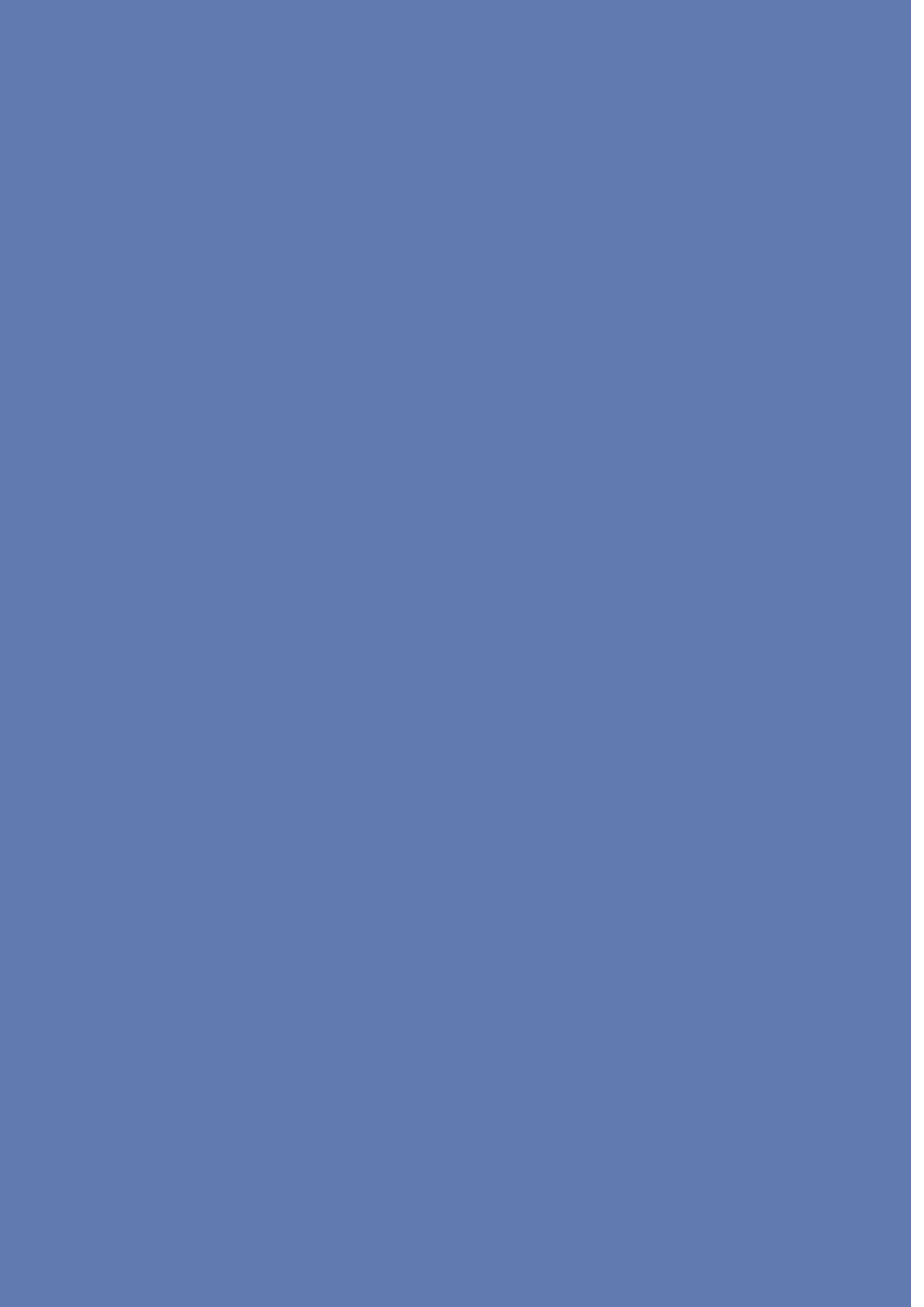




Observatorul European pentru
Droguri și Toxicomanie

RAPORTUL ANUAL 2010 SITUAȚIA DROGURILOR ÎN EUROPA





Observatorul European pentru
Droguri și Toxicomanie

RAPORT ANUAL 2010 SITUAȚIA DROGURILOR ÎN EUROPA

Notă

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

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

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

Un număr unic gratuit (*):

00 800 6 7 8 9 10 11

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

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

Datele de catalogare se găsesc la sfârșitul publicației.

