că au consumat canabis cel puțin o dată pe durata vieții, procentele fiind cuprinse între 5 % în Norvegia și 42 % în Republica Cehă. Prevalența consumului celorlalte droguri ilegale este mult mai redusă.

În cele șapte țări care au efectuat sondaje în școli la nivel național ulterior studiului ESPAD (2011), se observă o variație considerabilă a tendințelor în ceea ce privește prevalența consumului de canabis în rândul elevilor.

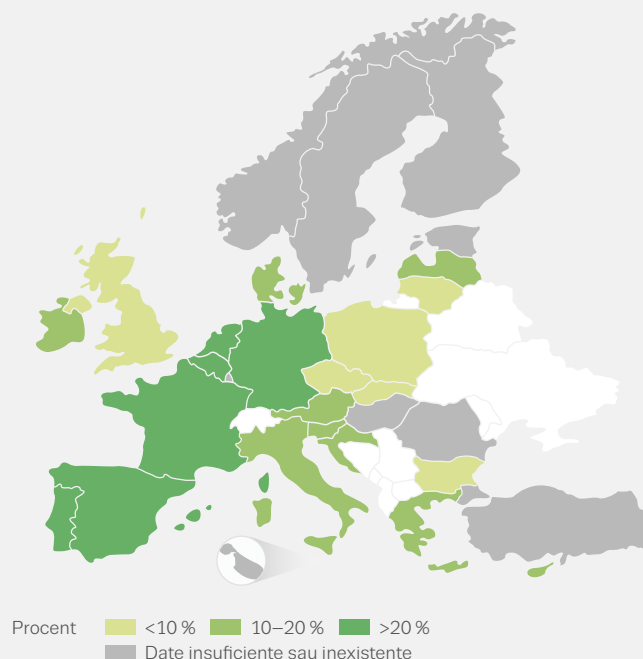
Motive de îngrijorare privind consumatorii de canabis

Un număr mic de consumatori de canabis consumă substanța intensiv. În categoria consumului zilnic sau aproape zilnic de canabis se încadrează persoanele care au consumat canabis timp de 20 de zile sau mai multe în ultima lună. Pe baza sondajelor în rândul populației per ansamblu, se estimează că aproape 1 % din adulții europeni consumă canabis zilnic sau aproape zilnic. Aproximativ trei sferturi dintre aceștia au vârste cuprinse între 15 și 34 de ani, iar din această grupă de vârstă, peste trei sferturi sunt bărbați.

Deși consumul zilnic de canabis este puțin răspândit în rândul populației generale, totuși în rândul celor aproape 3 % dintre adulții (15-64 de ani) care au consumat canabis în ultima lună, aproximativ un sfert au consumat această substanță zilnic sau aproape zilnic. Acest procent variază semnificativ în funcție de țară (a se vedea figura 2.2). În cazul statelor în care există un număr suficient de sondaje pentru a permite identificarea tendințelor, procentul consumatorilor zilnici sau aproape zilnici în raport cu întreaga populație adultă a rămas constant în ultimii zece ani.

FIGURA 2.2

Proporția persoanelor (15-64 de ani) care au consumat canabis zilnic sau aproape zilnic



În Europa, canabisul este drogul raportat cel mai frecvent ca motiv principal de inițiere a unui tratament pentru consumul de droguri de către consumatorii care se adresează serviciilor de tratament pentru prima dată, deși răspunsul la tratament al consumatorilor de canabis variază în mod considerabil. Numărul total al consumatorilor raportați care s-au adresat serviciilor de tratament pentru prima dată a crescut de la 45 000 la 61 000 între 2006 și 2013. Dacă se ține seama și de persoanele readmise la tratament, canabisul a ocupat locul doi între drogurile cel mai frecvent raportate de totalul consumatorilor admiși în 2013 (123 000 de

În Europa, canabisul este drogul raportat cel mai frecvent ca motiv principal de inițiere a unui tratament pentru consumul de droguri de către consumatorii care se adresează serviciilor de tratament pentru prima dată

pacienți, reprezentând 29 %). Cu toate acestea, există o diversitate considerabilă la nivel național, de la 3 % din numărul total al consumatorilor admiși la tratament raportând consumul de cannabis ca drog principal în Lituania, la peste 60 % în Danemarca și Ungaria. La această eterogenitate este posibil să contribuie mai mulți factori. De exemplu, aproximativ un sfert dintre consumatorii de cannabis ca drog principal admiși la tratament în Europa ajung să se adreseze serviciilor de tratament în urma trimerii de către sistemul penal de justiție (23 000); acest procentaj variază de la mai puțin de 5 % dintre consumatorii de cannabis ca drog principal din Bulgaria, Estonia, Letonia și Țările de Jos, la peste 80 % în Ungaria.

Urgențele spitalicești legate de consumul de cannabis

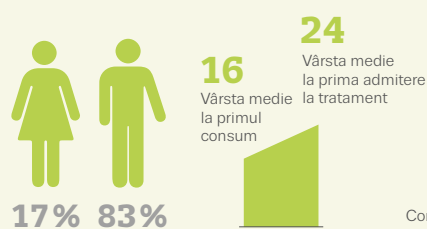
Deși se întâmplă rar, consumul de cannabis poate provoca urgențe acute, în special în doze mari. În țările cu niveluri mai ridicate de prevalență, consumul de cannabis este cauza unei proporții considerabile a urgențelor asociate consumului de droguri. Un studiu recent a identificat o creștere a numărului de urgențe asociate consumului de cannabis în perioada 2008-2012 în 11 dintre cele 13 țări

europene analizate. În Spania, de exemplu, numărul de urgențe asociate consumului de cannabis a crescut de la 1 589 (25 % din totalul urgențelor asociate consumului de droguri) în 2008 la 1 980 (33 %) în 2011.

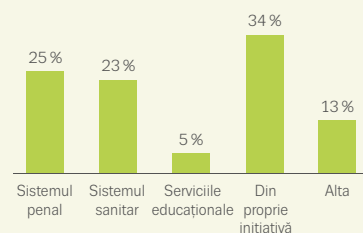
Rețeaua europeană privind urgențele cauzate de consumul de droguri (*European Drug Emergencies Network* - Euro-DEN), care monitorizează situația urgențelor asociate consumului de droguri în 16 unități de primiri urgențe din 10 țări europene, a raportat faptul că între 10 % și 48 % (16 % în medie) din numărul de prezentări asociate consumului de droguri s-au datorat consumului de cannabis, deși în 90 % dintre aceste cazuri s-a constatat și prezența altor substanțe. În majoritatea cazurilor, s-a detectat cannabis în combinație cu alcool, benzodiazepine și substanțe stimulente. Problemele raportate cel mai frecvent au fost de tip cognitiv-comportamentale (agitație, agresivitate, psihoză și anxietate) și vărsături. În majoritatea cazurilor, pacienții au fost externați fără a fi necesară spitalizarea.

CONSUMATORI DE CANNABIS CARE SOLICITĂ TRATAMENT

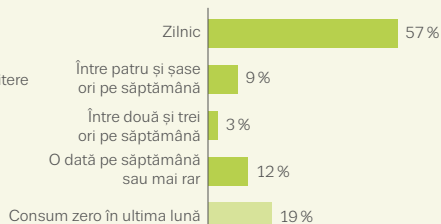
Caracteristici



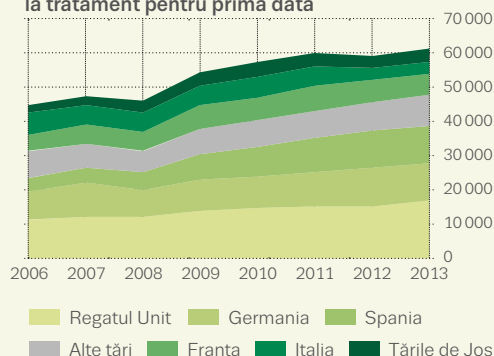
Sursa trimerilor



Frecvența consumului în ultima lună



Tendințe în rândul persoanelor admise la tratament pentru prima dată



NB: Caracteristicile se referă la toți consumatorii de cannabis ca drog principal care se adresează serviciilor de tratament. Tendințele se referă la consumatorii de cannabis ca drog primar care încep tratamentul pentru prima dată. Țările incluse variază în funcție de indicator. Sursa trimerilor: „sistemul penal” include instanțe, poliția și servicii de probațiune; „sistemul sanitar” include 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.

Cocaina: cel mai consumat drog stimulent din Europa

De obicei, pudra de cocaină se prizează sau se inhalează, însă uneori se injectează, în timp ce cocaina crack de regulă se fumează. 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 inhalează cocaină într-un context recreațional, și consumatorii marginalizați, care își injectează cocaină sau fumează cocaină crack deseori în combinație cu opiacee. Consumul regulat de cocaină se asociază cu dependența, cu probleme cardiovasculare, neurologice și de sănătate mintală și cu un risc ridicat de accidente. Injectarea cocainei și consumul de cocaină crack sunt asociate cu cele mai mari riscuri asupra sănătății, inclusiv cu transmiterea bolilor infecțioase.

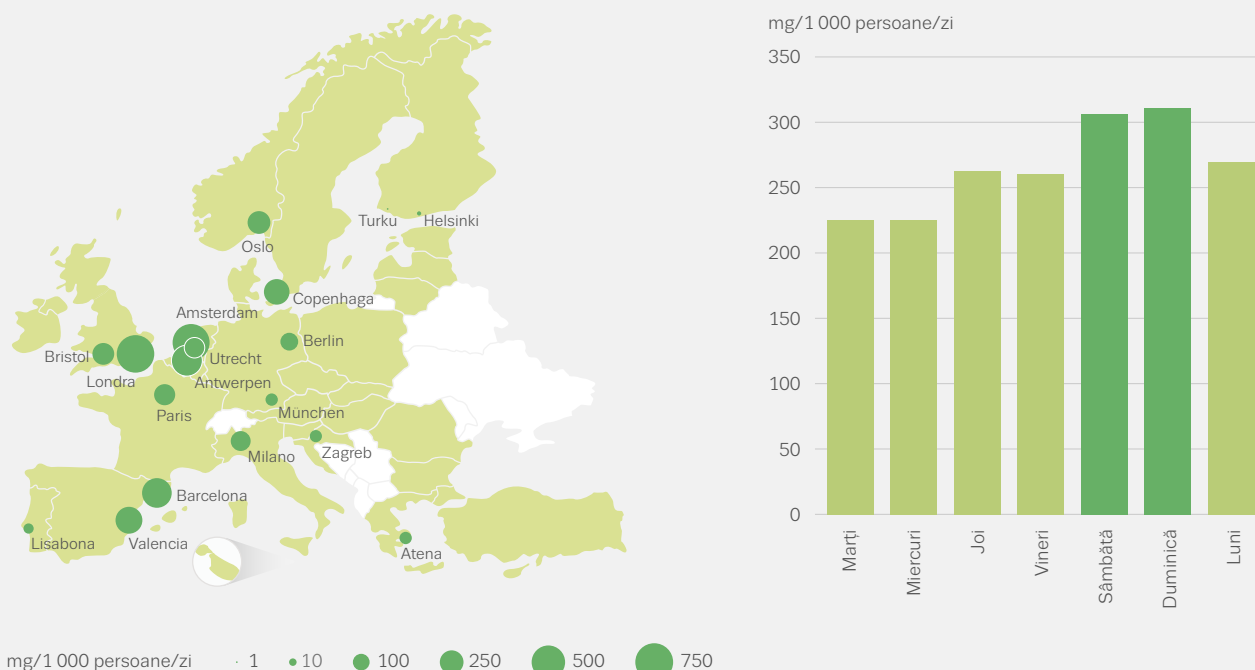
Cocaina este cel mai consumat drog stimulent ilegal în Europa, deși majoritatea consumatorilor se află doar în câteva țări. Acest fapt este ilustrat de datele sondajelor conform cărora cocaina este mai răspândită în sudul și vestul Europei.

Se estimează că aproximativ 2,3 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 recreațional, cu niveluri maxime ale consumului la sfârșit de săptămână și în zilele de sărbătoare. Datele obținute din analiza apelor reziduale realizată în cadrul unui studiu desfășurat în 2014 în mai multe orașe europene a confirmat diferențe zilnice de consum. Concentrații mai mari de benzoilecgonină, principalul metabolit al cocainei, au fost depistate în eșantioanele colectate la sfârșit de săptămână (figura 2.3).

Numai câteva state au raportat anul trecut o prevalență mai mare de 3 % a consumului de cocaină în rândul adulților tineri (figura 2.4). Dintre acestea, Spania și Regatul Unit au înregistrat tendințe de creștere a prevalenței semnificative din punct de vedere statistic până în 2008, iar ulterior tendința s-a stabilizat sau s-a redus. Între țările cu o prevalență mai mică de 3 %, cele mai recente date raportate de Irlanda și Danemarca arată scăderi, însă acestea nu pot fi încă identificate din punct de vedere statistic, în timp ce sondajele desfășurate în Franța până în anul 2014 indică o tendință de creștere a consumului.

FIGURA 2.3

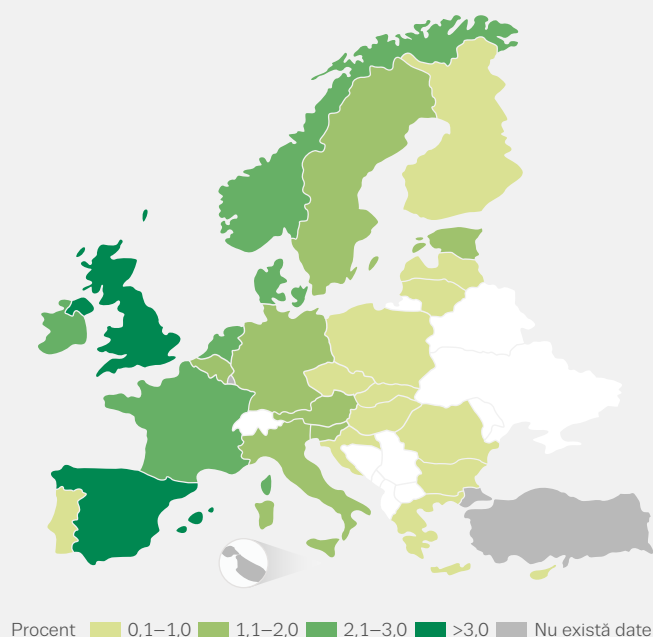
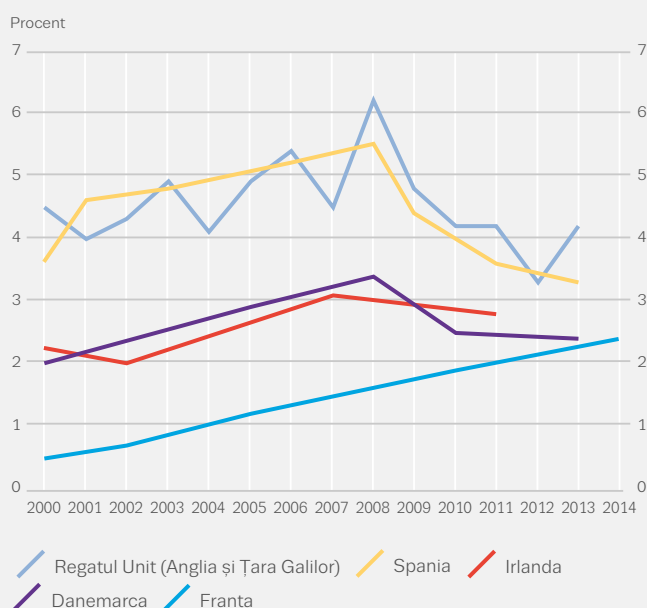
Urmele de cocaină din apele reziduale: în anumite orașe europene (stânga) și mediile zilnice (dreapta)



NB: Cantități medii zilnice de cocaină în miligrame la 1 000 de persoane. Prelevarea eșantioanelor s-a realizat în decurs de o săptămână în 2014 în orașele europene selectate. Sursa: Grupul de bază pentru analiza apelor reziduale – Europa (SCORE).

FIGURA 2.4

Prevalența în ultimul an a consumului de cocaină în rândul tinerilor adulți (15-34 de ani): tendințe în țările selectate (stânga) și datele cele mai recente (dreapta)



O reducere a consumului de cocaină se poate observa și în datele de ultimă oră; dintre țările în care s-au efectuat sondaje după 2012, nouă au raportat estimări mai reduse, iar patru au indicat estimări mai ridicate decât în sondajul anterior comparabil.

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

Prevalența formelor problematice de consum al cocainei în Europa este dificil de măsurat, dat fiind că numai patru state dispun de estimări recente și că, din rațiuni metodologice, acestea nu sunt ușor de comparat. În 2012, în rândul populației adulte, Germania a estimat „dependența de cocaină” la 0,20 %. În 2013, Italia a prezentat o estimare de 0,23 % pentru persoanele „care au nevoie de tratament pentru consumul de cocaină”, iar Spania a estimat „consumul de mare risc al cocainei” la 0,29 %. Pentru 2011-2012, Regatul Unit a estimat un consum de cocaină crack în rândul populației adulte din Anglia de 0,48 %, majoritatea acestor consumatori fiind și consumatori de droguri opiacee.

Cocaina a fost indicată ca drog principal pentru 13 % din totalul raportat al pacienților care au început un tratament specializat pentru dependența de droguri în 2013 (55 000) și pentru 16 % dintre cei admiși la tratament pentru prima dată (25 000). Există diferențe mari de la o țară la alta, peste 70 % din numărul total de consumatori de cocaină fiind raportați de numai trei țări (Spania, Italia, Regatul Unit). Potrivit celor mai recente date, numărul de consumatori de cocaină care se adresează serviciilor de tratament pentru prima dată s-a stabilizat în jurul cifrei de 24 000, scăzând de la o valoare record de 38 000 în 2008. În 2013, 6 000 de consumatori admiși la tratament în Europa au raportat cocaina crack ca drog principal, peste jumătate dintre aceștia (3 500) fiind în Regatul Unit, iar majoritatea celorlalți (2 200) în Spania, Franța și Țările de Jos.

Interpretarea datelor disponibile privind mortalitatea asociată consumului de cocaină este dificilă, în parte pentru că acest drog poate contribui la unele decese atribuite problemelor cardiovasculare. Cu toate acestea, în

2013 au fost raportate peste 800 de decese asociate consumului de cocaină (date culese din 27 de țări). Majoritatea acestor decese au fost atribuite supradozelor de droguri, adeseori fiind detectate și alte substanțe, îndeosebi opiacee. La nivel european, problemele legate de calitatea datelor fac imposibilă obținerea unor concluzii privind tendințele. Unele state dispun, totuși, de anumite informații, deși acestea sunt limitate. De exemplu, în perioada 2012-2013, numărul deceselor în care s-a înregistrat prezența cocainei a crescut de la 174 la 215 în Regatul Unit și de la 19 la 29 în Turcia.

În 2013 au fost raportate peste 800 de decese asociate consumului de cocaină

Amfetaminele: consumul este stabil în numeroase țări

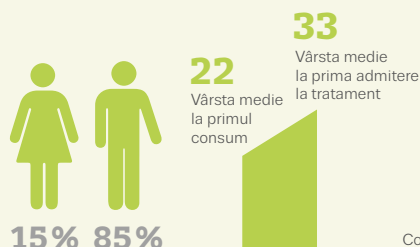
Amfetamina și metamfetamina, două substanțe stimulente foarte apropiate, sunt ambele consumate în Europa, dar amfetamina este de departe cea mai consumată. De-a lungul timpului, consumul de metamfetamină a fost concentrat în Republica Cehă și, mai recent, în Slovacia, deși în prezent există indicii privind consumul tot mai mare 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.