Luxemburg: Oficiul pentru Publicații al Uniunii Europene, 2010

ISBN 978-92-9168-442-7

doi:10.2810/36498

© Observatorul European pentru Droguri și Toxicomanie, 2010

Reproducerea este autorizată cu condiția menționării sursei.

Printed in Luxembourg

TIPĂRIT PE HÂRTIE ÎNĂLBITĂ FĂRĂ CLOR



**Observatorul European pentru
Droguri și Toxicomanie**

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

Cuprins

Cuvânt-înainte	5
Mulțumiri	7
Notă introductivă	9
Comentariu: Realități vechi, amenințări noi și austeritate economică: contextul actual al politicii europene în domeniul drogurilor	13
Capitolul 1: Politici și legislație	
Evoluții ale politicilor internaționale și ale UE • Strategii naționale • Cheltuieli publice • Legislație națională • Cercetare	21
Capitolul 2: Răspuns la problema drogurilor în Europa – o privire de ansamblu	
Prevenire • Tratament • Reducerea riscurilor • Excluziunea și reintegrarea socială • Aplicarea legislației în domeniul drogurilor și infracțiunile la regimul drogurilor • Răspunsuri medicale și sociale în penitenciare	30
Capitolul 3: Canabisul	
Oferta și disponibilitatea • Prevalența și tiparele de consum • Tratament	44
Capitolul 4: Amfetaminele, ecstasy și substanțele halucinogene	
Oferta și disponibilitatea • Prevalența și tiparele de consum • Locuri de recreere • Tratament	55
Capitolul 5: Cocaina și cocaina crack	
Oferta și disponibilitatea • Prevalența și tiparele de consum • Consecințele asupra sănătății • Consumul problematic și cererea de tratament • Tratamentul și reducerea riscurilor	66
Capitolul 6: Consumul de opiacee și injectarea de droguri	
Oferta și disponibilitatea • Consumul problematic de opiacee • Consumul de droguri prin injectare • Tratament	77
Capitolul 7: Boli infecțioase și decese legate de consumul de droguri	
Boli infecțioase • Răspunsul la bolile infecțioase • Decese și mortalitate • Reducerea deceselor	87
Capitolul 8: Droguri noi și tendințe emergente	
Acțiunile privind drogurile noi • Fenomenul produselor de tip „spice” • Monitorizarea substanțelor	99
Bibliografie	105



Cuvânt-înainte

Suntem mândri să vă prezentăm acest al cincisprezecelea raport anual privind situația problemei drogurilor în Europa. Analiza inclusă aici se bazează pe datele colectate de rețeaua Reitox formată din puncte focale naționale, în strânsă colaborare cu experții lor naționali. Raportul beneficiază de cooperarea noastră cu Comisia Europeană, Europol, Agenția Europeană pentru Medicamente și Centrul European de Prevenire și Control al Bolilor.

În raportul din acest an, ca întotdeauna, veți găsi o prezentare pe larg a problemei drogurilor în Europa și a măsurilor luate pentru combaterea acesteia. Totuși, misiunea noastră nu se limitează la simpla raportare a statisticilor. Raportul este ghidat de necesitatea de a identifica și face schimb de cele mai bune practici, precum și de a asigura justificarea intervențiilor bazate pe dovezi. Acest imperativ se aplică în egală măsură acțiunilor care vizează oferta de droguri și celor care vizează cererea. Citind acest raport, este clar că avem acum o mai bună înțelegere a ce anume funcționează și că Europa a înregistrat progrese enorme în unele domenii. În pofida acestui lucru, abordările cărora le lipsește o bază solidă pentru eficacitate atrag în continuare finanțări. Având în vedere presiunile actuale exercitate asupra bugetului public, există o necesitate acută de a asigura cheltuirea rațională a fondurilor publice. Aici, rolul nostru este de a oferi o evaluare neutră și obiectivă a bazei de dovezi pentru intervenții.

Deși orientat spre Europa, raportul recunoaște în mod repetat amploarea mondială a problemei drogurilor. Veți citi, de exemplu, despre problemele grave și tot mai mari asociate drogurilor cu care se confruntă în prezent multe dintre țările noastre vecine. Acestea sunt dezastruoase nu doar din punctul de vedere al sănătății publice pentru țările în cauză; subminând dezvoltarea socială și alimentând corupția și crima organizată, ele reprezintă o amenințare reală pentru Uniunea Europeană. Europa și-a asumat angajamentul să conducă o politică echilibrată și bazată pe dovezi în materie de droguri, susținută de o bună înțelegere a problemei. Suntem mândri că modelul european pentru dezvoltarea sistemelor informatice naționale în domeniul drogurilor devine tot mai influent. De asemenea, suntem bucuroși să semnalăm rolul tot mai important al OEDT în cadrul inițiativelor europene de a ajuta țările din afara UE să dezvolte capacități în acest sens.

Numărul estimat de un milion de persoane aflate sub tratament împotriva dependenței de droguri reprezintă o mărturie a activității desfășurate pentru a asigura îngrijiri celor care au nevoie de ele. În același timp, această cifră readuce în atenție amploarea problemei cu care se

confruntă în continuare Europa. Tratatul de substituție cu opioide rămâne cel mai amplu sector din acest domeniu, dar și aici atitudinea pare să se schimbe, apărând întrebări legate de rezultatele pe termen lung pentru cei aflați sub tratament. Acestea sunt întrebări importante, dar, de asemenea, este important să se recunoască beneficiile sociale și pentru sănătatea publică oferite de serviciile de tratament tot mai numeroase.

Creșterea disponibilității tratamentului este un rezultat pozitiv, dar pe întreg teritoriul Europei există în continuare mari inegalități în ceea ce privește accesul la îngrijiri. În practică, tratamentul este uneori cel mai greu accesibil pentru cei care au nevoie cel mai mult de el. Această inegalitate nu este doar una geografică. Raportul din acest an examinează importanța cadrului penitenciarelor pentru asistența acordată persoanelor cu probleme legate de droguri. Deși s-au înregistrat unele progrese în acest sens, de prea multe ori se pierde un prilej favorabil de a interveni în rândul unui grup-cheie de utilizatori de droguri problematici.

Vă prezentăm acest raport într-un moment dificil. Situația economică actuală este poate cea mai presantă problemă cu care se confruntă toate statele membre UE, iar implicațiile pentru nivelurile consumului de droguri și furnizarea de servicii trebuie evaluate cu atenție. Este prea devreme să prezicem impactul pe care îl va avea criza economică asupra consumului de droguri în Europa – dar știm că cel mai greu lovite de problema drogurilor sunt comunitățile marginalizate și defavorizate social. Serviciile oferite utilizatorilor de droguri sunt tot mai amenințate de reducerile bugetare, ceea ce ar putea avea un efect negativ nu doar asupra consumatorilor de droguri, ci și asupra comunităților în care trăiesc aceștia. Aceasta însă nu este singura dificultate cu care se confruntă Europa în ceea ce privește drogurile. Schimbările care intervin în oferta de droguri cunoscute și apariția de noi substanțe pun tot mai mult la încercare modelele noastre de control al drogurilor. Problemele prezentate de aceste schimbări sunt complexe și interconectate și vor avea nevoie de un răspuns concertat și colectiv. Mesajul pozitiv al acestui raport este faptul că Europa își îmbunătățește capacitatea de a urmări acest fenomen în evoluție rapidă. Este o condiție prealabilă esențială pentru a putea înțelege provocările cu care ne confruntăm în prezent și pentru a garanta că reacțiile noastre în materie de politică țin pasul cu o situație a drogurilor aflată mereu în schimbare.

João Goulão

Președinte, Consiliul de administrație al OEDT

Wolfgang Götz

Director, OEDT



Mulțumiri

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

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

Punctele focale naționale Reitox

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

Detaliile de contact pentru punctele focale naționale se găsesc pe site-ul internet al OEDT.



Notă introductivă

Prezentul raport anual se bazează pe informațiile primite de OEDT de la statele membre ale Uniunii Europene, de la țările candidate Croația și Turcia și de la Norvegia sub formă de rapoarte naționale. Datele statistice prezentate se referă la anul 2008 (sau la ultimul an pentru care există date). Graficele și tabelele din prezentul raport se pot referi numai la un subset de țări ale Uniunii Europene, selecția putând fi făcută pe baza existenței datelor privind perioada vizată în cazul respectivelor țări sau pentru a evidenția anumite tendințe.

Analiza tendințelor face referire doar la acele țări care au furnizat informații suficiente pentru a descrie modificările din perioada de timp specificată. Cifrele pentru 2007 pot înlocui valorile lipsă pentru 2008 în analiza tendințelor datelor privind piața drogurilor; pentru analiza altor tendințe, informațiile lipsă pot fi interpolate.