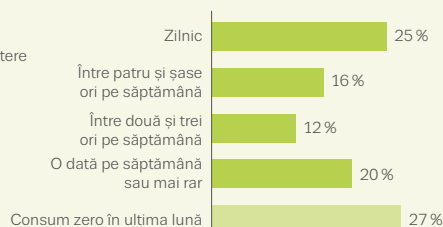
Printre efectele medicale adverse ale consumului de amfetamine se numără problemele cardiovasculare, pulmonare, neurologice și de sănătate mintală, iar

CONSUMATORI DE COCAINĂ CARE SOLICITĂ TRATAMENT

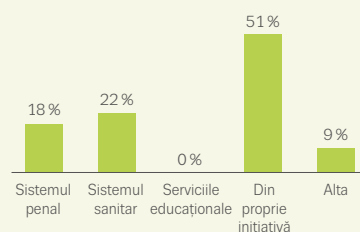
Caracteristici



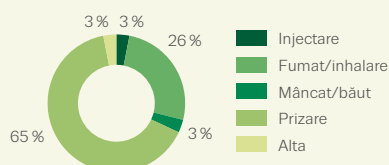
Frecvența consumului în ultima lună



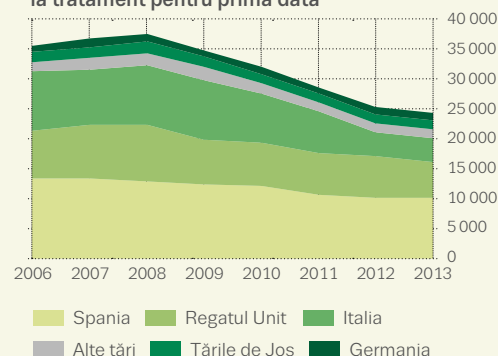
Sursa trimerilor



Calea de administrare



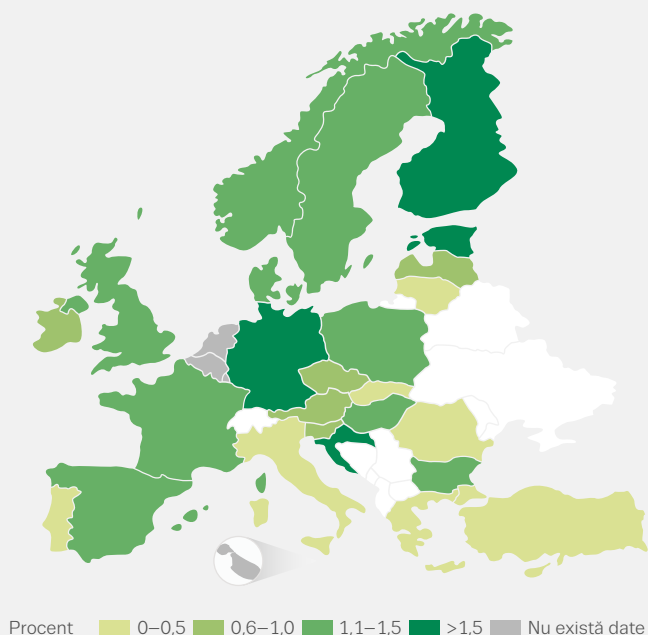
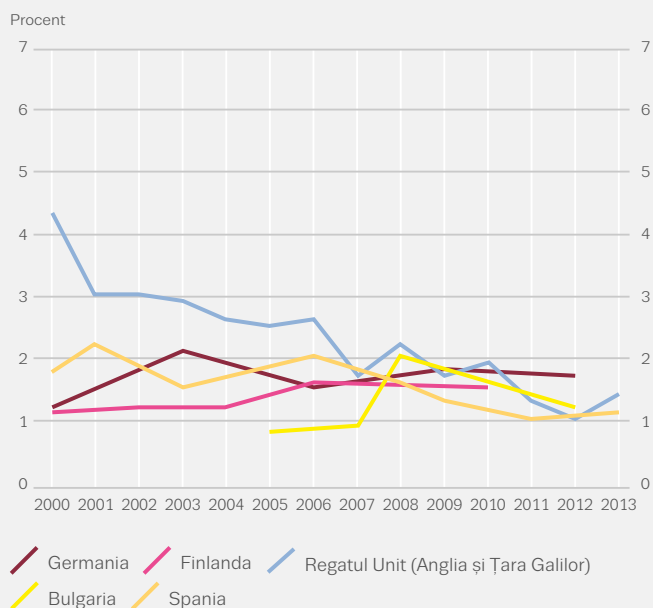
Tendințe în rândul persoanelor admise la tratament pentru prima dată



NB: Caracteristicile se referă la toate persoanele care consumă cocaină/cocaină crack ca drog principal și care se adresează serviciilor de tratament. Tendințele se referă la consumatorii de cocaină/cocaină crack ca drog principal care încep tratamentul pentru prima dată. Țările incluse variază în funcție de indicator. Sursa trimerilor: „sistemul penal” include instanțe, poliția și servicii de probațiune; „sistemul sanitar” include 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.

FIGURA 2.5

Prevalența în ultimul an a consumului de amfetamine în rândul tinerilor adulți (15-34 de ani): tendințe în țările selectate (stânga) și datele cele mai recente (dreapta)



administrarea prin injectare comportă, ca și în cazul altor droguri, riscul de a contracta boli infecțioase. Ca și în cazul altor droguri stimulente, decesele legate de consumul de amfetamine pot fi dificil de identificat. Cu toate acestea, anual se raportează un număr mic de decese.

Un număr estimat de 1,3 milioane (1,0 %) de tineri adulți (din grupa de vârstă 15-34 de ani) au consumat amfetamine în ultimul an. Cele mai recente estimări naționale privind prevalența consumului variază de la 0,1 % la 1,8 % (figura 2.5). Datele disponibile sugerează că, începând aproximativ din anul 2000, majoritatea țărilor europene au înregistrat situații relativ stabile în ceea ce privește tendințele în materie de consum. Excepție fac Spania și Regatul Unit, unde începând din anul 2000 s-a putut observa o scădere semnificativă din punct de vedere statistic.

Noi modele ale consumului problematic de amfetamine

În ceea ce privește consumul pe termen lung, cronic și prin injectare de amfetamină, 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. Aceste țări estimează consumul problematic în rândul adulților (cu vârste cuprinse între 15 și 64 de ani) la aproximativ 0,48 % în Republica Cehă (în 2013) și 0,21 % în Slovacia (în 2007). În Republica Cehă, în perioada 2007-2013 s-a constatat o creștere însemnată a consumului problematic sau de mare risc al metamfetaminei, în principal prin injectare (de la aproximativ 20 000 la peste 34 000 consumatori). Există indicii recente potrivit cărora consumul de metamfetamine se răspândește în alte țări și



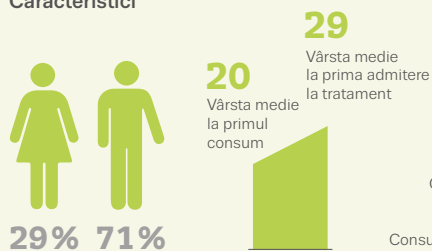
la alte grupuri de populație, fiind raportat în țări care se învecinează cu Republica Cehă (Germania, Austria), în zonele sudice ale Europei (Grecia, Cipru, Turcia) și în țări din nordul Europei (Letonia, Norvegia). Într-o serie de țări europene continuă să fie raportat un nou model de consum al metamfetaminei, care presupune injectarea drogului, adesea în combinație cu alte substanțe stimulente, în timpul unor petreceri restrânse între bărbați care întrețin relații homosexuale. Aceste așa-numite „petreceri-orgii” 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.

În 2013, în Europa, aproximativ 7 % dintre consumatorii admiși la tratament specializat pentru dependența de

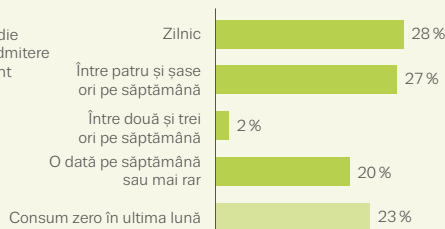
droguri au raportat amfetaminele (amfetamina și metamfetamina) ca drog principal. Acest procent reprezintă aproximativ 29 000 de pacienți, dintre care 12 000 s-au adresat serviciilor de tratament pentru prima dată în viață. Consumatorii de amfetamină ca drog principal reprezintă o parte considerabilă a admișilor la tratament pentru prima dată numai în Germania, Letonia și Polonia. Consumatorii care se adresează serviciilor de tratament și care raportează metamfetamina ca drog principal sunt concentrați în Republica Cehă și în Slovacia care, împreună, însumează 95 % dintre cei 8 000 de consumatori de metamfetamină din Europa. Se raportează creșteri ale numărului de consumatori de amfetamine care se adresează serviciilor de tratament pentru prima dată îndeosebi în Germania, Republica Cehă și Slovacia.

CONSUMATORI DE AMFETAMINE CARE SOLICITĂ TRATAMENT

Caracteristici



Frecvența consumului în ultima lună



Persoane admise prima dată la tratament

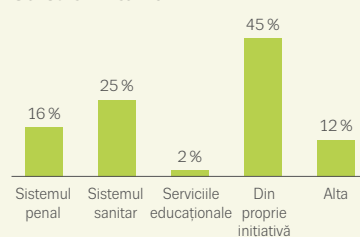
48 %



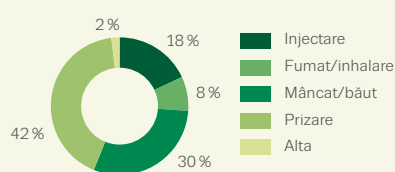
Persoane admise care au mai primit tratament anterior

52 %

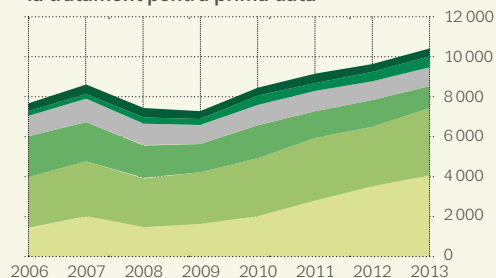
Sursa trimerilor



Calea de administrare



Tendințe în rândul persoanelor admise la tratament pentru prima dată

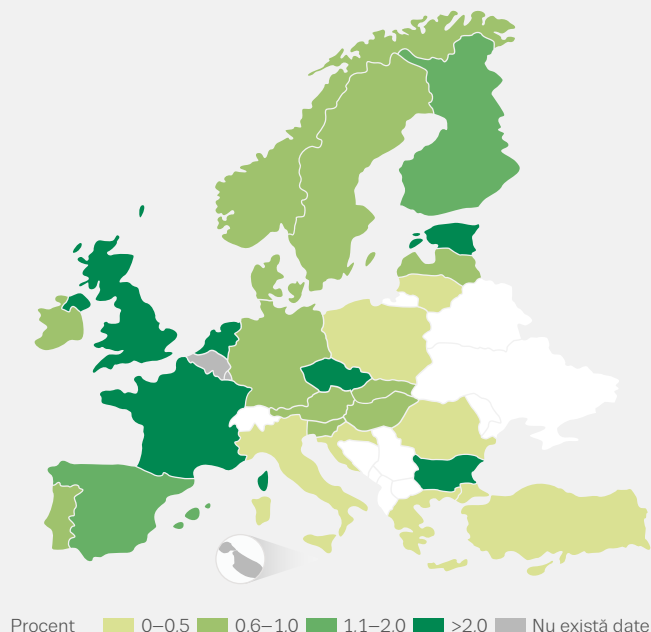
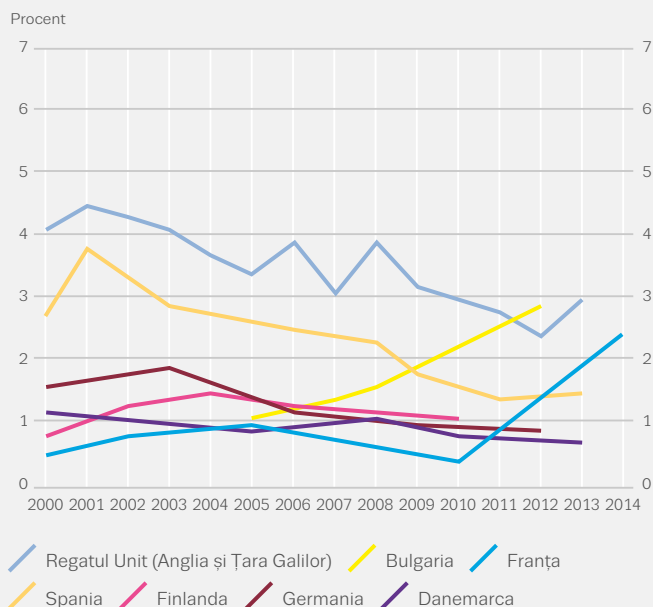


Germania Republica Cehă Regatul Unit
Alte țări Slovacia Țările de Jos

NB: Caracteristicile se referă la toate persoanele care consumă amfetamine ca drog principal și care se adresează serviciilor de tratament. Tendințele se referă la consumatorii de amfetamine ca drog principal care încep tratamentul pentru prima dată. Țările incluse variază în funcție de indicator. Sursa trimerilor: „sistemul penal” include instanțe, poliția și servicii de probațiune; „sistemul sanitar” include 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.

FIGURA 2.6

Prevalența în ultimul an a consumului de ecstasy în rândul tinerilor adulți (15-34 de ani): tendințe în țările selectate (stânga) și datele cele mai recente (dreapta)



Consumul de ecstasy/MDMA

MDMA (3,4-metilendioxi-metamfetamina) este consumat în general sub forma comprimatelor de ecstasy, însă este din ce în ce mai disponibil sub formă cristalizată și de pudră; de obicei, comprimatele sunt înghițite, iar sub formă de pudră, drogul este prizat (insuflație pe cale nazală). Problemele asociate consumului acestui drog includ hipotermia, ritmul cardiac crescut și insuficiența multiplă de organ, iar pe termen lung, consumul a fost asociat cu probleme hepatice și cardiace. Decesele asociate consumului acestui drog continuă să fie relativ rare și sunt uneori provocate de consumul altor substanțe vândute ca MDMA. Recent, au existat îngrijorări privind problemele acute cauzate de comprimatele și pudra cu doze crescute de MDMA. De asemenea, în 2014, s-au emis avertizări privind comprimatele de ecstasy care conțineau concentrații ridicate de PMMA — un drog cu un profil de siguranță îngrijorător.

De-a lungul timpului, majoritatea sondajelor la nivel european au colectat date cu privire la consumul de ecstasy, nu la cel de MDMA. Se estimează că 1,8 milioane de tineri adulți (cu vârste cuprinse între 15 și 34 de ani) au consumat ecstasy în ultimul an (1,4 % din această grupă de vârstă), estimările la nivel național variind între sub 0,1 % și 3,1 %. Dintre țările care dispun de date suficiente pentru a se realiza o analiză statistică a tendințelor, începând din anul 2000 se poate observa o prevalență în scădere în Germania, Spania și Regatul Unit. Danemarca

prezintă un tipar similar de descreștere a prevalenței, însă în condițiile unui nivel mai redus de certitudine statistică (figura 2.6). În schimb, în Bulgaria se menține tiparul de creștere a estimărilor prevalenței. În rândul țărilor care au efectuat noi sondaje din 2012 și până acum, rezultatele sunt divergente: șase țări au raportat estimări mai reduse ale prevalenței, în timp ce alte șapte au raportat estimări mai ridicate față de sondajul anterior comparabil. Consumul de ecstasy este rareori raportat ca motiv al admiterii la tratament pentru dependența de droguri, acest drog fiind responsabil de mai puțin de 1 % (aproximativ 600 de cazuri) din consumatorii admiși pentru prima dată la tratament în 2013.

GHB, ketamina și substanțele halucinogene: continuă să fie motive de îngrijorare în unele țări

O serie de alte substanțe psihoactive cu proprietăți halucinogene, anestezice și depresante sunt consumate în Europa: printre ele se numără LSD (dietilamida acidului lisergic), ketamina, GHB (gama-hidroxibutirat) și ciupercile halucinogene.

În ultimele două decenii, s-a raportat consumul recreațional de ketamină și GHB (inclusiv precursorul acestuia, GBL, gama-butirolactonă) în rândul unor subgrupuri de consumatori de droguri din Europa. Devin tot mai evidente problemele de sănătate provocate de aceste substanțe, de exemplu, efectele adverse asupra

vezicii urinare asociate consumului de ketamină pe termen lung. Pierderea cunoștinței, sindromul de sevraj și dependența sunt riscuri asociate consumului de GHB. S-au raportat cereri de admitere la tratament pentru dependența de GHB în Belgia, Țările de Jos și Regatul Unit.

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 cele mai recente sondaje, Norvegia a raportat prevalența consumului de GHB în ultimul an la 0,1 % din adulți (cu vârste cuprinse între 15 și 64 de ani), în timp ce Danemarca și Spania au raportat prevalența consumului de ketamină în ultimul an la 0,3 % din tinerii adulți (15-34 de ani), iar Regatul Unit a raportat consumul de ketamină la nivelul anului trecut la 1,8 % din tinerii cu vârste cuprinse între 16 și 24 de ani, o tendință stabilă încă din 2008.

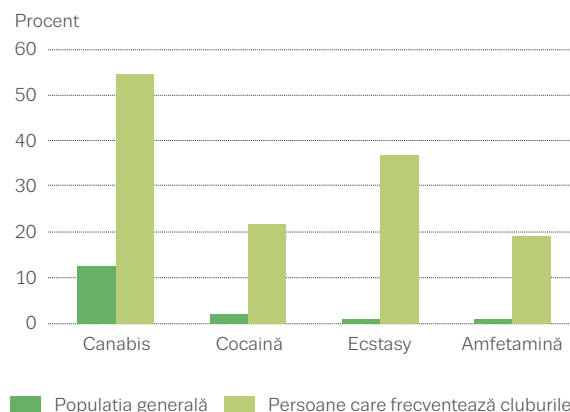
Nivelurile totale de prevalență ale consumului de ciuperci halucinogene și de LSD în Europa sunt, în general, scăzute și stabile de mai mulți ani. În rândul tinerilor adulți (15-34 de ani), sondajele naționale au raportat estimări privind prevalența consumului în ultimul an de mai puțin de 1 % pentru ambele substanțe.

Niveluri mai ridicate ale consumului de droguri în rândul persoanelor care frecventează cluburile de noapte

Este binecunoscut faptul că există anumite contexte sociale care sunt asociate în mod special cu niveluri ridicate de consum de droguri și alcool. 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 poate fi observat în informațiile culese în cadrul sondajului global privind drogurile, disponibil pe internet, *Global Drug Survey*, în cadrul căruia EMCDDA a solicitat realizarea unei analize speciale a consumului de droguri în rândul tinerilor care se identifică drept persoane care frecventează regulat cluburile de noapte (definite ca persoane care merg în cluburi cel puțin o dată la trei luni). Analiza a fost realizată pe baza unui eșantion de 25 790 de tineri cu vârste cuprinse între 15 și 34 de ani, din 10 țări europene. Ar trebui menționat faptul că acesta este un eșantion nereprezentativ, constituit prin metoda autoselecției, alcătuit din respondenți ai unui sondaj online privind drogurile, rezultatele trebuind așadar să fie interpretate cu precauție. În cadrul acestui eșantion, prevalența în ultimul an a fost de 4 până la 25 de ori mai mare decât cea constatată în cadrul aceleiași grupe de vârstă din cadrul

FIGURA 2.7

Prevalența în ultimul an a consumului în rândul tinerilor adulți (15–34 de ani): populația generală și persoanele care frecventează cluburile (10 țări)



Surse: Global Drug Survey 2014 și cele mai recente sondaje în rândul populației generale efectuate în următoarele țări: Belgia, Germania, Irlanda, Spania, Franța, Ungaria, Țările de Jos, Austria, Portugalia, Regatul Unit Amfetamine, cu excepția Belgiei și a Țărilor de Jos. Ecstasy, cu excepția Țărilor de Jos.

populației generale a Uniunii Europene, în funcție de substanța consumată. Clasificând împreună țările în care există date disponibile pentru fiecare tip de drog și comparându-le cu media ponderată a sondajelor din rândul populației generale (SPG), se constată că aproximativ 55 % dintre persoanele care frecventează regulat cluburile au raportat consum de canabis în ultimul an (media ponderată pe țară a sondajelor din rândul populației generale fiind de 12,9 %), cu niveluri mari pentru alte droguri: cocaină, 22 % (SPG 2,4 %); amfetamine, 19 % (SPG 1,2 %); ecstasy, 37 % (SPG 1,5 %) (figura 2.7). În ultimul an, au fost raportate niveluri ale prevalenței și pentru alte droguri consumate de persoanele care frecventează cluburile de noapte, inclusiv pentru ketamină (11 %), mefedronă (3 %), canabinoizi sintetici (3 %) și GHB (2 %).

Din acest grup, un număr redus de persoane care frecventează cluburile au raportat probleme legate de consumul de droguri, canabisul și ecstasy fiind drogurile cel mai adesea asociate cu prezentări la unitățile de primiri urgențe, cauzate de episoade acute.

Consumul de „droguri legale” în rândul tinerilor

Este greu de stabilit prevalența consumului de substanțe psihoactive noi în Europa. Chiar dacă aceste substanțe sunt incluse în unele sondaje naționale, lipsa unei metodologii comune înseamnă că rareori se pot realiza comparații între țări, iar problemele legate de definițiile utilizate complică situația și mai mult, în special deoarece statutul juridic al acestora se poate schimba rapid. Cu toate acestea, Flash Eurobarometer on young people and drugs

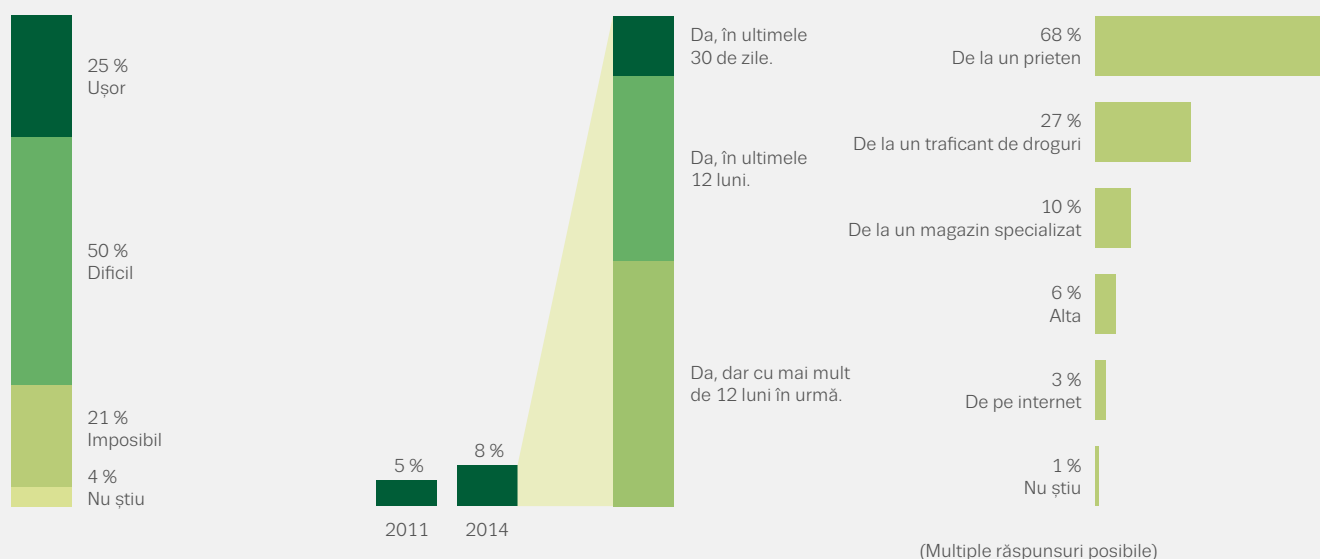
FIGURA 2.8

Disponibilitatea și consumul „drogurilor legale”, definite ca substanțe noi care imită efectele drogurilor ilegale

Cât de ușor sau dificil v-ar fi să le obțineți în 24 de ore?

Ați consumat vreodată aceste substanțe?

Dacă ar fi să vă gândiți la substanțele de acest fel pe care le-ați consumat în ultimele 12 luni, de unde le-ați obținut?



Sursa: Flash Eurobarometer 401.

(Eurobarometrul Flash privind tinerii și drogurile), un sondaj telefonic la care au participat 13 128 de tineri adulți cu vârste cuprinse între 15 și 24 de ani din cele 28 de state membre ale Uniunii Europene, poate oferi anumite informații despre consumul acestor substanțe. Răspunzând la o întrebare privind percepția disponibilității drogurilor, peste două treimi dintre respondenți au afirmat că este dificil sau imposibil să obțină „droguri legale”, definite ca noi substanțe care imită efectele drogurilor ilegale. Deși Eurobarometrul a vizat în principal atitudinile respondenților, el a inclus și o întrebare legată de consumul de „droguri legale”. În prezent, la nivelul Uniunii Europene, aceste date reprezintă unica sursă de informații din acest domeniu, deși din motive metodologice, interpretarea rezultatelor trebuie să se realizeze cu precauție. În ansamblu, 8 % dintre respondenți au raportat că au consumat „droguri legale” cel puțin o dată de-a lungul vieții, 3 % consumând în ultimul an (figura 2.8). 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. Cele mai mari niveluri de consum din ultimul an au fost raportate de tinerii din Irlanda (9 %), în timp ce pentru eșantioanele din Cipru și Malta nu s-a semnalat consum de „droguri legale” în ultimul an. Dintre cei care au răspuns afirmativ la întrebarea privind consumul în ultimul an, 68 % obținuseră substanța de la un prieten.

Este interesant să se compare rezultatele Eurobarometrului cu rezultatele altor sondaje, ținându-se

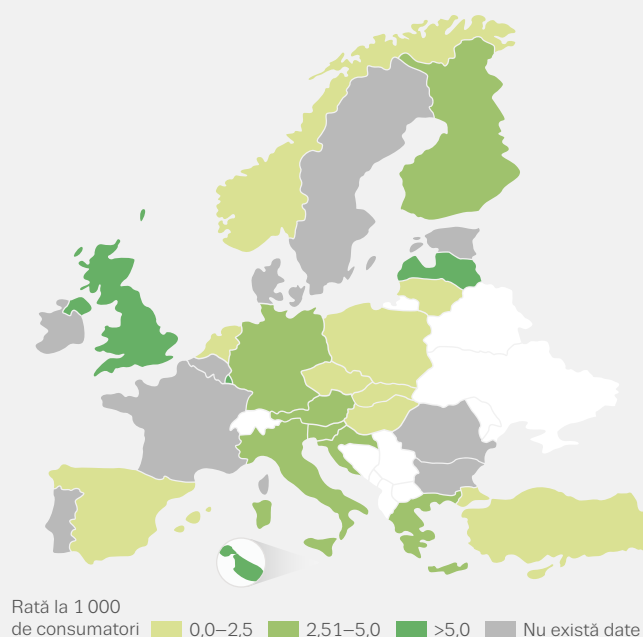
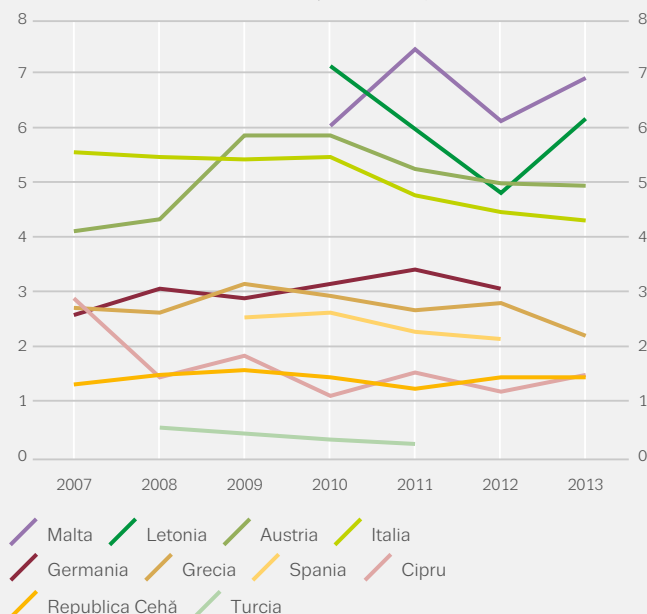
seama de faptul că s-au utilizat metode și întrebări diferite. Nouă țări europene au raportat estimări naționale ale consumului de substanțe psihoactive noi sau „droguri legale” (fără a include ketamina și GHB), încă din anul 2011. Anul trecut, prevalența consumului acestor substanțe în rândul tinerilor adulți (cu vârste cuprinse între 15 și 24 de ani) a variat între 9,7 % în Irlanda și 0,2 % în Portugalia. Trebuie menționat că în aceste două țări s-au introdus măsuri de limitare a accesului direct la „drogurile legale”, prin închiderea magazinelor unde se comercializau aceste produse. În ceea ce privește consumul de mefedronă, există date disponibile, culese prin sondaj, pentru Regatul Unit (Anglia și Țara Galilor). În cel mai recent sondaj (2013-2014), 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 stabil în comparație cu anul anterior, dar mai redus decât cel de 4,4 % înregistrat în 2010-2011, înainte de introducerea măsurilor de control.

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 întrețin relații homosexuale. În Ungaria, România și Regatul Unit s-a raportat o creștere a numărului de persoane care s-au adresat serviciilor de tratament din cauza problemelor apărute în urma

FIGURA 2.9

Estimări naționale privind prevalența în ultimul an a consumului problematic de opiacee: tendințe în țările selectate (stânga) și date de ultimă oră (dreapta)

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



consumului de catinone sintetice. În Regatul Unit (Anglia), numărul consumatorilor de mefedronă admiși la tratament pentru prima dată a crescut de la 900 la 1 630 între 2011-2012 și 2012-2013, cifrele stabilizându-se la 1 641 în 2013-2014.

Opiaceele: 1,3 milioane de consumatori problematici

Consumul ilegal de opiacee continuă să fie responsabil pentru un număr disproporționat de mare din totalul îmbolnăvirilor și deceselor din Europa cauzate de consumul de droguri. Principalul opiaceu consumat în Europa este heroina, care se poate fuma, inhala sau injecta. Se mai face abuz de o serie de alte opiacee sintetice, precum buprenorfina, metadona și fentanilul.

Prevalența anuală medie a consumului problematic de opiacee în rândul adulților (15-64 de ani) este estimată la aproximativ 0,4 % (4 consumatori la 1 000 de persoane), ceea ce înseamnă 1,3 milioane de consumatori problematici de opiacee în Europa în 2013. La nivel național, estimările privind prevalența consumului problematic de opiacee variază între mai puțin de unul și aproximativ opt cazuri la 1 000 de persoane cu vârste cuprinse între 15 și 64 de ani. În perioada 2006-2013, zece țări au repetat estimările privind consumul problematic de opiacee, prezentând tendințe relativ stabile (figura 2.9).

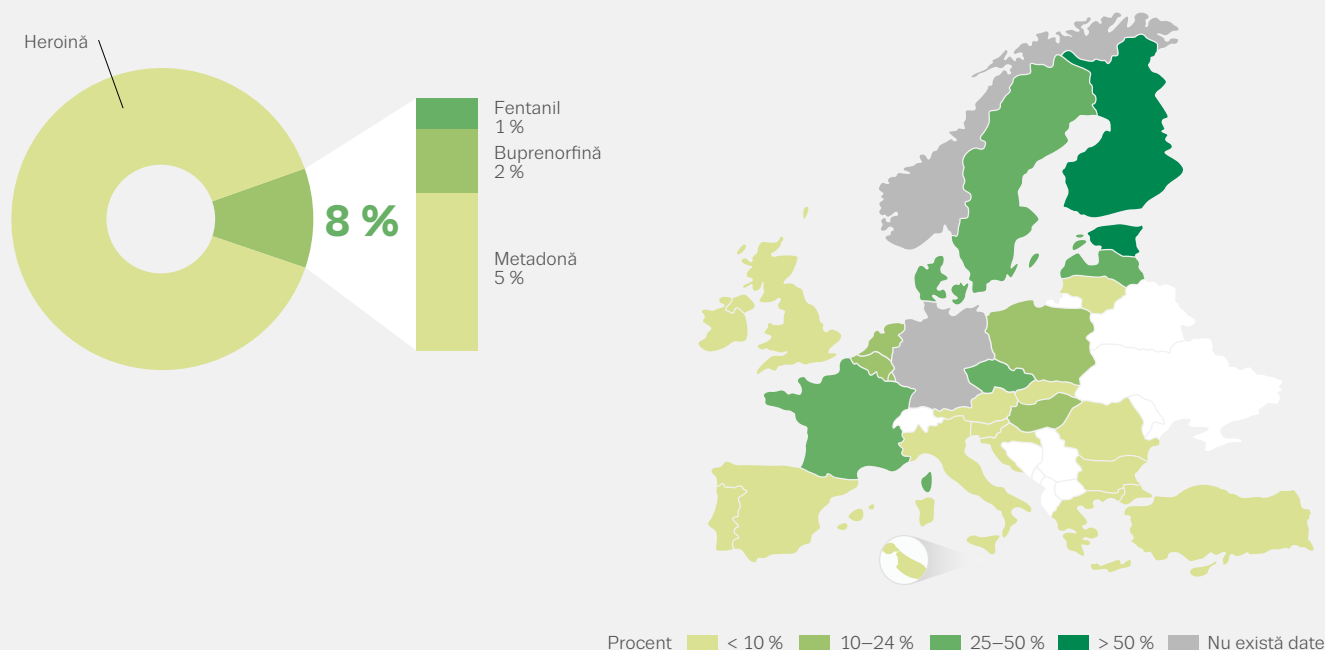
Persoanele care consumă opiacee, în special heroină, ca drog principal reprezintă 41 % din numărul total al persoanelor care s-au adresat serviciilor de tratament specializat în 2013 în Europa (175 000 de pacienți) și aproximativ 20 % din numărul consumatorilor admiși la tratament pentru prima dată (31 000 de pacienți). 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 la 23 000 în 2013. Se pare că ritmul apariției de noi consumatori de heroină s-a redus per ansamblu și că acest lucru are un impact asupra cererii de tratament.

Alte opiacee decât heroina: o situație tot mai îngrijorătoare

În puțin peste o treime din țările europene (11 țări), mai mult de 10 % din consumatorii de opiacee care s-au adresat serviciilor de tratament specializat în 2013 au fost tratați pentru probleme asociate în primul rând nu cu consumul heroinei, ci al altor opiacee (figura 2.10). Printre aceste substanțe se numără metadona, buprenorfina și fentanilul. Per total, abuzul de metadonă reprezintă cel mai răspândit consum de opiacee diferite de heroină, urmând apoi buprenorfina; aceste droguri sunt responsabile pentru 60 %, respectiv 30 % din toate admițerile la tratament pentru consumul de substanțe opiacee diferite de heroină, ca droguri principale. În unele țări, aceste droguri reprezintă în prezent cele mai comune tipuri de opiacee

FIGURA 2.10

Consumatorii admiși la tratament care raportează opiaceele ca drog principal: după tipul de opiaceu (stânga) și procentul celor care raportează alte opiacee decât heroina (dreapta)



care fac obiectul consumului problematic. În Estonia, de exemplu, majoritatea consumatorilor de opiacee admiși la tratament au consumat ilegal fentanil, în timp ce în Finlanda s-a raportat că majoritatea consumatorilor de opiacee sunt consumatori de buprenorfină ca drog principal.

Consumatorii problematici de opiacee: un grup în curs de îmbătrânire

Există două tendințe clare în rândul consumatorilor de opiacee admiși la tratament: numărul lor este în scădere, iar vârsta lor este în creștere (figura 2.11). În perioada 2006-2013, vârsta medie a persoanelor care s-au adresat serviciilor de tratament pentru probleme legate de consumul de opiacee a crescut cu 5 ani. În aceeași perioadă, vârsta medie a deceselor induse de consumul de droguri (care au loc în principal din cauze asociate consumului de opiacee) a crescut de la 33 la 37 de ani. Un număr semnificativ de consumatori problematici de opiacee din Europa cu o istorie de policonsum de droguri pe termen lung au acum vârste de peste 40 și 50 de ani. Un istoric de sănătate șubredă, condiții de viață precare, consum de tutun și alcool, împreună cu deteriorarea sistemului imunitar din cauza vârstei determină o predispoziție a acestor consumatori la o serie de probleme de sănătate cronice. Printre acestea se numără problemele cardiovasculare și pulmonare cauzate de consumul cronic

FIGURA 2.11

Tendențe privind structura pe grupe de vârstă a consumatorilor admiși la tratament, în funcție de drogul principal, 2006 și 2013

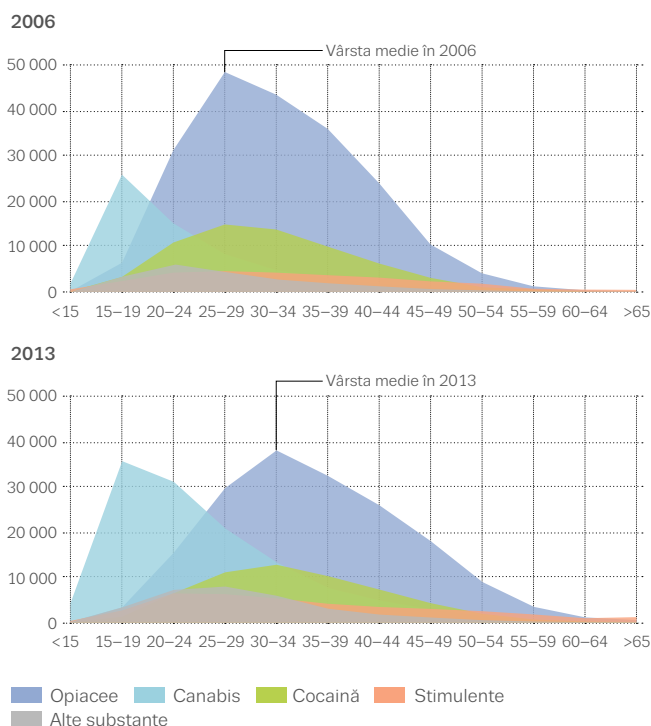


FIGURA 2.12

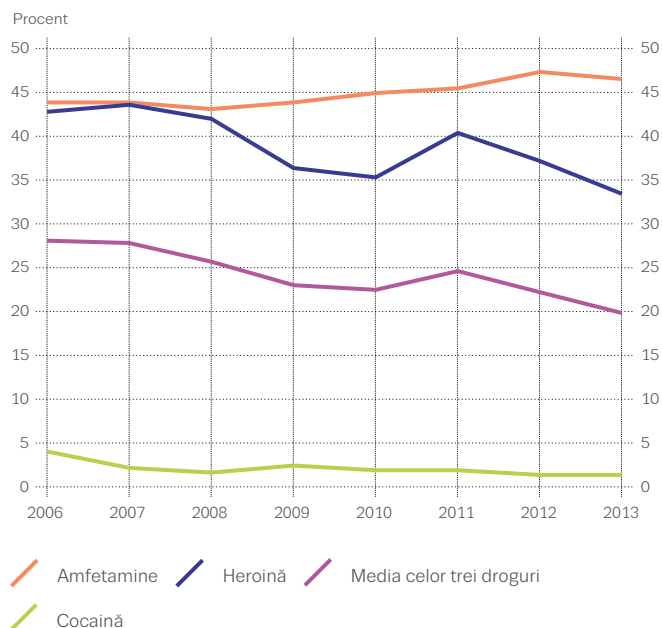
de tutun și de droguri injectabile. De asemenea, la consumatorii de heroină pe termen lung se raportează și sindroame dureroase cronice, în timp ce infecțiile cu virusul hepatitei creează condițiile apariției cirozei și a altor probleme hepatice. Efectele cumulate timp de mai mulți ani ale policonsumului de droguri, ale supradozelor și ale infecțiilor accelerează îmbătrânirea fizică a acestor consumatori, cu un impact tot mai accentuat asupra serviciilor de tratament și de asistență socială.

Consumul de droguri prin injectare: declin pe termen lung

Consumatorii de droguri injectabile se numără printre cei care prezintă cel mai mare risc de probleme de sănătate cauzate de consumul de droguri, precum infecțiile transmise prin sânge sau supradozele. Injectarea este asociată de regulă cu consumul de opiacee, deși în unele țări injectarea amfetaminelor reprezintă o problemă majoră. 14 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.

În ceea ce privește persoanele admise la tratament specializat pentru prima dată care consumă amfetamine ca drog principal, 46 % au raportat injectarea ca principală

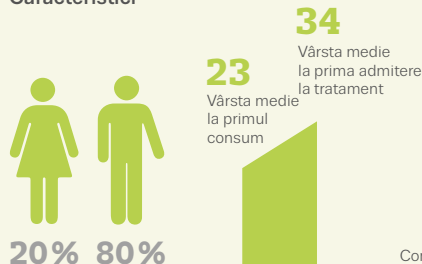
Prevalența injectării ca principală cale de administrare a drogului principal, în rândul consumatorilor admiși la tratament pentru prima dată



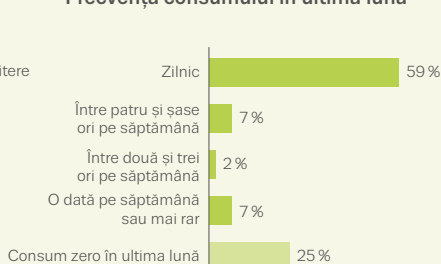
cale de administrare a drogului, cu o tendință stabilă în ansamblu (figura 2.12). În fiecare an, peste 70 % dintre aceste cazuri sunt raportate de Republica Cehă, unde tendința este crescătoare. Pentru restul țărilor europene, injectarea ca principală cale de administrare pentru

CONSUMATORI DE HEROINĂ CARE SOLICITĂ TRATAMENT

Caracteristici



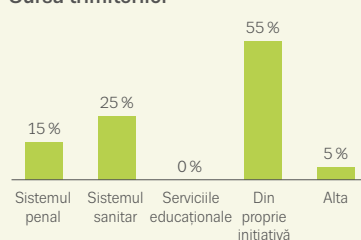
Frecvența consumului în ultima lună



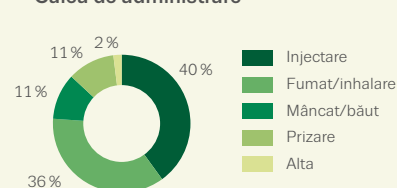
Persoane admise prima dată la tratament



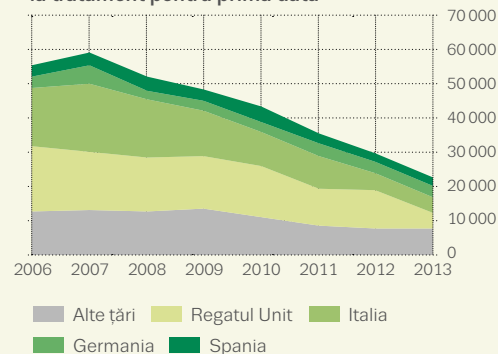
Sursa trimerilor



Calea de administrare



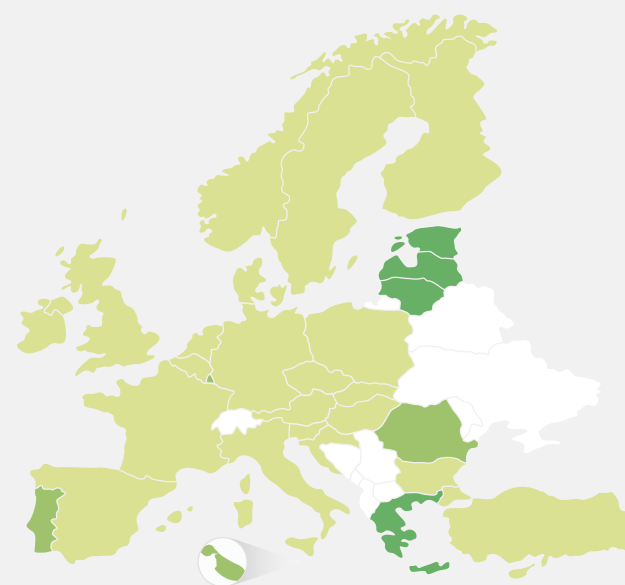
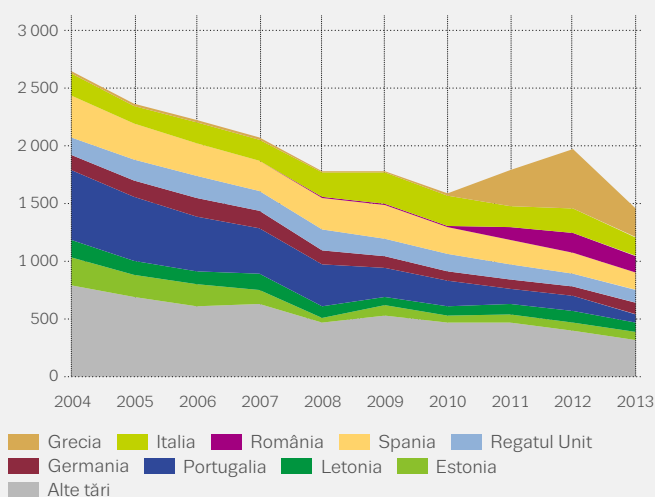
Tendențe în rândul persoanelor admise la tratament pentru prima dată



NB: Caracteristicile se referă la toate persoanele care consumă heroină ca drog principal și care se adresează serviciilor de tratament. Tendențele se referă la consumatorii de heroină ca drog principal care încep tratamentul pentru prima dată. Țările incluse variază în funcție de indicator. Sursa trimerilor: „sistemul penal” include instanțe, poliția și servicii de probațiune; „sistemul sanitar” include 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.