Informații de bază și un număr de avertismente care trebuie luate în considerare în timpul lecturii raportului anual sunt prezentate mai jos.

Date privind oferta și disponibilitatea drogurilor

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

Capturile de droguri sunt considerate deseori un indicator indirect al ofertei, rutelor de trafic și disponibilității drogurilor. Acestea reprezintă un indicator mai direct al activităților de aplicare a legii în domeniul drogurilor (de exemplu, priorități, resurse, strategii), reflectând în același timp atât practicile de raportare, cât și vulnerabilitatea traficantilor. Datele privind puritatea sau concentrația și prețurile de vânzare cu amănuntul ale drogurilor ilegale pot fi la rândul lor analizate pentru a înțelege piețele de vânzare cu amănuntul ale drogurilor. Prețurile de vânzare cu amănuntul ale drogurilor raportate OEDT reflectă prețul de vânzare către consumator. Tendințele în ceea ce privește prețul sunt ajustate la inflația de la nivel național. Rapoartele privind puritatea sau concentrația, provenind

Accesarea raportului anual și a surselor sale de date pe internet

Raportul anual este disponibil pentru descărcare în 22 de limbi pe site-ul internet al OEDT. Versiunea electronică conține linkuri către toate sursele online citate în raportul anual.

Următoarele resurse sunt disponibile doar pe internet.

Buletinul statistic pentru 2010 prezintă setul complet de tabele-sursă pe care se bazează analiza statistică din raportul anual. Buletinul prezintă, de asemenea, mai multe detalii privind metodologia utilizată, precum și aproximativ 100 de grafice statistice suplimentare.

Rapoartele naționale ale punctelor focale Reitox oferă o descriere detaliată și o analiză a problemei drogurilor în fiecare țară.

Analizele generale de țară oferă o sinteză grafică de nivel înalt a principalelor aspecte ale situației drogurilor din fiecare țară.

din majoritatea statelor, se bazează pe un eșantion al tuturor drogurilor capturate și, în general, este imposibilă corelarea datelor raportate cu un nivel specific al pieței drogurilor. În cazul purității sau al concentrației, precum și al prețurilor de vânzare cu amănuntul, analizele se bazează pe valorile medii sau modale raportate sau, în lipsa acestora, pe valorile mediane. Disponibilitatea datelor privind puritatea și prețurile poate fi limitată în anumite țări și pot exista semne de întrebare privind fiabilitatea și comparabilitatea.

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

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

Prevalența consumului de droguri măsurată prin anchetele generale în rândul populației

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

OEDT, în strânsă colaborare cu experții naționali, a elaborat un set de elemente de bază utilizat în anchetele desfășurate în rândul adulților [*European Model Questionnaire* (Chestionarul-tip european), EMQ]. Acest protocol a fost pus în aplicare în prezent în majoritatea statelor membre ale UE. Cu toate acestea, încă există diferențe între țări în privința metodologiei utilizate și a anului de colectare a datelor, aceasta însemnând că diferențele mici, în special între țări, ar trebui interpretate cu precauție.

Deoarece anchetele sunt costisitoare, puține țări europene colectează informații anual, deși multe le colectează la intervale cuprinse între doi și patru ani. În prezentul raport, datele prezentate se bazează pe cele mai recente anchete disponibile în fiecare țară, în majoritatea cazurilor corespunzând intervalului 2005-2008. Datele privind prevalența pentru Regatul Unit se referă la Anglia și Țara Galilor, dacă nu se prevede altfel, deși sunt de asemenea disponibile date separate pentru Scoția și Irlanda de Nord.

Dintre cele trei intervale de timp standard utilizate pentru raportarea datelor anchetelor, prevalența pe parcursul vieții (consumul unui drog în orice moment al vieții) este cea mai largă. Această măsură nu reflectă situația actuală a consumului de droguri în rândul adulților, însă poate fi utilă pentru înțelegerea tiparelor de consum și a incidenței. Pentru adulți, vârsta standard stabilită de OEDT este 15-64 de ani (toți adulții) și 15-34 de ani (adulții tineri). Printre țările care au limite de vârstă diferite se numără: Danemarca (16), Germania (18), Ungaria (18),

Malta (18), Suedia (16) și Regatul Unit (16-59). Accentul este pus pe cadrele temporale din ultimul an și ultima lună (consumul în ultimele 12 luni sau în ultimele 30 de zile înainte de anchetă) (pentru informații suplimentare, a se vedea site-ul internet al OEDT). În cazul elevilor, prevalența pe parcursul vieții și prevalența în ultimul an sunt similare, întrucât consumul de droguri ilegale înaintea vârstei de 15 ani este rar.