FIGURA 2.13

Noi cazuri diagnosticate de HIV asociate consumului de droguri injectabile: tendințe în țările selectate (stânga) și datele cele mai recente (dreapta)



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

NB: Date la nivelul anului 2013 (sursa: ECDC).

pacienții noi tratați pentru consumul de amfetamină este în scădere. Dintre consumatorii care se adresează serviciilor de tratament pentru prima dată și raportează heroina ca drog principal, 33 % menționează injectarea ca principală cale de administrare, în scădere de la 43 % în 2006. Nivelurile consumului prin injectare în rândul pacienților tratați pentru consumul de heroină variază de la o țară la alta, de la 8 % în Țările de Jos la 100 % în Lituania. Luând împreună principalele trei droguri injectabile, în rândul consumatorilor admiși la tratament în Europa, injectarea ca principală cale de administrare a scăzut de la 28 % în 2006 la 20 % în 2013.

Numărul de cazuri de infectare cu HIV în rândul consumatorilor de droguri injectabile scade, în timp ce Grecia stopează răspândirea virusului

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 s-a menținut scăzut și stabil (sub 8 % în ultimul deceniu).

Ultimele cifre indică faptul că a fost frânată înmulțirea numărului de noi diagnostice de infectare cu HIV în

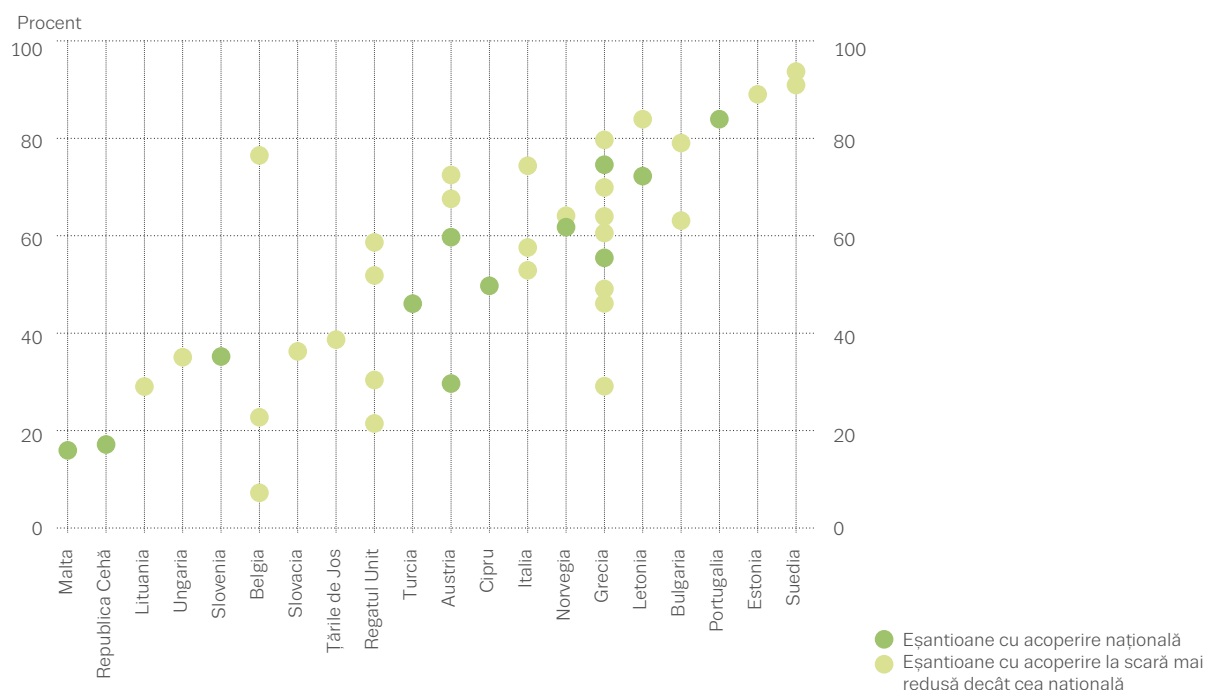
Europa, rezultată din epidemiile apărute în Grecia și România, iar numărul total la nivelul UE a scăzut la nivelurile înregistrate înainte de izbucnirea acestor epidemii (figura 2.13). Cifrele provizorii pentru 2013 indică 1 458 de noi cazuri raportate, comparativ cu 1 974 de noi cazuri înregistrate în 2012, inversându-se tendința de creștere constatată cu începere din anul 2010. Această scădere se explică în mare măsură prin scăderea numărului de noi cazuri raportate în Grecia, acesta reducându-se cu peste jumătate în perioada 2012-2013 și, într-o mai mică măsură, în România. Cu toate că epidemiile din aceste două țări par să fi trecut de punctul maxim, totuși numărul de noi cazuri diagnosticate în 2013 este de cel puțin 10 ori mai mare decât nivelul înregistrat în 2010, înaintea apariției acestor focare.

În 2013, rata medie a noilor cazuri de HIV raportate care pot fi atribuite consumului de droguri injectabile a fost de 2,5 la un milion de persoane, cele trei state baltice indicând rate de 8 până la 22 de ori mai mari decât media UE. În alte țări, precum Spania și Portugalia, care au cunoscut perioade cu rate mari de infectare în trecut, ratele de raportare de noi cazuri își continuă tendințele descendente.

Diagnosticarea timpurie și începerea promptă a tratamentului corespunzător sunt importante pentru a preveni evoluția infecției cu HIV spre faza SIDA. În anul 2013, au existat în Europa 769 de notificări de noi cazuri

FIGURA 2.14

Prevalența anticorpilor HCV în rândul consumatorilor de droguri injectabile, 2012-2013



de SIDA atribuibile consumului de droguri injectabile. Numărul relativ mare de noi îmbolnăviri înregistrate în Bulgaria, Letonia, Grecia și România sugerează că este nevoie de o consolidare a măsurilor de prevenire a SIDA și de tratare a infecției cu HIV.

Mortalitatea indusă de virusul HIV este una din cauzele indirecte de deces în rândul consumatorilor de droguri cel mai bine documentate. Estimarea cea mai recentă sugerează că în anul 2010, în Europa au decedat aproximativ 1 700 de persoane din cauza îmbolnăvirii cu HIV/SIDA în urma consumului de droguri injectabile, iar tendința este descendentă.

Hepatita și alte infecții asociate consumului de droguri

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 înrăutățită de consumul abuziv de alcool, să fie responsabilă pentru numărul tot mai mare de cazuri de ciroză, cancer hepatic și deces în rândul consumatorilor de droguri injectabile.

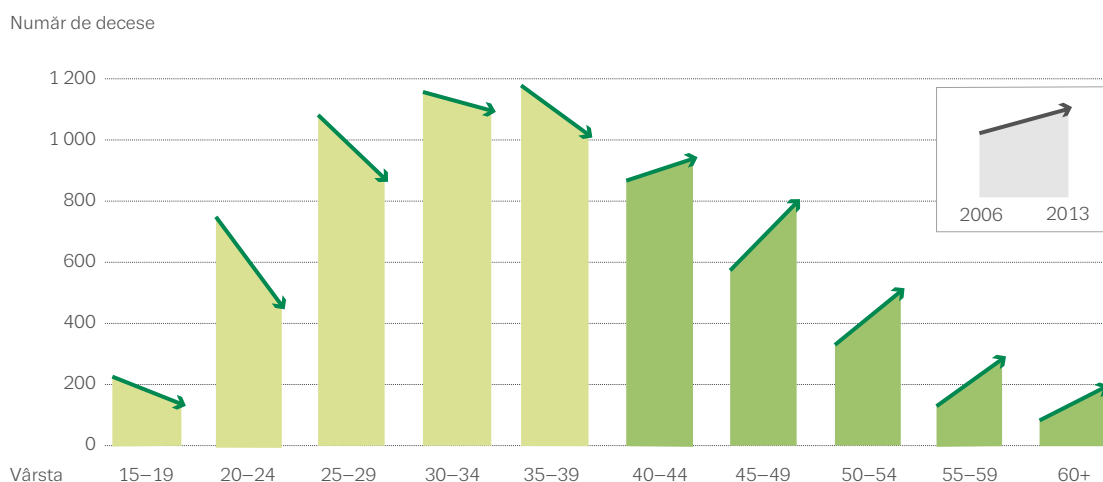
Nivelurile anticorpilor HCV înregistrate în eșantioanele de consumatori de droguri injectabile în 2012-2013 au variat între 14 % și 84 %, cinci dintre cele zece țări care dispun

de date naționale raportând o rată a prevalenței de peste 50 % (figura 2.14). Între țările care dispun de date naționale privind tendințele pentru perioada 2006-2013, o reducere a prevalenței HCV în rândul consumatorilor de droguri injectabile s-a raportat doar în Norvegia, în timp ce în alte șase țări s-a observat o creștere.

Consumul de droguri poate reprezenta un factor de risc pentru alte boli infecțioase, printre care hepatita A și B, bolile cu transmitere sexuală, tuberculoza, tetanosul și botulismul. În Europa au fost raportate cazuri sporadice de botulism al plăgilor în rândul consumatorilor de droguri injectabile. În Norvegia, în perioada septembrie-noiembrie 2013, s-au raportat șase cazuri confirmate. În luna decembrie 2014 au fost identificate două focare de cazuri de botulism al plăgilor în Norvegia și în Scoția, la începutul anului 2015 acestea fiind în curs de cercetare.

FIGURA 2.15

Numărul de decese induse de droguri în funcție de grupa de vârstă, în 2006 și în 2013



Decese asociate consumului de droguri

Consumul de droguri reprezintă una dintre cauzele majore ale mortalității evitabile în rândul tinerilor europeni, atât în mod direct, prin supradoză (decese induse de droguri), cât și în mod indirect, prin boli, accidente, violență și suicid asociate consumului de droguri. Majoritatea studiilor referitoare la cohorte de consumatori problematici de droguri constată rate ale mortalității cuprinse în intervalul 1-2 % pe an și s-a estimat că în Europa mor în fiecare an între 10 000 și 20 000 de consumatori de opiacee. În general, consumatorii de opiacee prezintă un risc de deces de cel puțin 10 ori mai mare decât alte persoane de aceeași vârstă și sex. Un studiu recent al EMCDDA, derulat în mai multe locuri și realizat pe baza datelor din nouă țări europene, a constatat că majoritatea deceselor în rândul consumatorilor problematici de droguri sunt premature și ar putea fi prevenite. Studiul a înregistrat 2 886 de decese într-un eșantion de peste 31 000 de participanți, cu o rată anuală totală a mortalității de 14,2 la 1 000. În 71 % din cazuri a fost identificată cauza decesului; 50 % dintre aceste decese au fost provocate de cauze externe, în principal supradoze și, într-o mai mică măsură, suicid, în timp ce restul de 50 % au fost atribuite unor cauze somatice, printre care HIV/SIDA și boli circulatorii și respiratorii.

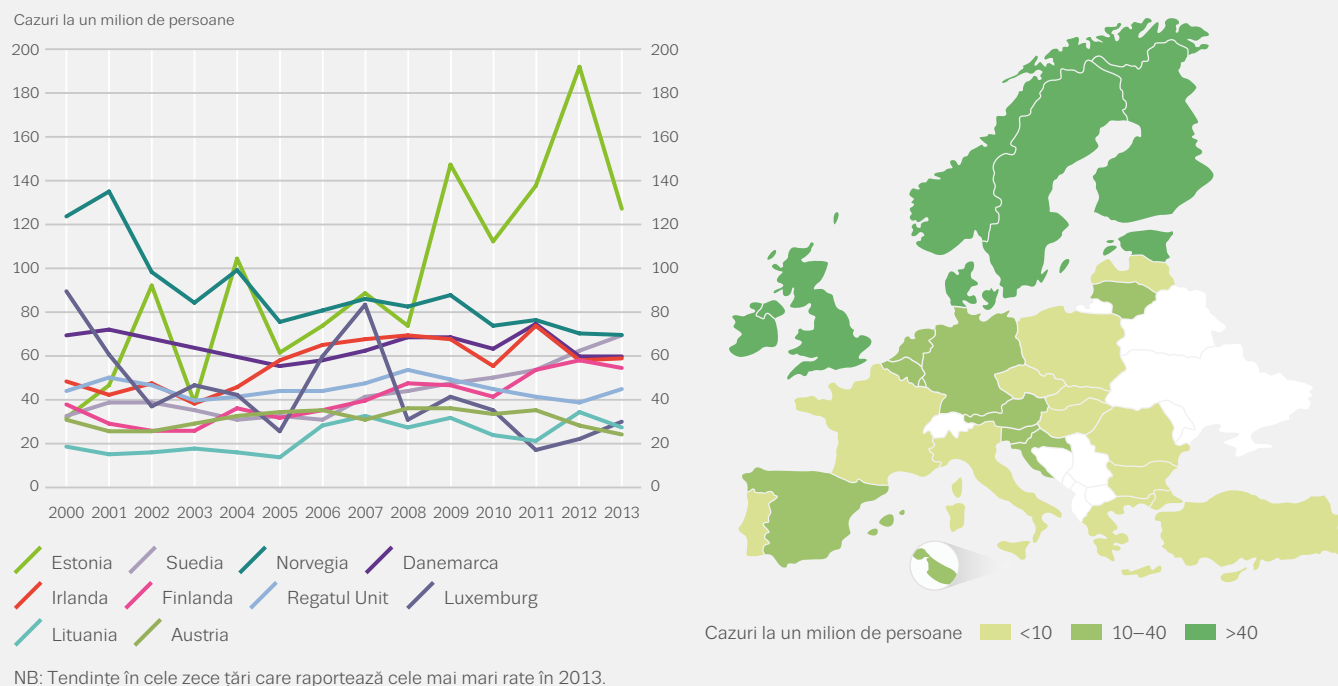
Decesele cauzate de supradoze: creșteri recente în unele țări

În ansamblu, supradozele de droguri continuă să fie principala cauză a decesului în rândul consumatorilor problematici, iar peste trei sferturi dintre cei care cad victimă supradozelor sunt persoane de sex masculin (78 %). Deși adesea decesele în rândul consumatorilor foarte tineri sunt cele care stârnesc îngrijorare, numai 8 % din decesele cauzate de supradoze raportate în 2013 în Europa au survenit la persoane sub 25 de ani. În perioada 2006-2013 poate fi observat un model de scădere a numărului de decese cauzate de supradoze în rândul consumatorilor tineri și de creștere a cifrelor referitoare la consumatorii mai în vârstă (figura 2.15). Acest lucru reflectă faptul că în Europa populația consumatoare de opiacee este în curs de îmbătrânire, fiind și grupul cel mai expus riscului de deces cauzat de supradoze.

Majoritatea țărilor au raportat o tendință ascendentă a numărului de decese cauzate de supradoze în perioada cuprinsă între anii 2003 și 2008-2009, când nivelurile generale mai întâi s-au stabilizat, iar apoi au început să scadă. Interpretarea datelor privind supradozele, mai ales a totalului cumulat la nivelul UE, trebuie realizată cu precauție dintr-o serie de motive care includ subraportarea sistematică în anumite țări, proceduri de înregistrare care duc la întârzieri de raportare atât în ceea ce privește cazurile, cât și totalurile la nivel național. Din cauza acestor întârzieri, totalul la nivelul UE în anul curent este o valoare provizorie care va fi revizuită pe măsură ce apar noi date. Estimarea pentru 2013 este de minimum 6 100 de decese la nivelul UE. Ea este ușor mai mare decât cifra revizuită aferentă anului 2012. Un motiv de deosebită îngrijorare îl reprezintă creșterile evidente pe care le arată datele cele

FIGURA 2.16

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



mai recente dintr-o serie de țări care dispun de sisteme de raportare relativ solide, precum Germania, Suedia și Regatul Unit. În Turcia se înregistrează, de asemenea, o creștere, dar acest lucru poate fi parțial o consecință a îmbunătățirii procesului de raportare.

Heroina sau metabolizii săi sunt prezenți în majoritatea cazurilor de supradoze fatale raportate în Europa, deseori în combinație cu alte substanțe. În Regatul Unit (Anglia) și în Turcia, creșterea numărului de decese raportate este determinată în mare măsură de decese în care se constată prezența heroinei. Pe lângă heroină, în buletinele de analiză toxicologică figurează frecvent și alte opiacee, printre care metadona, buprenorfina, fentanilii și tramadolul, iar unele țări raportează că aceste substanțe sunt responsabile pentru o mare parte din decesele prin supradoză.

În 2013, rata medie a mortalității cauzate de supradoze în Europa a fost estimată la 16 decese la un milion de persoane în grupa de vârstă 15-64 de ani. Ratele mortalității la nivel național variază considerabil și sunt influențate de factori precum prevalența și modelele de consum de droguri, în special administrarea prin injectare și consumul de opiacee, caracteristicile populației consumatoare de droguri, accesul la droguri și puritatea acestora, precum și metodele de raportare și furnizarea de servicii. Au fost raportate rate de peste 40 de decese la un milion de persoane în șapte țări, cele mai ridicate fiind

înregistrate în Estonia (127 la un milion), Norvegia (70 la un milion) și Suedia (70 la un milion) (figura 2.16). Cu toate că diferențele naționale în materie de metode de codificare și de raportare, precum și posibila subraportare fac dificilă compararea țărilor, analizarea în timp a tendințelor din cadrul fiecărei țări în parte se dovedește însă utilă. În ultima vreme, s-a observat o scădere în rata deceselor cauzate de supradoze în Estonia, însă rata continuă să fie de opt ori mai mare decât media UE. Decesele cauzate de supradoze sunt legate în principal de consumul de fentanili injectabili, aceștia fiind opiacee cu o putere imunogenă foarte mare.

Heroina sau metabolizii săi sunt prezenți în majoritatea cazurilor de supradoze fatale raportate în Europa

Noile droguri: tot mai asociate cu efectele nocive și decesele induse de consumul de droguri

În ansamblu, există tot mai multe dovezi privind rolul pe care îl au noile substanțe psihoactive asupra numărului de urgențe spitalicești și asupra deceselor cauzate de droguri în Europa. În 2014, s-au emis prin sistemul de avertizare rapidă al UE 16 alerte legate de noi substanțe monitorizate prin acest mecanism, multe dintre ele semnalând consecințe negative grave, inclusiv decese. O analiză recentă întocmită de Rețeaua europeană de urgență privind drogurile (*European Drug Emergencies Network*), care monitorizează prezentările în unități de primiri urgențe din 10 țări europene, a constatat că 9 % din urgențele asociate consumului de droguri implicau prezența noilor substanțe psihoactive, îndeosebi a catinonelor. În plus, 12 % din numărul total al acestor cazuri au fost cauzate de consumul de GHB sau GBL, iar 2 % de consumul de ketamină.

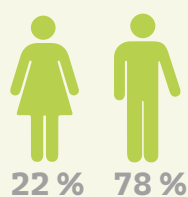
Efectele adverse acute ale canabinoizilor sintetici asupra sănătății recent raportate arată că, în anumite circumstanțe, consumul acestor substanțe ar putea să aibă consecințe grave pentru sănătate, care pot merge până la deces. Potrivit unei analize realizate în 2015, cele

mai comune efecte adverse asociate consumului de canabinoizi sintetici sunt tahicardia, agitația extremă și halucinațiile.

Evaluarea relevanței din punct de vedere toxicologic a unei substanțe în cazul unui deces este adesea complicată, îndeosebi prin faptul că în majoritatea deceselor induse de droguri mai multe substanțe au fost consumate. Aceste probleme sunt chiar mai accentuate în cazul noilor droguri, deoarece ele pot fi greu de depistat și instrumentele de examinare folosite în mod obișnuit pot să nu țină seama de ele. În ciuda acestor limitări, există, totuși, date disponibile. De exemplu, în Ungaria, în 2013, din numărul total de cazuri raportate de deces indus de consumul de droguri, în aproximativ jumătate au fost detectate noi substanțe psihoactive (14 dintr-un total de 31 de cazuri), toate în prezența altor substanțe. De asemenea, rapoartele de caz sunt preluate de sistemul de avertizare rapidă pentru a fi incluse în evaluarea riscurilor cauzate de drogurile noi. Aceste date indică rolul pe care unele substanțe psihoactive noi îl pot avea în ceea ce privește morbiditatea și mortalitatea induse de droguri: de exemplu, catinona sintetică MDPV, detectată pentru prima dată în 2008, a fost identificată în 99 de cazuri de deces atunci când, în 2014, a avut loc o evaluare a riscurilor pe care le prezintă.

DECESE INDUSE DE DROGURI

Caracteristici



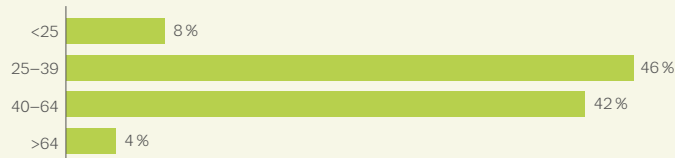
Vârsta medie la momentul decesului

37

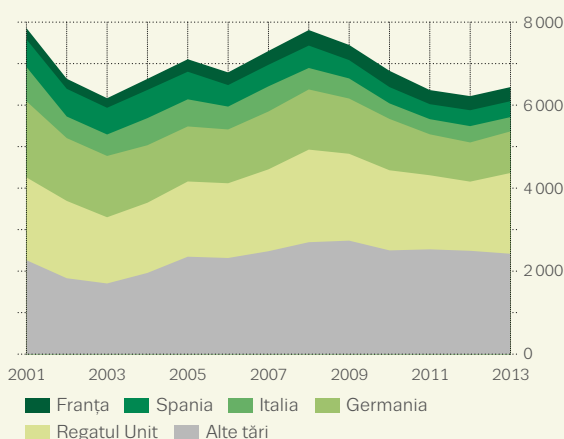
Decese la care s-a înregistrat prezența opioaceelor



Vârsta la momentul decesului



Tendențe privind decesele cauzate de supradoze



INFORMAȚII SUPLIMENTARE

Publicații EMCDDA

2015

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

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

2014

Injection of cathinones, Perspective în materie de droguri.

2013

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

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

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

2012

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

Fentanyl in Europe, Studiu Trendspotter EMCDDA.

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

2011

Mortality related to drug use in Europe, Ediție selectată.

2010

Problem amphetamine and methamphetamine use in Europe,

Trends in injecting drug use in Europe, Ediție selectată.

2009

Polydrug use: patterns and responses, Ediție selectată.

2008

A cannabis reader: global issues and local experiences, volumul 2, partea I: Epidemiology și partea a II-a: Health effects of cannabis use, Monografii.

Publicații comune EMCDDA și ESPAD

2012

Rezumatul Raportului ESPAD pe 2011.

Publicații comune EMCDDA și ECDC

2012

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

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

3

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

Răspunsuri medicale și sociale la problemele legate de droguri

În acest capitol sunt examinate intervențiile menite să prevină, să trateze și să reducă riscurile asociate consumului de droguri. Capitolul analizează măsura în care țările au adoptat abordări comune și precizează care dintre aceste abordări sunt susținute de dovezi și dacă disponibilitatea serviciilor este corelată cu nevoile estimate. Domeniile principale de politică monitorizate la nivel european includ strategiile și planurile naționale de acțiune în materie de droguri, bugetele aferente și estimările privind cheltuielile publice asociate combaterii acestora.

Monitorizarea răspunsurilor medicale și sociale

Datele utilizate în prezentul document sunt furnizate de punctele focale ale Reitox și de grupul de lucru format din experți și sunt completate de rapoarte privind admiterea la tratament, tratamentul de substituție pentru opiacee și furnizarea de ace și seringi. Clasificările realizate de experți oferă informații suplimentare privind disponibilitatea serviciilor, 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.

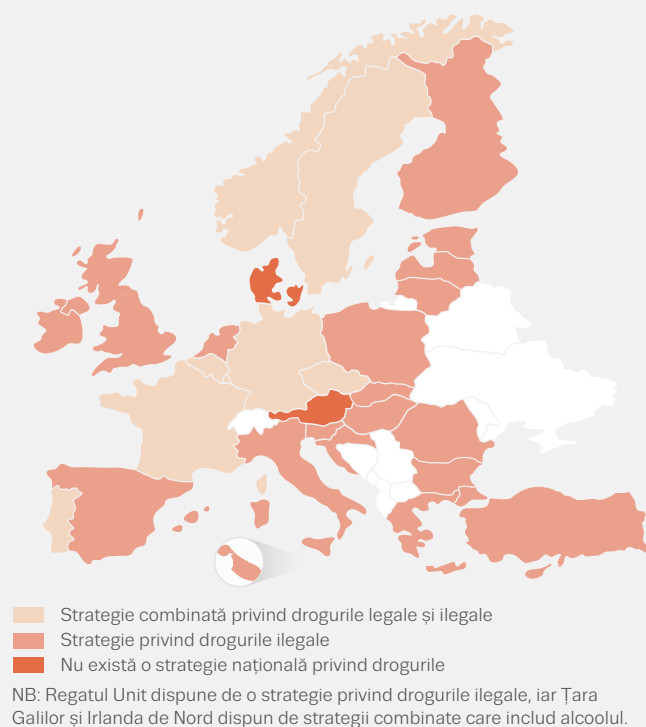
Informații suplimentare pe această temă pot fi consultate pe site-ul web al EMCDDA, la rubricile Health and social responses profiles (Profilurile răspunsurilor medicale și sociale), Statistical Bulletin (Buletinul statistic), Best practice portal (Portalul celor mai bune practici) și European drug policy and law (Politica și legislația europeană privind drogurile).

Strategii naționale și municipale privind drogurile

Strategia UE în materie de droguri 2013-2020 și planurile de acțiune aferente oferă un cadru pentru coordonarea răspunsurilor oferite în Europa la problema drogurilor. La nivel național, aceasta este reflectată în strategiile naționale privind drogurile, în cadrele bugetare și în planuri. Aceste documente cu interval specific conțin un set de principii, obiective și priorități generale și specifică măsurile necesare și părțile responsabile cu punerea lor în

FIGURA 3.1

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



aplicare. Toate țările dispun în prezent de o politică națională în materie de droguri și, cu două excepții, aceasta este expusă într-un document de nivel național privitor la strategia în materie de droguri. Fac excepție Austria, unde strategia în materie de droguri este cuprinsă în planuri regionale, și Danemarca, unde problema este abordată într-o serie de documente strategice și acțiuni. Opt țări au adoptat strategii și planuri de acțiune naționale care vizează atât drogurile legale, cât și pe cele ilegale (figura 3.1). Strategiile și planurile de acțiune privind drogurile au fost evaluate în mai multe țări. În general, scopul evaluării este acela de a analiza schimbările în situația de ansamblu a consumului de droguri, precum și gradul de punere în aplicare atins.

Autoritățile municipale din Europa sunt adesea însărcinate cu coordonarea politicii locale privind drogurile, în unele cazuri având bugete special alocate în acest sens. În multe țări există, de asemenea, documente de planificare strategică menite să sprijine punerea în aplicare a politicilor. Un studiu recent al EMCDDA a cercetat 10 capitale care dispun de o strategie specifică în materie de droguri și, în unele cazuri, de un plan de acțiune aferent. Unele dintre acestea au o sferă de acoperire extinsă, în timp ce altele se axează pe un aspect specific, de exemplu pe decesele cauzate de supradoze, pe consumul de GHB sau pe probleme legate de furnizarea și consumarea drogurilor în public. În unele orașe care nu au o strategie

specifică privind drogurile, obiectivele de politică din acest domeniu au fost încorporate în strategii locale mai largi legate de sănătate sau de reducerea criminalității. În altele, problemele legate de droguri au fost tratate în documente privitoare la politici mai ample, regionale sau naționale.

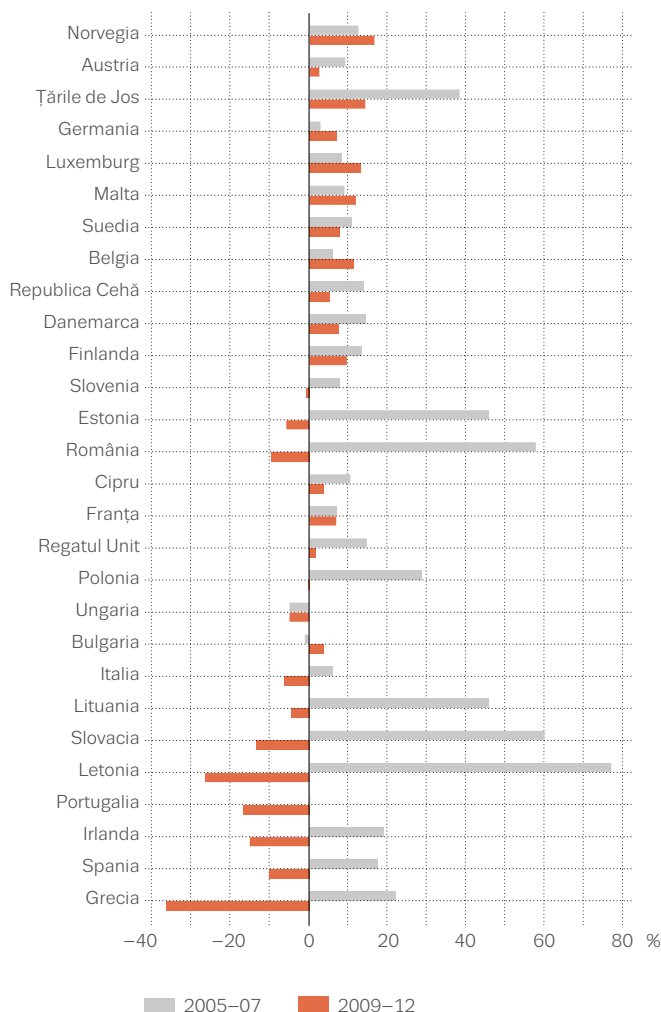
Impactul măsurilor de austeritate asupra finanțării intervențiilor în domeniul sănătății

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 droguri variază între 0,01 % și 0,5 % din produsul intern brut (PIB), intervențiile în domeniul sănătății reprezentând între 24 % și 73 % din totalul acestor cheltuieli. Diferențele în ceea ce privește sfera de întindere și calitatea estimărilor îngreunează compararea cheltuielilor publice legate de droguri din diversele țări.

În urma recesiunii economice din 2008, mai multe guverne europene au instituit măsuri de consolidare fiscală, adesea numite măsuri de austeritate. Amploarea și impactul crizei economice, calendarul introducerii măsurilor fiscale și anvergura acestora au variat semnificativ între țări. În multe țări, măsurile de austeritate au dus la reducerea cheltuielilor în domeniile de activitate publică în care se regăsesc cea mai mare parte a inițiativelor legate de droguri. Analiza efectuată de EMCDDA sugerează că, per ansamblu, reducerile operate în sectorul sănătății au fost adesea mai mari decât în alte domenii, cum ar fi siguranța și ordinea publică sau protecția socială. Datele aferente perioadei 2009-2012 arată o scădere a cheltuielilor publice în domeniul sănătății în majoritatea țărilor față de perioada anterioară recesiunii din 2005-2007, în multe țări europene înregistrându-se reduceri de peste 10 puncte procentuale, la prețuri constante (figura 3.2). Întrucât cheltuielile medicale asociate drogurilor reprezintă o mică parte din totalul cheltuielilor publice în domeniul sănătății (adesea mai puțin de 1 %), din aceste date nu se pot identifica direct tendințele privind finanțarea disponibilă pentru problemele cauzate de droguri. Cu toate acestea, reducerea finanțării serviciilor medicale este de natură să aibă un impact negativ asupra inițiativelor legate de droguri, iar rapoartele EMCDDA sugerează că finanțarea activităților de cercetare și prevenire a consumului de droguri ar putea fi afectate în mod deosebit.

FIGURA 3.2

Creșterea cumulată estimată a cheltuielilor publice pentru sănătate (2005-2007 și 2009-2012), la prețuri constante



Sursa: Eurostat

Prevenirea consumului de droguri și a problemelor legate de droguri în rândul tinerilor este un obiectiv major în materie de politici publice

Prevenirea consumului de droguri în rândul tinerilor

Prevenirea consumului de droguri și a problemelor legate de droguri în rândul tinerilor este un obiectiv major al politicilor și este unul dintre pilonii Strategiei UE în materie de droguri pentru perioada 2013-2020. Prevenirea consumului de droguri cuprinde 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. În ultimul deceniu, a crescut disponibilitatea standardelor de calitate care pot sprijini intervențiile și bunele practici. Proiectul privind standardele europene de calitate în materie de prevenire a consumului de droguri oferă seturi de instrumente menite să sprijine punerea în aplicare a standardelor în acest domeniu.

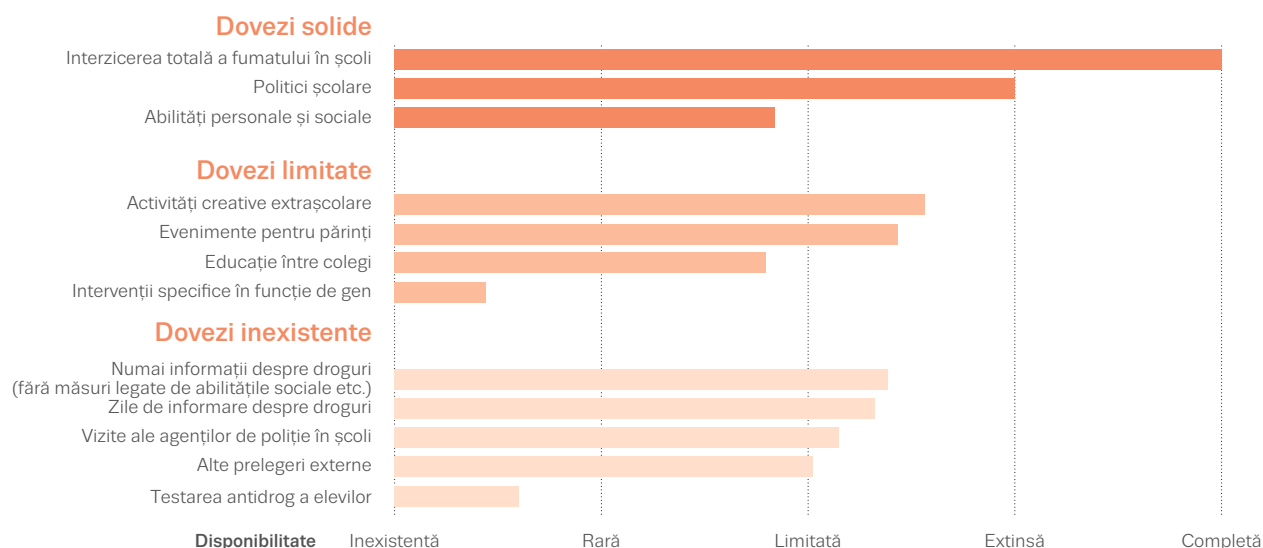
Există o bază relativ solidă de dovezi în ceea ce privește metodele de prevenție care pot fi puse în aplicare în școli. Deși țările raportează introducerea pe scară largă în școli a măsurilor de interdicere a fumatului și a politicilor privitoare la consumul de droguri, aceste abordări fiind susținute de dovezi, prevenția bazată exclusiv pe informare este o abordare încă larg răspândită (figura 3.3). Furnizarea de informații cu privire la sănătate poate avea o valoare educațională, însă există foarte puține dovezi care să ateste că această metodă de prevenție ar avea vreun impact asupra obiceiurilor viitoare privind consumul de droguri.

În unele școli se aplică abordări orientate către depistare și intervenție precoce, adesea bazate pe consilierea tinerilor consumatori de substanțe. Un program canadian (Preventure) care se adresează tinerilor consumatori de alcool în căutare de senzații a înregistrat rezultate pozitive în urma evaluării; acesta a fost adaptat pentru a fi utilizat și în Republica Cehă, Țările de Jos și Regatul Unit.

În ceea ce privește intervențiile de prevenire direcționate către grupuri vulnerabile specifice, s-a raportat că abordările cele mai frecvent utilizate sunt cele care vizează familiile care se confruntă cu probleme de abuz de substanțe, elevii cu probleme sociale și școlare și, respectiv, tinerii infractori. Un program notabil care se adresează tinerilor infractori este FreD, un set de intervenții realizate pe baza unui manual, care a fost pus în aplicare în 15 state membre ale UE. Evaluările acestui program au arătat o scădere a ratelor infracționalității repetate.

FIGURA 3.3

Intervenții în școli pentru prevenirea consumului de substanțe: disponibilitate și dovezi privind eficacitatea (medii europene bazate pe clasificări realizate de experți, 2013)



NB: Afirmațiile privind dovezile se bazează pe datele furnizate de Portalul celor mai bune practici al EMCDDA și pe Standardele UNODC privind dovezile.

Noile droguri și noile provocări

În țările europene, răspunsurile inițiale la apariția unor noi substanțe psihoactive au constat în principal în măsuri de reglementare, axate pe combaterea furnizării acestor substanțe prin intermediul instrumentelor legislative. Pe de altă parte, se acordă o atenție tot mai mare dezvoltării unor activități de educare și prevenție cu țintă specifică, precum și a unor activități de formare și de sensibilizare dedicate specialiștilor. În plus, s-a observat tendința ca serviciile care acționează în medii recreative și localuri de noapte să reacționeze la noile substanțe prin măsuri care se încadrează în abordările deja consacrate. Internetul este, la rândul său, o platformă tot mai importantă pentru furnizarea de informații și de consiliere. O evoluție în acest sens o reprezintă utilizarea intervențiilor „online de proximitate” pentru a ajunge la noile grupuri țintă. Printre exemple se numără inițiativele conduse de consumatorii de droguri, precum forumurile și blogurile, care oferă informații și sfaturi legate de protecția consumatorilor. În câteva cazuri, intervențiile au fost asociate cu servicii de testare a drogurilor și de verificare a pastilelor, rezultatele obținute fiind diseminate online, împreună cu mesaje privind reducerea riscurilor.

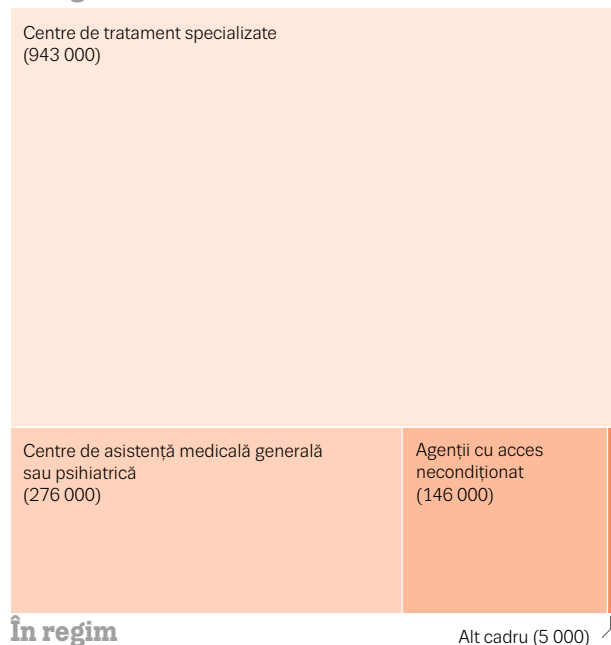
În prezent, în Europa substanțele psihoactive noi nu sunt asociate cu un număr semnificativ de persoane care apelează la tratamente de specialitate, deși în unele țări se observă schimbări în ceea ce privește aceste servicii. Apariția noilor droguri s-a manifestat în moduri diferite în fiecare țară, iar răspunsurile naționale reflectă aceste diferențe. În Ungaria și România, unde s-au raportat cazuri de injectare de catinone, serviciile care asigură schimbul de ace și seringi joacă un rol important. În Regatul Unit, unde se înregistrează un consum semnificativ de mefedronă, clinicile specializate în consumul de „droguri de club” au început să trateze acest grup de pacienți și să elaboreze ghiduri de tratament.

**Internetul este o platformă
tot mai importantă pentru
furnizarea de informații
și de consiliere**

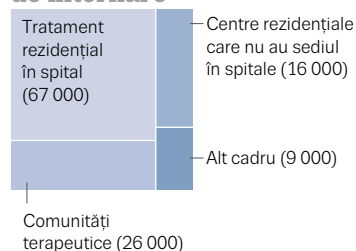
FIGURA 3.4

Numărul persoanelor tratate pentru consumul de droguri în Europa în 2013, în funcție de cadrul în care are loc tratamentul

În regim ambulatoriu



În regim de internare



Închisori

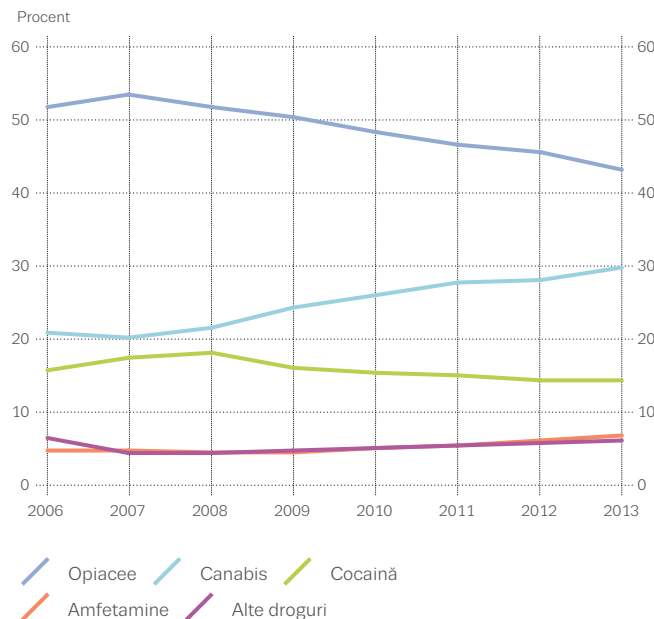
(35 000)

Majoritatea tratamentelor pentru dependența de droguri sunt furnizate în regim ambulatoriu

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, fiind urmate de centrele de asistență medicală generală (figura 3.4). Acestea includ cabinetele medicilor generaliști, în conformitate cu sarcina acestora de a prescrie tratamente de substituție pentru opiacee în unele țări mari precum Germania și Franța. De asemenea, o parte însemnată din tratamentele din Europa sunt furnizate în regim de internare, de exemplu în centre rezidențiale cu sediul în spitale (de ex. 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. În plus, în multe țări există servicii cu acces necondiționat și, deși multe dintre acestea nu asigură un

FIGURA 3.5

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



tratament structurat, în unele țări precum Franța și Republica Cehă aceste agenții sunt considerate a fi o parte integrantă a sistemului național de tratament.