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

Cererea de tratament

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

Intervenții

Informațiile privind disponibilitatea și efectuarea diferitelor intervenții în Europa se bazează în general pe analizele informate ale experților naționali, realizate prin intermediul unor chestionare structurate. Totuși, pentru anumiți indicatori, sunt disponibile și date de monitorizare cantitative.

Infrațiunile la regimul drogurilor

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





Comentariu

Realități vechi, amenințări noi și austeritate economică: contextul actual al politicii europene în domeniul drogurilor

Necesitatea de a evita plata unui preț prea mare pentru măsurile de reducere a cheltuielilor

Pe măsură ce Europa intră într-o perioadă de austeritate economică, în care nivelul șomajului în rândul tinerilor este în creștere, există temeri că acesta ar putea fi însoțit de o creștere a formelor problematice ale consumului de droguri. Comunitățile sărăcite și marginalizate au prezentat întotdeauna un risc ridicat de apariție a problemelor legate de droguri și a celor colaterale reprezentate de criminalitate și comunități nesigure. Europa se confruntă în prezent cu dublul pericol ca într-o perioadă în care necesitatea unor răspunsuri eficace ar putea fi în creștere, măsurile de austeritate ar putea determina reduceri în ceea ce privește furnizarea acestora. În ultimul deceniu, s-au înregistrat progrese importante, deși neuniforme în legătură cu abordarea problemei drogurilor. Numărul de tratamente a crescut foarte mult și s-au înregistrat progrese în ceea ce privește abordarea unora dintre cele mai grave consecințe ale consumului de droguri asupra sănătății, precum infectarea cu HIV. De asemenea, o serie de studii au demonstrat că intervențiile pot avea un raport adecvat cost-eficiență, reducând cheltuielile legate de problemele sociale, infracționale și de sănătate. Există riscul ca situația economică actuală să conducă la luarea unor decizii în materie de politici care să aibă ca rezultat pentru Europa acumularea unor costuri pe termen lung care să depășească în mod considerabil orice economii realizate pe termen scurt.

În centrul atenției: orientări, cadre și îmbunătățirea dovezilor pentru evaluarea reducerii ofertei

Tratatul de la Lisabona, care a intrat în vigoare la 1 decembrie 2009, subliniază încă o dată rolul Uniunii Europene în elaborarea de orientări și indicatori și în sprijinirea schimbului de bune practici în domeniul drogurilor. În perioadele de austeritate economică, este deosebit de important să se asigure direcționarea cheltuielilor către intervențiile a căror eficacitate este dovedită. Abordarea europeană în ceea ce privește drogurile poate fi caracterizată drept o abordare în care dovezile au prioritate în fața ideologiei. Cu toate acestea,

există încă multe domenii în care investițiile sunt direcționate către abordări pentru care nu există dovezi solide privind eficacitatea sau care au fost evaluate inadecvat, în timp ce abordările a căror valoare a fost demonstrată nu sunt întotdeauna puse în aplicare. Aceasta este o problemă permanentă în domeniul prevenirii, însă nu se limitează doar la acesta. În multe domenii în care cererea a fost redusă există modele de programe eficiente și o înțelegere din ce în ce mai bună a ceea ce este posibil să constituie o acțiune eficace. Provocarea este să se ajungă la consensul necesar pentru consolidarea acestor cunoștințe într-un set de orientări și cadre care să fie suficient de prescriptive pentru a sprijini îmbunătățirea serviciilor, fiind în același timp sensibile la diversele contexte existente pe teritoriul Uniunii Europene.