Se estimează că, în cursul anului 2013, 1,6 milioane de persoane au primit tratament pentru consumul de droguri ilegale în Europa (1,4 milioane în Uniunea Europeană). Acest număr depășește cu 0,3 milioane estimarea din 2012. Creșterea se datorează în parte metodelor îmbunătățite de raportare și datelor noi, în special includerii a 200 000 de pacienți tratați în ambulatoriu în Turcia.

Datele rezultate din monitorizarea admiterilor la tratament arată că, după consumatorii de opiacee, grupurile consumatorilor de cannabis și cocaină se situează pe locurile doi și, respectiv, trei în ceea ce privește admiterea la tratament specializat (figura 3.5). Intervențiile psihosociale reprezintă principală modalitate de tratament folosită în cazul acestor pacienți.

Majoritatea tratamentelor pentru dependența de droguri din Europa se furnizează în regim ambulatoriu

FIGURA 3.6

Tratamentul de substituție pentru opiacee este forma cea mai utilizată de tratament, dar cifrele sunt în scădere

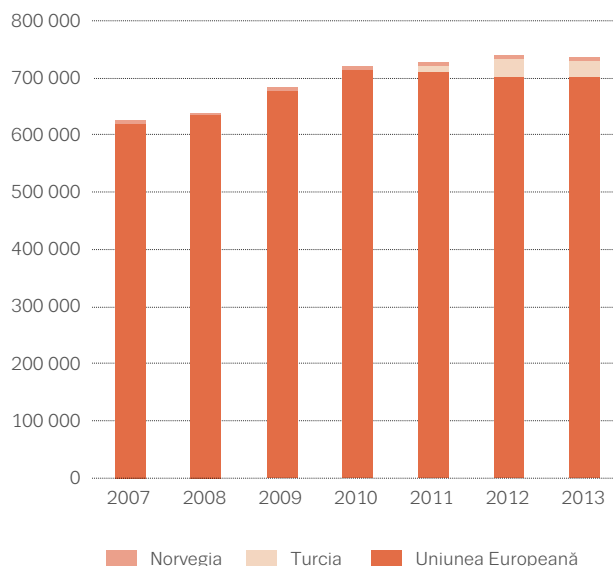
Consumatorii de opiacee reprezintă cel mai mare grup din Europa care urmează tratament specializat și consumă cea mai mare parte a resurselor de tratament disponibile. Tratamentul de substituție, combinat de regulă cu intervențiile psihosociale, reprezintă cea mai răspândită formă de tratament pentru dependența de opiacee. Această abordare este susținută de dovezile existente, rezultate pozitive fiind constatate în ceea ce privește continuarea tratamentului, reducerea consumului de opiacee ilegale, a comportamentului de risc raportat, a efectelor nocive și a deceselor induse de consumul de droguri.

Metadona este medicamentul de substituție pentru opiacee prescris cel mai frecvent și pe care îl primesc peste două treimi (69 %) dintre consumatorii care urmează tratament de substituție. Alți 28 % dintre consumatori sunt tratați cu buprenorfină, care reprezintă medicamentul de substituție utilizat în principal în șase țări. Alte substanțe, precum morfina cu eliberare lentă sau diacetilmorfina (heroina), sunt prescrise în Europa doar ocazional și se estimează că le primesc doar aproximativ 3 % din numărul celor care beneficiază de tratament de substituție.

Conform estimărilor, 700 000 de consumatori de opiacee au primit tratament de substituție în Uniunea Europeană în 2013, observându-se o ușoară tendință descendentă începând cu 2011 (figura 3.6). Între 2010 și 2013, cele mai mari scăderi relative s-au observat în Republica Cehă (41 %, pe baza estimărilor), Cipru (39 %) și România (36 %). Cele mai mari creșteri relative în aceeași perioadă s-au observat în Polonia (80 %), de la un nivel scăzut, și în Grecia (59 %). După includerea datelor din Turcia și Norvegia, estimarea pentru anul 2013 a numărului de consumatori care au primit tratament de substituție crește la 737 000.

Consumatorii de opiacee reprezintă cel mai mare grup din Europa care urmează tratament specializat

Tendințe în ceea ce privește numărul consumatorilor care urmează un tratament de substituție pentru opiacee



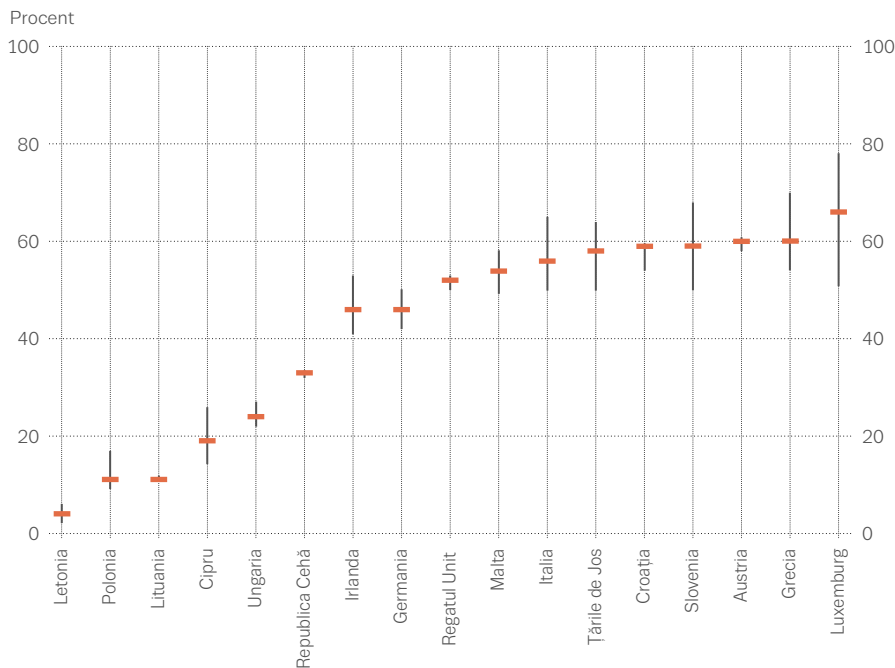
Peste jumătate dintre consumatorii de opiacee urmează un tratament de substituție

Gradul de acoperire a tratamentului de substituție pentru opiacee – ca procent din numărul celor care au nevoie de intervenție – este estimat la peste 50 % dintre consumatorii problematici de opiacee din Europa. Din motive metodologice, această estimare trebuie tratată cu precauție, dar în multe țări majoritatea consumatorilor de opiacee sunt sau au fost în contact cu serviciile de tratament. Pe de altă parte, la nivel național, există încă diferențe mari în ceea ce privește ratele de acoperire, cele mai mici rate estimate fiind raportate în Letonia, Polonia și Lituania (aproximativ 10 % sau mai puțin) (figura 3.7).

Deși sunt mai puțin utilizate, opțiuni alternative de tratament pentru consumatorii de opiacee sunt disponibile în toate țările europene. În cele zece țări care au furnizat date suficiente, gradul de acoperire al tipurilor diferite de tratament, care nu implică medicație de substituție, se situează în general între 4 % și 71 % din numărul total de consumatori problematici de opiacee aflați în tratament.

FIGURA 3.7

Procentul consumatorilor problematici de opiacee care primesc tratament de substituție (estimare)



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

FIGURA 3.8

Asigurarea răspunsurilor la nevoi variate prin intervenții direcționate

Intervențiile direcționate pot facilita accesul la tratament și pot asigura satisfacerea nevoilor diferitelor grupuri. Informațiile existente sugerează că acest tip de intervenții sunt în prezent cel mai adesea disponibile pentru consumatorii tineri de droguri, pentru persoanele trimise la tratament de sistemul penal și pentru femeile gravide (figura 3.8). Programe specifice pentru consumatorii de droguri fără adăpost, consumatorii mai în vârstă și cei din categoria LGBT (lesbiene, homosexuali, bisexuali și transgen) sunt disponibile mai rar, în pofida faptului că multe țări au raportat că există o nevoie reală în acest sens.

Disponibilitatea programelor de tratament pentru consumul de droguri adresate grupurilor țintă în Europa (clasificări realizate de experți, 2013)

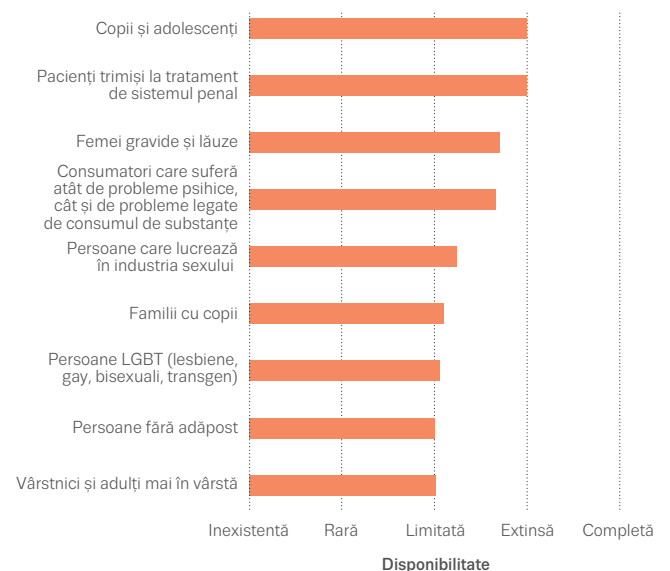
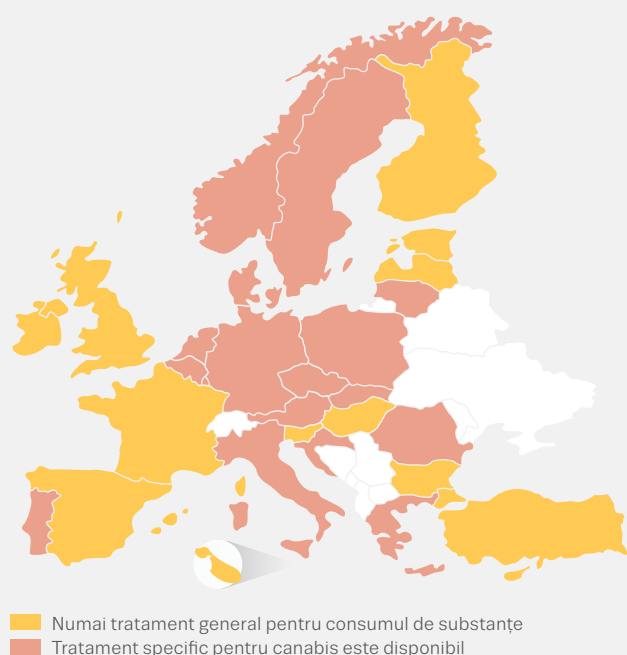


FIGURA 3.9

Existența unor programe de tratament specializat pentru consumatorii de canabis din țările europene



Tratamentul specific pentru canabis, disponibil în jumătate dintre țări

Disponibilitatea tratamentului specific pentru canabis este în creștere în Europa, jumătate dintre țări raportând în prezent disponibilitatea sa. În celelalte, tratamentul pentru canabis este furnizat în cadrul programelor generale pentru consumul de substanțe (figura 3.9). Serviciile oferite consumatorilor de canabis pot să varieze, de la scurte intervenții online la îngrijire terapeutică pe termen lung în centre specializate. Deși majoritatea tratamentelor care se adresează acestui grup sunt furnizate în centre comunitare sau în sistem ambulatoriu, acest lucru nu este mereu valabil, iar în prezent se raportează că aproximativ una din cinci persoane internate la tratament de specialitate pentru consumul de droguri consumă canabis ca drog principal.

Tratamentul pentru problemele legate de consumul de canabis utilizează abordări psihosociale; intervențiile la nivelul familiei sunt adesea folosite în cazul adolescenților, iar intervențiile cognitiv-comportamentale, în cazul adulților. Dovezile disponibile sprijină îmbinarea terapiei cognitiv-comportamentale cu interviul motivațional și cu metodele de gestionare a situațiilor de urgență. În plus, există anumite dovezi în favoarea utilizării terapiei familiale multidimensionale pentru consumatori tineri de canabis.

Posibilitatea de a realiza intervenții prin internet a dus la extinderea razei de acțiune și a acoperirii geografice a programelor legate de canabis. Aceste intervenții oferă o nouă modalitate de a aborda persoanele care se confruntă cu probleme legate de droguri și au potențialul de a ajunge la anumite categorii de consumatori care nu sunt în prezent în contact cu serviciile specializate în materie de droguri.

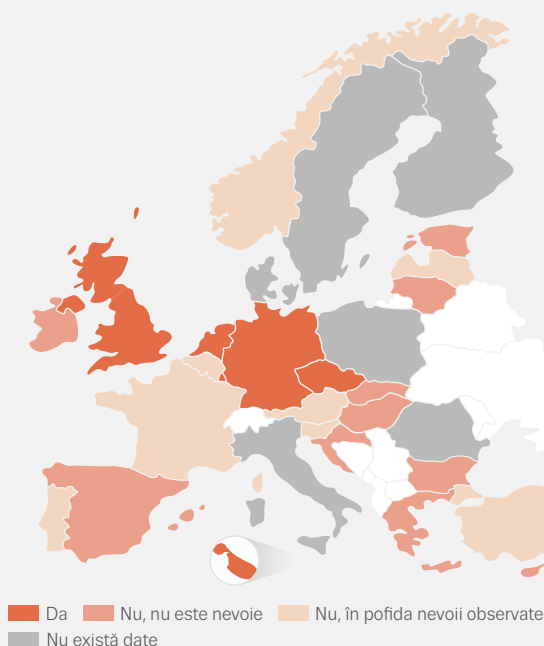
Adaptarea tratamentului la nevoile consumatorilor de droguri care înaintază în vârstă

Tendențele demografice în rândul consumatorilor problematici de droguri din Europa ridică importante semne de întrebare în legătură cu adecvarea intervențiilor care constituie tratamentul pentru consumul de droguri pentru pacienții care înaintază în vârstă. În curând, majoritatea consumatorilor problematici de opiacee aflați în tratament vor fi persoane de peste 40 de ani. Pe lângă problemele de sănătate legate de consumul de droguri, consumatorii de opiacee se confruntă tot mai mult și cu problemele asociate procesului de îmbătrânire, adesea exacerbate de factori ce țin de stilul de viață. Este necesar să se elaboreze ghiduri clinice care să țină seama de evoluția demografică a consumatorilor problematici de opiacee din Europa. Acest fapt va contribui la o practică medicală eficientă, având în vedere că aspecte cum ar fi interacțiunea între medicamente, modurile de administrare, dozele pentru administrarea la domiciliu și tratamentul analgezic devin mai complexe și mai importante.

Doar câteva țări raportează disponibilitatea unor programe specifice pentru consumatorii de droguri mai în vârstă. Acest grup de pacienți este, în general, integrat în serviciile existente de tratament pentru consumul de droguri (a se vedea figura 3.10). În schimb, Germania și Țările de Jos au înființat aziluri de bătrâni care răspund nevoilor consumatorilor de droguri în vârstă. Modificarea și extinderea în viitor a programelor de tratament pentru droguri și de asistență este o condiție ca această categorie de persoane care înaintază în vârstă să primească îngrijirea necesară. Acest lucru va impune, probabil, instruirea personalului și modificarea asistenței furnizate. Având în vedere că pacienții din acest grup au contacte relativ limitate cu sistemul general de sănătate și că au tendința să nu urmeze tratamentul pentru infecțiile asociate consumului de droguri, importanța unui program multidisciplinar de asistență care să continue după încheierea tratamentului pentru droguri este clară.

FIGURA 3.10

Disponibilitatea programelor specifice adresate consumatorilor de droguri în vârstă (clasificări realizate de experți, 2013)



Prevenirea răspândirii bolilor infecțioase

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. Prevenirea transmiterii HIV, a hepatitei virale și a altor infecții este, prin urmare, un obiectiv important al politicilor europene în materie de droguri. În ceea ce îi privește pe consumatorii de opiacee injectabile, tratamentul de substituție reduce comportamentul de risc raportat, unele studii sugerând că efectul protectiv crește atunci când este combinat cu programe de distribuire de ace și seringi.

În perioada 2007-2013, numărul raportat de seringi distribuite prin intermediul programelor specializate a crescut de la 43 de milioane la 49 de milioane în 24 de țări, reprezentând 48 % din populația UE. La nivel de țară se înregistrează tendințe divergente, aproape jumătate din țări raportând o creștere a numărului de seringi distribuite, iar jumătate, o scădere. În cele 12 țări care au realizat estimări recente ale prevalenței consumului de droguri injectabile, numărul raportat de seringi distribuite prin programe specializate în 2013 a variat de la mai puțin de una în Cipru la peste 300 per consumator de droguri injectabile în Estonia și Norvegia (figura 3.11).

FIGURA 3.11

Numărul seringilor distribuite în cadrul programelor specializate per consumator de droguri injectabile (estimare)

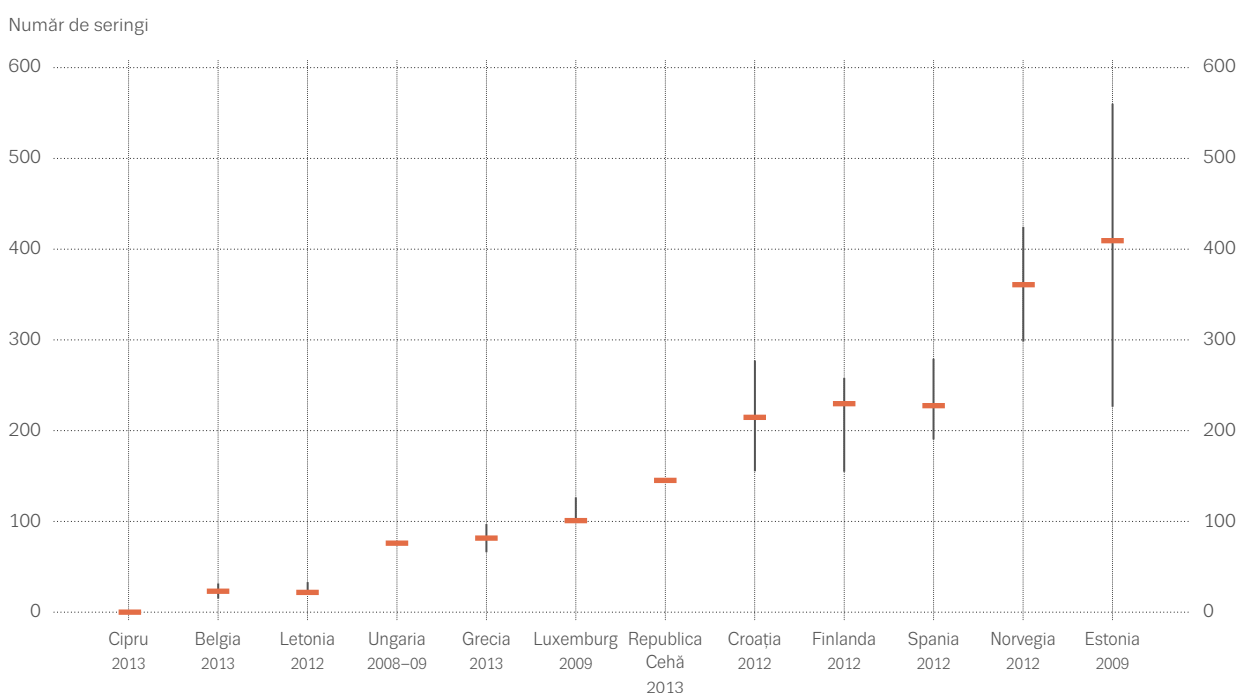
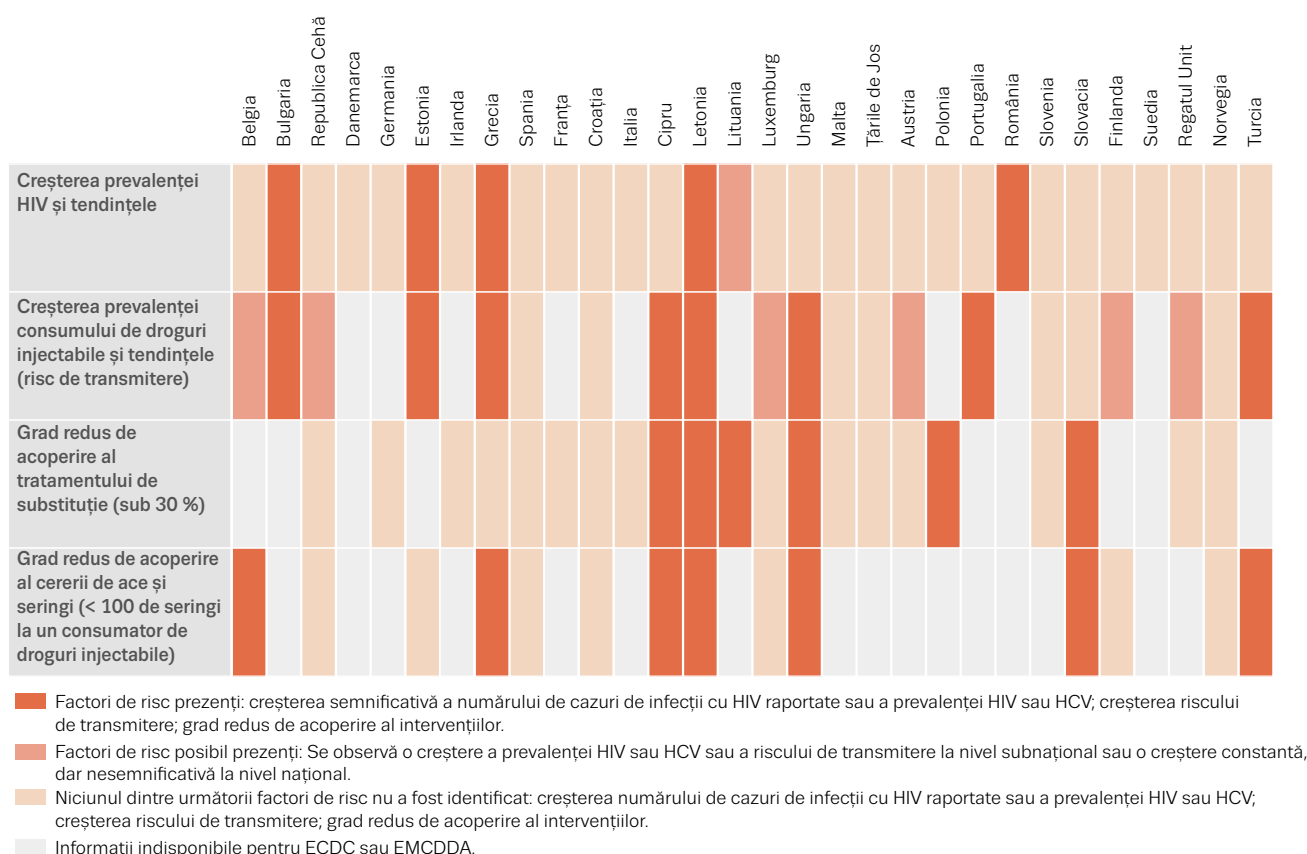


FIGURA 3.12

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



Pentru informații suplimentare, consultați tabelul suplimentar online.