În domeniul sănătății publice, există de multă vreme obligația de a justifica impactul intervențiilor realizate. Nevoia extinderii acestei abordări la activitățile referitoare la reducerea ofertei a devenit o temă din ce în ce mai frecventă în cadrul dezbaterilor politice în UE. Cheltuielile consacrate reducerii ofertei sunt de multe ori dificil de identificat în cadrul bugetelor naționale, însă studiile arată că acestea sunt considerabile și că în general depășesc cheltuielile alocate răspunsurilor legate de sănătatea publică. Deliberările recente ale Consiliului au concluzionat că evaluarea activităților de reducere a ofertei sunt afectate de lipsa unor indicatori și a unor măsuri standard. Stabilirea de indicatori-cheie pentru reducerea cererii este un obiectiv al actualului plan de acțiune în domeniul drogurilor în UE. În 2009, Comisia Europeană și OEDT au lansat o inițiativă comună pentru soluționarea acestei probleme, iar identificarea indicatorilor-cheie pentru ofertă și mecanismul de punere în aplicare a acestora sunt preconizate pentru 2011.

Perspective politice: provocări pentru modelul politicii europene în materie de droguri

Practic toate statele membre ale UE au adoptat o abordare comună bazată pe o strategie națională în domeniul drogurilor, de obicei susținută de un plan de acțiune care conține obiective concrete și limite de timp.

Acest model de politică este unul rațional, deoarece permite auditarea periodică a progresului și posibilitatea de a redirecționa politica în domeniile în care se constată că aceasta nu este adecvată. De asemenea, această abordare este solicitantă, deoarece este necesară elaborarea, convenirea și adoptarea unor strategii noi în domeniul drogurilor, de multe ori pe parcursul evaluării vechii strategii. Aceste dificultăți sunt subliniate în raportul de anul acesta, care pentru prima dată prezintă o scădere a numărului de țări care au introdus o strategie națională validă în domeniul drogurilor. Această situație este cauzată în mare parte de provocările de ordin practic ale evaluării și reînnoirii documentelor naționale de strategie care au expirat în 2008 sau 2009. OEDT colaborează cu statele membre pentru dezvoltarea unor instrumente de evaluare a politicilor pentru a permite o analiză permanentă a evoluției politicilor în materie de droguri. Nu există soluții simple la problema evaluării politicilor în materie de droguri, însă nu ar fi de dorit ca deficiențele proceselor și planificării să afecteze o realizare importantă a răspunsului european la problemele legate de droguri.

Astfel cum s-a menționat în raportul de anul trecut, legătura dintre problema drogurilor și problema alcoolului este puternică. În pofida acestui aspect, nu poate fi observată o abordare comună în termeni de unificare a politicilor în domeniul drogurilor și alcoolului între statele membre ale UE. Unele țări mențin politici separate în domeniile drogurilor și alcoolului, altele prevăd legături între acestea, iar altele nu au dezvoltat încă o politică în domeniul alcoolului. Există argumente puternice în ceea ce privește necesitatea creării de sinergii între politicile în domeniile drogurilor și alcoolului, nu în ultimul rând acela că aceste sinergii ar viza de multe ori aceleași populații și contexte. Actualele modele de politici se confruntă, de asemenea, cu provocarea reprezentată de dezvoltarea pieței „drogurilor legale”, precum și cu abuzul de produse farmaceutice, astfel cum se arată mai jos. Din perspectiva sănătății publice, acest aspect subliniază necesitatea unei abordări mai cuprinzătoare, incluzând atât substanțele legale, cât și pe cele ilegale și eventual alte dependențe comportamentale. Provocarea este dublă: analizarea măsurii în care această viziune globală este justificată și a modului în care această perspectivă ar putea fi transpusă într-un cadru adecvat de reglementare și control.

Noile evoluții ale legislației naționale în domeniul drogurilor scot în evidență aspecte comune și diferențe

Un exemplu în ceea ce privește diferențele care există între statele membre ale UE în punerea în aplicare a politicilor, chiar și atunci când prevalează un consens general, poate fi găsit în domeniul penalităților pentru infracțiunile la

regimul drogurilor. În majoritatea țărilor UE, sistemul juridic ia în considerare tipul și „nocivitatea” drogului în cauză și legătura infracțiunii respective cu implicarea pe piața drogurilor sau cu consumul personal sau deținerea în vederea consumului personal. Aceste distincții variază foarte mult între țări. Ele pot fi consolidate în legislație sau pot fi consecința proceselor care funcționează în interiorul sistemului de justiție penală. Nu este clar ce beneficii prezintă diferitele abordări sau ce anume constituie bune practici, ceea ce sugerează valoarea unei analize comparative în acest domeniu. În prezent, comparațiile între țări ar trebui efectuate cu precauție, deoarece diferențele dintre infracțiuni pot fi determinate în egală măsură de practica juridică a țării în cauză, cât și de natura infracțiunii în sine. Un al doilea aspect este măsura în care distincția realizată în cadrul politicilor între persoanele care obțin un profit în urma vânzării și transportului de droguri și persoanele care le consumă este transpusă în practică. Cele mai recente date indică o tendință ușor descendentă în ceea ce privește infracțiunile legate de ofertă, în timp ce numărul de infracțiuni legate de consum continuă să crească.