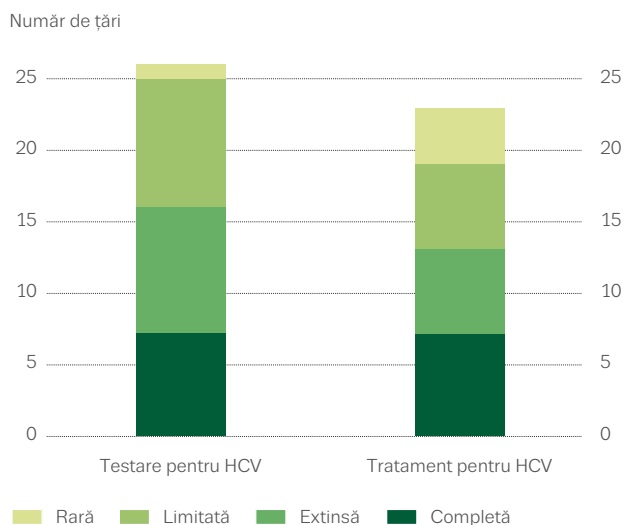
În timp ce la nivel european gradul total de acoperire a măsurilor de prevenire a infectării cu HIV continuă să crească, există grupuri importante de consumatori de droguri injectabile al căror acces la servicii este încă limitat. În figura 3.12 este prezentată o imagine de ansamblu a unor indicatori de nivel înalt ai riscului potențial. Conform acestei analize simple, există un grad de risc ridicat în circa o treime din țări; se recomandă, așadar, menținerea vigilenței și o și mai mare extindere a măsurilor de prevenire a infectării cu HIV.

Tratamentul hepatitei C se îmbunătățește

Măsurile de prevenire îndreptate împotriva transmiterii virusului hepatitei C sunt similare celor pentru HIV. La nivelul politicii publice, din ce în ce mai multe țări au adoptat sau pregătesc strategii specifice privind hepatita C. Numărul inițiativelor privind testarea și consilierea consumatorilor de droguri injectabile a crescut în ultimii ani, însă rămâne redus. Au fost introduse noi instrumente de diagnosticare (cum ar fi Fibroscan), iar apariția unor medicamente noi a redus durata tratamentului și efectele secundare negative, facilitând respectarea tratamentului. Dar deși eficacitatea tratamentului antiviral pentru hepatita C la consumatorii de droguri injectabile este din ce în ce mai clar dovedită, nivelul raportat de disponibilitate rămâne scăzut în mai multe țări (a se vedea figura 3.13). Este posibil ca acest lucru să se datoreze parțial costurilor ridicate ale noilor medicamente.

FIGURA 3.13

Disponibilitatea testării și a tratamentului pentru virusul hepatitei C (clasificări realizate de experți, 2013)



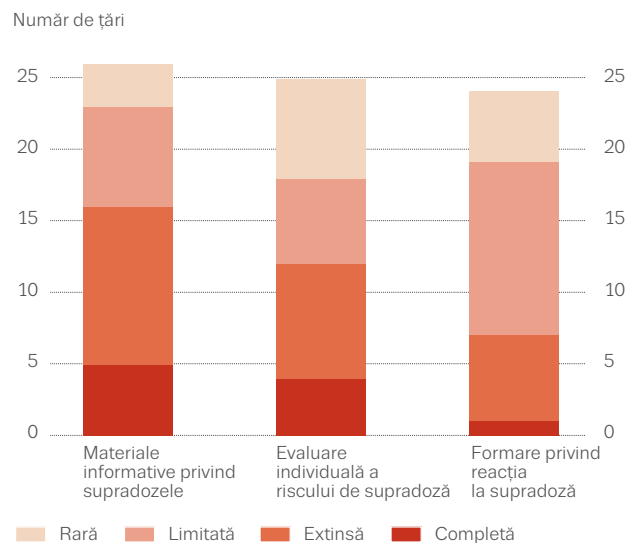
Prevenirea supradozării și a deceselor asociate consumului de droguri

Reducerea numărului de supradoze fatale de droguri și a altor decese asociate consumului de droguri rămâne o provocare majoră pentru politicile de sănătate publică în Europa. Răspunsurile specifice în acest domeniu se concentrează fie pe prevenirea apariției supradozelor, fie pe îmbunătățirea șanselor de supraviețuire în caz de supradoză. Tratamentul pentru consumul de droguri, în special tratamentul de substituție pentru opiacee, previne apariția supradozelor și reduce mortalitatea în rândul consumatorilor de droguri.

Dintr-o serie de intervenții menite să prevină decesele asociate consumului de droguri, cea utilizată pe scara cea mai largă este furnizarea de informații și materiale privind prevenirea supradozelor (figura 3.14). Instrucțiunile necesare în caz de supradoză, printre care distribuția de naloxonă, drog antagonist al opiaceelor, poate salva viața persoanelor care au luat supradoze, însă această soluție nu este frecvent la îndemână. Noile ghiduri ale OMS recomandă insistent ca persoanele care pot asista la administrarea unei supradoze să aibă acces la naloxonă și să fie instruite să o administreze, astfel încât să poată să o folosească în gestionarea situațiilor de urgență în care se suspectează că s-a luat o supradoză de opiacee. În prezent, există programe de distribuție a naloxonei în șapte țări, fiind introduse în ultimii ani în Danemarca, Estonia și Norvegia, țări în care ratele de supradoză sunt ridicate. Un studiu recent realizat în Scoția (Regatul Unit) a arătat că distribuția unui număr mai mare de truse cu naloxonă în rândul deținuților „expuși riscului” în momentul eliberării lor a coincis cu o reducere

FIGURA 3.14

Disponibilitatea măsurilor adoptate ca răspuns la decesele induse de consumul de droguri (clasificări realizate de experți, 2013)



semnificativă a deceselor asociate consumului de opiacee în primele patru săptămâni după eliberare.

Unul din scopurile camerelor pentru consumul supravegheat de droguri este acela de a reduce apariția supradozelor și de a îmbunătăți șansele de supraviețuire în caz de supradoză. În prezent, șase state pun la dispoziție astfel de spații, aproximativ 70 în total. În ultimii ani, o serie de astfel de spații au fost închise din cauza scăderii cererii.

Sănătatea în penitenciare: nevoia 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

Tratamentul pentru consumul de droguri, în special tratamentul de substituție pentru opiacee, previne apariția supradozelor și reduce mortalitatea în rândul consumatorilor de droguri

cuprinsă între 6 % și 31 %. După ce intră la închisoare majoritatea consumatorilor reduc consumul sau renunță complet la droguri. Însă drogurile ilegale pătrund în multe închisori, iar unii deținuți continuă sau încep să consume droguri în timpul detenției. De asemenea, s-au observat rate ridicate ale hepatitei C și ale altor boli infecțioase în rândul deținuților. Incidența mare a problemelor asociate consumului de droguri în rândul deținuților înseamnă că evaluarea stării de sănătate la momentul intrării în închisoare este o intervenție importantă. OMS a recomandat recent introducerea a unui pachet de măsuri de prevenire, cum ar fi testarea gratuită și voluntară pentru boli infecțioase, distribuirea de prezervative și echipament steril de injectare, tratament împotriva bolilor infecțioase și tratament pentru dependența de droguri.

Multe țări dispun în prezent de parteneriate între agenții, între serviciile medicale din penitenciare și furnizorii din cadrul comunității. Astfel de parteneriate oferă educație pentru sănătate și intervenții de tratament în închisoare și asigură continuitatea asistenței de la intrarea până la eliberarea din închisoare. În general, serviciile medicale din închisori rămân în responsabilitatea ministerelor justiției sau afacerilor interne. Totuși, în unele țări ministerul sănătății este cel care răspunde în prezent de furnizarea serviciilor medicale în închisori, ceea ce este posibil să faciliteze o mai bună integrare cu furnizarea de servicii medicale generale în comunitate.

Disponibilitatea tratamentului de substituție pentru opiacee în închisori este raportată de 26 dintre cele 30 de țări monitorizate de EMCDDA, deși în trei din aceste țări nu s-au raportat activități în domeniu în 2013. Per ansamblu, se pare că nivelul de acoperire a grupurilor de deținuți este în creștere, reflectând larga disponibilitate a acestei intervenții la nivel de comunitate. Cu toate acestea, pot exista restricții privind eligibilitatea; de exemplu, în Republica Cehă și Letonia, tratamentul de substituție în închisori este limitat la cei care aveau deja o prescripție medicală înainte de încarcerare. Furnizarea de echipament steril de injectare este mai puțin frecventă, această intervenție fiind disponibilă în închisori în doar 4 țări.

Incidența mare a problemelor asociate consumului de droguri în rândul deținuților înseamnă că evaluarea stării de sănătate la momentul intrării în închisoare este o intervenție importantă

INFORMAȚII SUPLIMENTARE

Publicații EMCDDA

2015

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

Drugs policy and the city in Europe, Documente EMCDDA.

Treatment of cannabis-related disorders in Europe, Insights.

Drug consumption rooms, Perspective în materie de droguri.

Psychosocial interventions, Perspective în materie de droguri.

2014

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

Drug policy profiles — Austria, Documente EMCDDA.

Drug policy profiles — Poland, EMCDDA Papers.

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

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

2013

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

Drug policy advocacy organisations, Documente EMCDDA.

Drug policy profiles: Ireland.

Drug prevention interventions targeting minority ethnic populations, Documente tematice.

Drug supply reduction and internal security, Documente EMCDDA.

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

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.

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.

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

2012

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

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

New heroin-assisted treatment, Insights.

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

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

2011

Drug policy profiles: Portugal.

European drug prevention quality standards, Manuale.

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

2010

Harm reduction: evidence, impacts and challenges, Monografii.

Treatment and care for older drug users, Ediție selectată.

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 prezentate aici
reprezintă un subset din Buletinul
statistic al EMCDDA,
în care sunt disponibile date,
ani, note și metadate suplimentare**

TABELUL A1

OPIACEE

	Estimarea consumului problematic de opiacee	Indicatorul cererii de admitere la tratament, drog principal						Consumatori care urmează un tratament de substituție
		Consumatorii de opiacee ca procent din numărul persoanelor care încep tratamentul			Procentul consumatorilor de opiacee prin injectare (ca principală cale de administrare)			
		Toate persoanele care încep tratamentul	Persoane admise prima dată la tratament	Persoane admise care au mai primit tratament anterior	Toate persoanele care încep tratamentul	Persoane admise prima dată la tratament	Persoane admise care au mai primit tratament anterior	
Țara	cazuri la 1 000 de persoane	% (total)	% (total)	% (total)	% (total)	% (total)	% (total)	total
Belgia	–	30,8 (2 816)	13 (416)	39 (2 024)	20,1 (547)	14,1 (57)	21,5 (420)	17 482
Bulgaria	–	88,8 (1 744)	79,3 (211)	95,2 (954)	73,8 (876)	68,8 (141)	74,4 (585)	3 563
Republica Cehă	1,5–1,5	17,2 (1 681)	7,8 (362)	25,6 (1 319)	89,4 (1 493)	86,9 (312)	90,1 (1 181)	3 500
Danemarca	–	17,5 (663)	7,1 (102)	26,3 (502)	23 (20)	33,9 (193)	–	7 600
Germania	2,8–3,4	37,1 (29 891)	13,7 (3 217)	–	–	–	–	77 300
Estonia	–	92,9 (403)	81 (102)	98,6 (284)	84,8 (339)	90,2 (92)	83 (235)	1 166
Irlanda	–	51,3 (4 451)	29,7 (1 032)	66,8 (3 291)	41,3 (1 762)	33,7 (344)	43,6 (1 362)	9 640
Grecia	2,0–2,6	69,3 (3 367)	54,9 (1 145)	80 (2 194)	36,8 (1 227)	32,8 (372)	39,1 (850)	9 973
Spania	1,7–2,6	26,8 (13 333)	11,4 (2 866)	43,7 (10 050)	17,8 (2 195)	11 (295)	19,6 (1 859)	69 111
Franța	–	43,1 (15 641)	27,1 (2 690)	53,5 (11 275)	14,2 (1 836)	6,8 (172)	–	163 000
Croația	3,2–4,0	80,4 (6 315)	24 (270)	90 (5 992)	73,7 (4 581)	42,6 (104)	75,1 (4 446)	6 357
Italia	3,8–4,9	54,7 (18 072)	37,2 (4 782)	65,7 (13 290)	57 (9 678)	44,4 (1 906)	61,3 (7 772)	94 376
Cipru	1,2–2,1	26,5 (270)	7,7 (37)	43,8 (232)	48,1 (126)	40 (14)	49,3 (112)	180
Letonia	4,1–9,7	52,1 (783)	19,7 (104)	69,6 (679)	63,7 (495)	84,6 (88)	60,5 (407)	328
Lituania	2,3–2,4	86,8 (1 918)	62,8 (214)	91,9 (1 671)	–	100 (140)	–	592
Luxemburg	5,0–7,6	50,2 (145)	42,1 (8)	49,8 (116)	48,2 (68)	28,6 (2)	47 (54)	1 254
Ungaria	0,4–0,5	5,9 (236)	2,1 (54)	13,6 (160)	70,1 (157)	60,4 (32)	71,8 (112)	786
Malta	6,5–7,7	74,8 (1 352)	33,7 (67)	79,9 (1 285)	61,8 (816)	54,2 (32)	62,2 (784)	1 078
Țările de Jos	1,1–1,5	10,2 (1 195)	5,1 (343)	17 (852)	4,6 (51)	5,4 (16)	4,3 (35)	8 185
Austria	4,9–5,1	52 (1 537)	29,5 (361)	67,9 (1 176)	43,4 (536)	31,1 (100)	47,8 (436)	24 027
Polonia	0,4–0,7	26,4 (724)	8,2 (91)	39,3 (621)	58 (391)	43,4 (36)	60,3 (349)	1 725
Portugalia	–	54,3 (1 634)	27,3 (380)	77,6 (1 254)	15,9 (238)	11,2 (38)	17,3 (200)	16 858
România	–	48,8 (802)	33,6 (240)	63,3 (543)	84,5 (622)	84,8 (189)	84,8 (420)	387
Slovenia	4,3–5,8	81,5 (234)	60,6 (57)	91,7 (176)	48,7 (113)	36,8 (21)	52,3 (91)	4 065
Slovacia	1,0–2,5	24,7 (558)	16 (185)	34,1 (363)	66,8 (367)	48,4 (89)	76,4 (272)	408
Finlanda	3,8–4,5	64,2 (706)	40,4 (65)	69,2 (619)	81,6 (567)	73 (46)	82,5 (504)	2 439
Suedia	–	27,3 (7 760)	17,2 (2 211)	35,7 (5 549)	59,6 (140)	33,3 (11)	63,9 (129)	3 425
Regatul Unit	7,9–8,4	50,3 (49 871)	19,7 (6 813)	66,6 (42 636)	34,5 (16 871)	22,5 (1 484)	36,3 (15 191)	172 513
Turcia	0,2–0,5	76,3 (5 542)	68 (2 540)	85,1 (3 002)	39,7 (2 201)	29,3 (745)	48,5 (1 456)	28 656
Norvegia	1,9–3,1	26,9 (2 266)	–	–	–	–	–	7 055
Uniunea Europeană	–	41 (168 102)	18,7 (28 425)	57,1 (109 107)	38,2 (46 285)	28,4 (6 153)	43,3 (37 806)	701 449
UE, Turcia și Norvegia	–	41,3 (175 910)	19,9 (30 965)	57,6 (112 109)	30,4 (48 486)	28,5 (6 898)	43,5 (39 262)	737 160

Anul și metoda de estimare a consumului problematic de opiacee variază în funcție de țară.

Indicatorul privind cererea de admitere la tratament arată numărul de persoane care încep tratamentul în anul respectiv.

TABELUL A2

COCAINA

	Estimări privind prevalența			Indicatorul cererii de admitere la tratament, drog principal					
	Populația generală		Populația școlară	Consumatorii de cocaină ca procent din numărul persoanelor care încep tratamentul			Procentul consumatorilor de cocaină prin injectare (ca principală cale de administrare)		
	De-a lungul vieții, adulți (15-64)	Ultimele 12 luni, tineri adulți (15-34)	De-a lungul vieții, elevi (15-16)	Toate persoanele care încep tratamentul	Persoane admise prima dată la tratament	Persoane admise care au mai primit tratament anterior	Toți consumatorii	Persoane admise prima dată la tratament	Persoane admise care au mai primit tratament anterior
Țara	%	%	%	% (total)	% (total)	% (total)	% (total)	% (total)	% (total)
Belgia	–	2,0	2	15,6 (1 430)	15,2 (488)	15,9 (825)	6 (83)	1,3 (6)	7,1 (57)
Bulgaria	0,9	0,3	4	0 (0)	2,6 (7)	0,3 (3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Republica Cehă	0,4	0,3	1	0,2 (19)	0,3 (12)	0,1 (7)	11,1 (2)	16,7 (2)	0 (0)
Danemarca	5,2	2,4	2	5,1 (193)	5,8 (84)	5,2 (99)	10,1 (17)	0 (0)	–
Germania	3,4	1,6	3	5,9 (4 788)	5,6 (1 322)	–	–	–	–
Estonia	–	1,3	2	0 (0)	0 (0)	0 (0)	–	–	–
Irlanda	6,8	2,8	3	7,8 (680)	9,2 (320)	6,6 (324)	1,7 (11)	0,3 (1)	2,9 (9)
Grecia	0,7	0,2	1	5,1 (250)	5,9 (122)	4,6 (127)	19,8 (49)	12,4 (15)	27 (34)
Spania	10,3	3,3	3	39,2 (19 497)	40,2 (10 142)	38,5 (8 855)	2 (365)	1 (95)	3 (260)
Franța	5,4	2,3	4	6,4 (2 311)	4,1 (411)	7,5 (1 573)	9,9 (192)	4,1 (16)	–
Croația	2,3	0,9	2	1,5 (119)	2,6 (29)	1,3 (84)	0,9 (1)	0 (0)	1,2 (1)
Italia	4,2	1,3	1	25,8 (8 529)	31,4 (4 037)	22,2 (4 492)	3,5 (289)	2,9 (114)	4 (175)
Cipru	1,3	0,6	4	12,2 (124)	9,3 (45)	14,7 (78)	5,8 (7)	0 (0)	9,3 (7)
Letonia	1,5	0,3	4	0,3 (5)	0,8 (4)	0,1 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Lituania	0,9	0,3	2	0,6 (14)	1,8 (6)	0,3 (5)	–	–	–
Luxemburg	–	–	–	17,3 (50)	10,5 (2)	18 (42)	39,1 (18)	–	39 (16)
Ungaria	0,9	0,4	2	2 (81)	2,4 (60)	1,4 (17)	8,9 (7)	8,3 (5)	5,9 (1)
Malta	0,5	–	4	14,4 (260)	32,2 (64)	12,2 (196)	25,6 (65)	11,3 (7)	30,2 (58)
Țările de Jos	5,2	2,4	2	26,5 (3 113)	22,2 (1 494)	32,3 (1 619)	0,3 (8)	0,3 (4)	0,3 (4)
Austria	2,2	1,2	–	10,2 (301)	11,8 (145)	9 (156)	7,6 (18)	2,7 (3)	12,2 (15)
Polonia	0,9	0,3	3	2,4 (67)	1,9 (21)	2,8 (44)	6,3 (4)	4,8 (1)	7,3 (3)
Portugalia	1,2	0,4	4	12,9 (388)	17,2 (239)	9,2 (149)	4,1 (14)	1,9 (4)	7,7 (10)
România	0,3	0,2	2	0,7 (11)	1,3 (9)	0,2 (2)	–	–	–
Slovenia	2,1	1,2	3	3,5 (10)	6,4 (6)	2,1 (4)	30 (3)	16,7 (1)	50 (2)
Slovacia	0,6	0,4	1	0,6 (13)	0,4 (5)	0,8 (8)	8,3 (1)	0 (0)	14,3 (1)
Finlanda	1,7	0,6	1	0,1 (1)	0 (0)	0 (0)	100 (1)	–	–
Suedia	–	1,2	1	0,8 (236)	1,2 (151)	0,5 (85)	6,3 (2)	0 (0)	18,2 (2)
Regatul Unit	9,5	4,2	2	12,9 (12 756)	17,1 (5 888)	10,7 (6 851)	1,7 (204)	0,5 (29)	2,6 (175)
Turcia	–	–	–	1,1 (81)	1,1 (41)	1,1 (40)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Norvegia	4,2	2,2	1	0,9 (79)	–	–	–	–	–
Uniunea Europeană	4,6	1,9	–	13,5 (55 246)	16,5 (25 113)	13,4 (25 646)	2,8 (1 361)	1,3 (303)	3,6 (830)
UE, Turcia și Norvegia	–	–	–	13 (55 406)	16,2 (25 154)	13,2 (25 686)	2,8 (1 361)	1,3 (303)	3,6 (830)

Estimările privind prevalența în rândul populației generale provin din anchetele naționale reprezentative. Anul și metoda utilizată pentru anchete variază în funcție de țară.