Tratamentul dependenței de droguri: o disponibilitate fără precedent, dar inegalități evidente

Tratamentul eficient al celor care au probleme legate de consumul de substanțe reprezintă un pilon central al răspunsului Europei în ceea ce privește drogurile. Acesta este un domeniu în care atât calitatea, cât și cantitatea îngrijirii disponibile continuă să crească. OEDT estimează că peste un milion de oameni beneficiază anual de o anumită formă de tratament pentru probleme legate de droguri în Uniunea Europeană. Extinderea tratamentului a condus la o creștere în privința îngrijirii specializate în ambulatoriu, susținută de servicii cu acces necondiționat și de proximitate. Este important de subliniat că în unele țări serviciile în ceea ce privește drogurile combină îngrijirea specializată cu implicarea serviciilor primare de îngrijire a sănătății și a medicilor de familie. Este posibil ca anumite tipuri de probleme legate de droguri, în special cazurile mai dificil de controlat, să poată fi cel mai bine gestionate de echipe de specialiști. Totuși, o combinație de îngrijire specializată și generică poate fi un element important în creșterea disponibilității generale a îngrijirii, în special atunci când canalele de trimitere și de asistență sunt bine stabilite.

Deși oferta de tratamente a crescut, inegalitățile sunt evidente în ceea ce privește accesul la tratament pe teritoriul Europei. În majoritatea țărilor din estul Europei și în unele dintre cele din sudul Europei, disponibilitatea tratamentului este relativ limitată, aspect reflectat de listele

lungi de așteptare. O evaluare semnificativă a nivelului disponibilității tratamentului poate fi efectuată doar în raport cu acoperirea relativă a populației care necesită îngrijire. Este încă dificil să se discute cu certitudine asupra măsurii în care îngrijirea disponibilă satisface nevoile, deși s-a înregistrat un anumit progres în legătură cu terapia de substituție pentru opiacee. În ansamblu, OEDT estimează că aproximativ 670 000 de europeni beneficiază în prezent de tratament de substituție pentru opiacee, reprezentând aproximativ jumătate din numărul estimat de consumatori problematici de opiacee. Această cifră variază foarte mult între țări, estimările la nivel național variind de la mai puțin de 10 % la peste 50 % din consumatorii problematici de opiacee care beneficiază de tratament. Diferențele în ceea ce privește disponibilitatea îngrijirii sunt în continuare ilustrate de observația potrivit căreia doar aproximativ 2 % din tratamentele de substituție au loc în cele 12 state membre care au aderat la Uniunea Europeană în 2004.

Tratamentul de substituție este, de asemenea, considerat o măsură de reducere a riscurilor. Împreună cu schimbul de ace și seringi, acesta a fost promovat pe scară largă drept componentă importantă a unei strategii cuprinzătoare de prevenire a HIV pentru consumatorii de droguri prin injectare. În contextul unor tendințe generale stabile sau descendente ale nivelurilor de injectare și ale infectării cu HIV legate de droguri, situația Uniunii Europene în ceea ce privește transmiterea HIV în legătură cu drogurile este pozitivă comparativ cu multe părți ale lumii. OEDT a publicat în 2010 o monografie științifică privind reducerea riscurilor, care a prezentat integrarea conceptului de reducere a riscurilor, atât tratamentul de substituție, cât și schimbul de seringi fiind în prezent componente acceptate ale politicilor europene în materie de droguri. Monografia a subliniat, de asemenea, nevoia de îmbunătățiri a bazei de dovezi pentru alte intervenții de reducere a riscurilor și deficitul de modele bine dezvoltate de reducere a riscurilor pentru problemele legate de consumul de substanțe stimulatoare și de policonsum, aceste tipare de consum devenind din ce în ce mai importante în Europa. Se arată, de asemenea, că în Europa răspunsurile încă nu reușesc să aibă un impact semnificativ asupra infectării consumatorilor cu virusul hepatitei C prin injectare și asupra deceselor cauzate de supradozele de droguri și că abordările pentru reducerea riscurilor ar putea avea un rol important în acest sens.