Estimările privind prevalența în rândul populației școlare provin din sondajele naționale desfășurate în școli sau din proiectul ESPAD.

TABELUL A3

AMFETAMINE

	Estimări privind prevalența			Indicatorul cererii de admitere la tratament, drog principal					
	Populația generală		Populația școlară	Consumatorii de amfetamină ca procent din numărul persoanelor care încep tratamentul			Procentul consumatorilor de amfetamine prin injectare (ca principală cale de administrare)		
	De-a lungul vieții, adulți (15-64)	Ultimele 12 luni, tineri adulți (15-34)	De-a lungul vieții, elevi (15-16)	Toate persoanele care încep tratamentul	Persoane admise prima dată la tratament	Persoane admise care au mai primit tratament anterior	Toate persoanele care încep tratamentul	Persoane admise prima dată la tratament	Persoane admise prima dată la tratament
Țara	%	%	%	% (total)	% (total)	% (total)	% (total)	% (total)	% (total)
Belgia	–	–	2	10,1 (925)	9,1 (292)	11 (574)	13,3 (118)	5,3 (15)	17,7 (97)
Bulgaria	1,2	1,3	5	4,7 (93)	10,9 (29)	1,8 (18)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Republica Cehă	1,1	0,7	2	70,3 (6 865)	74,2 (3 431)	66,7 (3 434)	78,6 (5 365)	72,6 (2 473)	84,5 (2 892)
Danemarca	6,6	1,4	2	9,5 (358)	10,3 (149)	8,9 (170)	3,1 (9)	0 (0)	–
Germania	3,1	1,8	4	14,9 (12 026)	18,7 (4 365)	–	–	–	–
Estonia	–	2,5	3	3 (13)	5,6 (7)	1,4 (4)	76,9 (10)	57,1 (4)	100 (4)
Irlanda	4,5	0,8	2	0,6 (52)	0,9 (32)	0,4 (18)	5,9 (3)	9,7 (3)	0 (0)
Grecia	0,1	0,1	2	0,2 (12)	0,3 (7)	0,2 (5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Spania	3,8	1,2	2	1 (512)	1,2 (307)	0,8 (186)	0,6 (3)	0,7 (2)	0,6 (1)
Franța	2,2	0,7	4	0,3 (98)	0,2 (22)	0,3 (60)	22,5 (18)	15,8 (3)	–
Croația	2,6	1,6	1	0,9 (69)	2 (22)	0,7 (46)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Italia	1,8	0,1	1	0,2 (51)	0,3 (37)	0,1 (14)	2 (1)	2,9 (1)	0 (0)
Cipru	0,7	0,4	4	2,6 (26)	1,7 (8)	3,4 (18)	7,7 (2)	0 (0)	11,1 (2)
Letonia	2,2	0,6	4	15,1 (227)	21 (111)	11,9 (116)	68,2 (152)	64,2 (70)	71,9 (82)
Lituania	1,2	0,5	3	3,4 (76)	10 (34)	1,9 (34)	–	–	–
Luxemburg	–	–	–	0 (0)	0 (0)	0 (0)	–	–	–
Ungaria	1,8	1,2	6	11,6 (461)	11,6 (297)	11 (130)	15,3 (68)	11,3 (33)	24,2 (30)
Malta	0,3	–	3	0,2 (4)	0 (0)	0,2 (4)	25 (1)	–	25 (1)
Țările de Jos	3,1	–	1	6,5 (760)	6,6 (445)	6,3 (315)	0,6 (4)	0,5 (2)	0,7 (2)
Austria	2,5	0,9	–	3,4 (102)	4,7 (58)	2,5 (44)	1,2 (1)	2 (1)	0 (0)
Polonia	2,9	1,4	4	25,9 (711)	25,8 (287)	26,5 (419)	10,8 (76)	3,9 (11)	15,7 (65)
Portugalia	0,5	0,1	3	0,1 (2)	0,1 (1)	0,1 (1)	0 (0)	0 (0)	–
România	0,1	0,0	2	0,5 (8)	1 (7)	0 (0)	–	–	–
Slovenia	0,9	0,8	2	0,7 (2)	1,1 (1)	0,5 (1)	–	–	–
Slovacia	0,5	0,3	1	43,2 (978)	46,4 (535)	39,9 (425)	31,8 (300)	27,1 (142)	38 (154)
Finlanda	2,3	1,6	–	11 (121)	11,8 (19)	10,8 (97)	76,7 (89)	52,6 (10)	81,9 (77)
Suedia	–	1,3	0	0,4 (112)	0 (6)	0,7 (105)	78,3 (83)	80 (4)	78 (78)
Regatul Unit	11,1	1,5	1	2,7 (2 725)	3,1 (1 058)	2,6 (1 656)	24 (607)	13 (125)	31,1 (482)
Turcia	0,1	0,1	2	0 (0)	0 (0)	0 (0)	–	–	–
Norvegia	3,7	1,1	1	13,1 (1 104)	–	–	–	–	–
Uniunea Europeană	3,5	1,0	–	6,7 (27 389)	7,6 (11 567)	4,1 (7 894)	47 (6 910)	41,9 (2 899)	53,6 (3 967)
UE, Turcia și Norvegia	–	–	–	6,7 (28 493)	7,4 (11 567)	4,1 (7 894)	47 (6 910)	41,9 (2 899)	53,6 (3 967)

TABELUL A4

ECSTASY

	Estimări privind prevalența			Indicatorul cererii de admitere la tratament, drog principal		
	Populația generală		Populația școlară	Consumatorii de ecstasy ca procent din numărul persoanelor care încep tratamentul		
	De-a lungul vieții, adulți (15-64)	Ultimele 12 luni, tineri adulți (15-34)	De-a lungul vieții, elevi (15-16)	Toate persoanele care încep tratamentul	Persoane admise prima dată la tratament	Persoane admise care au mai primit tratament anterior
Țara	%	%	%	% (total)	% (total)	% (total)
Belgia	–	–	2	0,5 (43)	0,7 (23)	0,4 (19)
Bulgaria	2,0	2,9	4	0,1 (1)	0 (0)	0,1 (1)
Republica Cehă	5,1	3,0	3	0,1 (8)	0,1 (4)	0,1 (4)
Danemarca	2,3	0,7	1	0,3 (13)	0,5 (7)	0,3 (5)
Germania	2,7	0,9	2	–	–	–
Estonia	–	2,3	3	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Irlanda	6,9	0,9	2	0,5 (43)	0,8 (27)	0,3 (16)
Grecia	0,4	0,4	2	0,2 (8)	0,2 (5)	0,1 (3)
Spania	4,3	1,5	2	0,3 (134)	0,4 (103)	0,1 (29)
Franța	4,2	2,3	3	0,5 (186)	0,2 (22)	0,6 (122)
Croația	2,5	0,5	2	0,3 (27)	0,6 (7)	0,3 (19)
Italia	1,8	0,1	1	0,2 (55)	0,2 (23)	0,2 (32)
Cipru	0,9	0,3	3	0,1 (1)	0 (0)	0,2 (1)
Letonia	2,7	0,8	4	0,2 (3)	0,4 (2)	0,1 (1)
Lituania	1,3	0,3	2	0 (1)	0 (0)	0,1 (1)
Luxemburg	–	–	–	0,3 (1)	0 (0)	0,4 (1)
Ungaria	2,4	1,0	4	1,7 (69)	1,7 (43)	2 (23)
Malta	0,7	–	3	1,2 (22)	3,5 (7)	0,9 (15)
Țările de Jos	6,2	3,1	4	0,6 (67)	0,8 (55)	0,2 (12)
Austria	2,3	1,0	–	0,8 (23)	1,1 (13)	0,6 (10)
Polonia	1,1	0,3	2	0,2 (6)	0,1 (1)	0,3 (5)
Portugalia	1,3	0,6	3	0,2 (5)	0,4 (5)	0 (0)
România	0,7	0,4	2	0,1 (1)	0,1 (1)	0 (0)
Slovenia	2,1	0,8	2	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Slovacia	1,9	0,9	0	0,1 (2)	0,1 (1)	0,1 (1)
Finlanda	1,8	1,1	2	0,3 (3)	0,6 (1)	0,2 (2)
Suedia	–	1,0	1	0 (3)	0 (1)	0 (1)
Regatul Unit	9,3	3,0	2	0,3 (325)	0,7 (232)	0,1 (92)
Turcia	0,1	0,1	2	0,8 (55)	1,1 (41)	0,4 (14)
Norvegia	2,3	1,0	1	0 (0)	–	–
Uniunea Europeană	3,6	1,4	–	0,3 (1 050)	0,4 (583)	0,2 (415)
UE, Turcia și Norvegia	–	–	–	0,3 (1 105)	0,4 (624)	0,2 (429)

TABELUL A5

CANABIS

	Estimări privind prevalența			Indicatorul cererii de admitere la tratament, drog principal		
	Populația generală		Populația școlară	Consumatorii de cannabis ca procent din numărul persoanelor care încep tratamentul		
	De-a lungul vieții, adulți (15-64)	Ultimele 12 luni, tineri adulți (15-34)	De-a lungul vieții, elevi (15-16)	Toate persoanele care încep tratamentul	Persoane admise prima dată la tratament	Persoane admise care au mai primit tratament anterior
Țara	%	%	%	% (total)	% (total)	% (total)
Belgia	14,3	11,2	21	33,6 (3 077)	54,3 (1 744)	23,1 (1 201)
Bulgaria	7,5	8,3	22	3,9 (77)	4,5 (12)	1,8 (18)
Republica Cehă	22,8	21,6	42	11 (1 077)	16,5 (763)	6,1 (314)
Danemarca	35,6	17,6	18	63,4 (2 397)	72,6 (1 048)	55,5 (1 061)
Germania	23,1	11,1	19	36,3 (29 252)	56,1 (13 138)	–
Estonia	–	13,6	24	3,7 (16)	12,7 (16)	0 (0)
Irlanda	25,3	10,3	18	28,9 (2 511)	47 (1 631)	16 (790)
Grecia	8,9	3,2	8	21,5 (1 045)	35,4 (737)	11 (302)
Spania	30,4	17,0	28	29,9 (14 869)	43,6 (10 982)	14,8 (3 402)
Franța	40,9	22,1	39	44,1 (16 020)	62,5 (6 206)	32,3 (6 804)
Croația	15,6	10,5	18	13,3 (1 047)	58,4 (658)	5,7 (381)
Italia	21,7	8,0	16	17,4 (5 766)	28 (3 593)	10,7 (2 173)
Cipru	9,9	4,2	7	56,8 (579)	80,5 (388)	35,3 (187)
Letonia	12,5	7,3	24	27,3 (411)	51,4 (272)	14,3 (139)
Lituania	10,5	5,1	20	2,9 (65)	11,7 (40)	1,3 (23)
Luxemburg	–	–	–	31,1 (90)	47,4 (9)	30,5 (71)
Ungaria	8,5	5,7	19	61 (2 429)	70 (1 787)	43,4 (511)
Malta	4,3	–	10	7,9 (142)	25,1 (50)	5,7 (92)
Țările de Jos	25,7	13,7	27	47,8 (5 613)	56,7 (3 826)	35,7 (1 787)
Austria	14,2	6,6	14	30 (887)	50,6 (620)	15,4 (267)
Polonia	12,2	8,1	23	33,4 (914)	51,6 (575)	20,3 (321)
Portugalia	9,4	5,1	16	26,8 (806)	48,4 (674)	8,2 (132)
România	1,6	0,6	7	17 (279)	27,3 (195)	7,9 (68)
Slovenia	15,8	10,3	23	12,5 (36)	31,9 (30)	3,1 (6)
Slovacia	10,5	7,3	16	24,6 (557)	32 (369)	16,6 (177)
Finlanda	18,3	11,2	12	14,6 (161)	34,2 (55)	10,8 (97)
Suedia	–	7,1	5	13,2 (3 763)	22,4 (2 881)	5,7 (882)
Regatul Unit	29,9	11,2	22	26,8 (26 618)	48,6 (16 775)	15,3 (9 771)
Turcia	0,7	0,4	4	12,7 (920)	17,5 (653)	7,6 (267)
Norvegia	23,3	12,0	5	20,3 (1 705)	–	–
Uniunea Europeană	23,3	11,7	–	29,4 (120 504)	45,5 (69 074)	16,2 (30 977)
UE, Turcia și Norvegia	–	–	–	28,9 (123 129)	44,8 (69 727)	16,1 (31 244)

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)	cazuri la 1 000 de persoane	total
Belgia	10,5 (77)	1,5 (17)	2,5–4,8	907 504
Bulgaria	4,3 (21)	4,5 (33)	–	431 568
Republica Cehă	5,1 (37)	0,6 (6)	5,9–6,0	6 181 134
Danemarca	60 (218)	2,3 (13)	–	–
Germania	17,6 (956)	1,2 (100)	–	–
Estonia	126,8 (111)	54,5 (72)	4,3–10,8	2 183 933
Irlanda	58,5 (177)	3,9 (18)	–	360 041
Grecia	–	22,4 (248)	0,6–0,9	429 517
Spania	12,2 (383)	3,1 (145)	0,3–0,4	2 684 251
Franța	6,8 (283)	1 (67)	–	–
Croația	16,8 (48)	0 (0)	0,3–0,6	273 972
Italia	8,9 (343)	2,7 (162)	–	–
Cipru	4,9 (3)	0 (0)	0,2–0,5	0
Letonia	8,1 (11)	38 (77)	7,3–11,7	341 421
Lituania	27,1 (54)	20,9 (62)	–	168 943
Luxemburg	29,7 (11)	9,3 (5)	4,5–6,9	191 983
Ungaria	4,6 (31)	0,1 (1)	0,8	435 817
Malta	10,4 (3)	7,1 (3)	–	357 691
Țările de Jos	10,2 (113)	0,3 (5)	0,2–0,2	–
Austria	24,2 (138)	2,5 (21)	–	4 762 999
Polonia	7,6 (207)	1 (39)	–	–
Portugalia	3,0 (21)	7,4 (78)	–	950 652
România	2,2 (30)	7,4 (149)	–	2 051 770
Slovenia	19,9 (28)	1 (2)	–	513 272
Slovacia	6,5 (25)	0 (0)	–	321 339
Finlanda	54,3 (191)	0,6 (3)	4,1–6,7	3 834 262
Suedia	69,7 (426)	0,8 (8)	–	229 362
Regatul Unit	44,6 (1 858)	1,8 (112)	2,9–3,2	9 457 256 ⁽¹⁾
Turcia	4,4 (224)	0,1 (4)	–	–
Norvegia	69,6 (232)	1,6 (8)	2,2–3,0	3 011 000
Uniunea Europeană	17,3 (5 804)	2,9 (1 446)	–	–
UE, Turcia și Norvegia	16 (6 260)	2,5 (1 458)	–	–

Estimările privind consumul de droguri injectabile se realizează prin metode indirecte, anul estimării variind în funcție de țară.

⁽¹⁾ Date referitoare la Scoția și Țara Galilor (2013), precum și la Irlanda de Nord (2012).

TABELUL A7

CAPTURI

	Heroină		Cocaină		Amfetamine		Ecstasy	
	Cantitate capturată	Număr de capturi	Cantitate capturată	Număr de capturi	Cantitate capturată	Număr de capturi	Cantitate capturată	Număr de capturi
Țara	kg	total	kg	total	kg	total	comprimate (kg)	total
Belgia	1 182	2 431	6 486	3 653	216	3 085	37 152 (–)	1 338
Bulgaria	157	32	20	–	193	8	4 169 (29)	–
Republica Cehă	5	38	36	106	70	495	5 061 (0,04)	114
Danemarca	14	461	681	2 286	341	2 167	7 706 (–)	590
Germania	270	3 065	1 315	3 622	1 339	12 801	480 839 (–)	2 233
Estonia	0	2	2	47	28	290	3 341 (0,2)	92
Irlanda	61	690	66	366	23	114	465 083 (–)	464
Grecia	235	2 158	706	437	16	81	34 579 (0,4)	47
Spania	291	6 502	26 701	38 033	497	3 471	154 732 (–)	2 301
Franța	570	–	5 612	–	501	–	414 800 (–)	–
Croația	10	167	9	171	13	414	0 (0,9)	170
Italia	882	2 560	4 966	6 031	103	128	4 713 (17)	136
Cipru	0,7	16	3	105	1	38	504 (0,1)	14
Letonia	0,7	288	1	34	46	744	60 (0,003)	18
Lituania	13	100	3	12	71	97	54 (0,5)	13
Luxemburg	4	127	1	103	5	6	13 (–)	3
Ungaria	6	32	8	117	75	586	17 664 (2)	181
Malta	1	51	4	115	0	3	30 375 (–)	45
Țările de Jos ⁽¹⁾	750	–	10 000	–	681	–	–	–
Austria	80	346	25	992	29	859	5 768 (–)	119
Polonia	49	–	21	–	685	–	45 997 (–)	–
Portugalia	55	792	2 440	1 108	5	48	2 160 (1)	80
România	112	273	53	75	0	42	27 506 (0,04)	142
Slovenia	7	339	3	196	16	273	922 (0,9)	53
Slovacia	0,2	73	1	23	4	634	47 (–)	17
Finlanda	0,2	113	5	205	91	3 149	121 600 (–)	795
Suedia	6	485	81	1 452	677	4 541	26 919 (16)	743
Regatul Unit ⁽¹⁾	831	10 648	3 324	18 569	1 491	6 515	1 173 100 (–)	3 716
Turcia	13 480	6 096	450	863	1 242	132	4 441 217 (–)	4 274
Norvegia	55	1 192	188	1 086	514	7 229	7 298 (3)	411
Uniunea Europeană	5 593	31 789	62 573	77 858	7 217	40 589	3 064 864 (68)	13 424
UE, Turcia și Norvegia	19 128	39 077	63 211	79 807	8 973	47 950	7 513 379 (71)	18 109

Grupul „amfetamine” cuprinde amfetamina și metamfetamina.

⁽¹⁾ Date privind capturile din 2012.

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	4 275	5 529	14 882	23 900	396 758 (–)	1 212
Bulgaria	5	9	579	69	18 126 (24)	11
Republica Cehă	1	28	735	875	73 639 (–)	361
Danemarca	3 292	11 030	394	1 896	– (5634)	645
Germania	1 770	5 638	4 827	28 875	107 766 (–)	2 026
Estonia	109	24	51	524	– (16)	42
Irlanda	677	367	1 102	1 770	6 309 (–)	427
Grecia	8	143	20 942	6 743	23 008 (0)	599
Spania	319 257	180 342	16 298	172 341	176 879 (–)	2 305
Franța	70 918	–	4 758	–	141 374 (–)	–
Croația	5	359	1 047	4 171	3 957 (–)	213
Italia	36 347	5 261	28 821	5 701	894 862 (–)	1 227
Cipru	1	16	99	849	403 (–)	62
Letonia	106	28	29	412	– (344)	31
Lituania	1 088	11	124	199	– (–)	–
Luxemburg	8	81	11	832	8 (–)	6
Ungaria	5	103	863	2 040	5 307 (–)	196
Malta	1	71	10	85	27 (–)	3
Țările de Jos ⁽¹⁾	2 200	–	12 600	–	1 218 000 (–)	–
Austria	130	1 512	1 432	8 270	– (196)	327
Polonia	208	–	1 243	–	69 285 (–)	–
Portugalia	8 681	3 087	96	559	8 462 (–)	354
România	25	284	165	1 799	8 835 (110)	79
Slovenia	0,5	73	810	3 673	9 515 (–)	212
Slovacia	0,0	21	81	1 307	1 039 (–)	32
Finlanda	122	1 467	285	6 167	23 000 (63)	3 409
Suedia	1 160	6 937	928	9 221	– (–)	–
Regatul Unit ⁽¹⁾	13 432	17 360	13 243	148 746	555 625 (–)	15 846
Turcia	94 279	5 331	180 101	60 742	– (–)	3 706
Norvegia	2 283	11 875	491	5 444	– (159)	386
Uniunea Europeană	463 831	239 781	126 455	431 024	3 742 184 (6 387)	29 625
UE, Turcia și Norvegia	560 393	256 987	307 047	497 210	3 742 184 (6 546)	33 717

⁽¹⁾ Date privind capturile din 2012, cu excepția numărului de capturi de plante de canabis din Țările de Jos, care a fost înregistrat în 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>)

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 2015.

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.