Dezvoltarea modelelor de îngrijire și răspunsurile la fenomenul drogurilor în evoluție în Europa

Tiparele actuale ale consumului de droguri reprezintă o provocare în sensul dezvoltării de către servicii a unor răspunsuri mai complexe și diferențiate bazate pe nevoi,

cu o legătură mai solidă cu resursele de îngrijire generică de sănătate și socială. În ceea ce privește tratamentul de substituție, aceasta se poate observa în cazul unui grup de persoane care necesită îngrijire caracterizat de o îmbătrânire și probleme mai cronice, subiect vizat de un extras care însoțește prezentul raport. Nevoia de tratament și de alte răspunsuri la problemele legate de consumul de alte substanțe decât opiaceele este, de asemenea, în creștere, în contextul sporirii numărului consumatorilor de canabis și substanțe stimulatoare care intră în contact cu serviciile. Tiparele complexe de policonsum de droguri, care includ în mod frecvent problemele legate de consumul de alcool, reprezintă o altă provocare. Modelele de îngrijire se îmbunătățesc în aceste domenii, deși mai este încă nevoie de îmbunătățiri pentru dezvoltarea și schimbul de bune practici. În timp ce opțiunile legate de tratamentul exclusiv farmacologic pentru utilizatorii de substanțe stimulatoare încă par puțin probabile, creșterea interesului de cercetare în acest domeniu a generat constatări încurajatoare, inclusiv o mai bună înțelegere a contribuției abordărilor psihosociale.

Canabisul: variații regionale importante

Canabisul rămâne cel mai popular drog ilegal în Europa, însă pot fi observate diferențe mari între țări în ceea ce privește prevalența consumului, acestea fiind ilustrate de faptul că cele mai mari estimări raportate sunt de peste 30 de ori mai mari decât cele mai mici. În general, tendințele în ceea ce privește consumul arată în prezent niveluri stabile sau în scădere ale consumului. În cadrul acestei imagini generale pe termen lung pot fi identificate totuși tipare divergente. Trebuie remarcate în mod deosebit anumite țări din estul Europei în care nivelurile de consum încă par să fie în creștere și, în unele cazuri, concurează sau depășesc în prezent nivelurile de prevalență observate în Europa de Vest.

Există o înțelegere din ce în ce mai mare a efectelor canabisului asupra sănătății publice care vizează în principal acei consumatori care raportează tipare zilnice și cronice de consum. Analizele recente care examinează consecințele negative ale drogului asupra sănătății identifică o serie de efecte, inclusiv anxietatea, atacurile de panică și simptomele psihotice. Aceste efecte acute reprezintă cauza unui număr substanțial de urgențe medicale legate de droguri în cele câteva țări care le monitorizează.

Potrivit celor mai recente date, numărul general al noilor pacienți care urmează un tratament care raportează canabisul ca drog principal este în scădere în majoritatea țărilor. Factorii determinanți ai acestei schimbări sunt

neclari, însă trebuie realizată o investigație, deoarece aceasta ar putea indica fie o capacitate redusă a serviciilor de a accepta pacienți noi, fie o scădere a numărului de persoane care sunt trimise la tratament în legătură cu consumul de cannabis.

Apetitul considerabil pentru cannabis în Europa se reflectă în capturile anuale ale acestui drog, de aproximativ 1 000 de tone. În ansamblu, datele sugerează că disponibilitatea cannabisului, în diferitele sale forme, ar putea crește mai degrabă decât să scadă pe piața europeană. În pofida indiciilor potrivit cărora plantele de cannabis produse la nivel intern au devenit mai frecvente, cantitățile de cannabis capturate în Uniunea Europeană au rămas stabile, în timp ce capturile de rășină au crescut. În termeni de volum, raportul dintre capturile de rășină de cannabis și capturile de plante de cannabis este de ordinul zece la unu. Orice concluzie privind disponibilitatea diferitelor tipuri de cannabis în Europa trebuie să fie formulată cu o deosebită precauție, deoarece plantele de cannabis se produc mai aproape de piețele vizate și, prin urmare, probabilitatea interzicerii acestora este mai mică. De asemenea, s-a raportat din ce în ce mai des implicarea crimei organizate în producerea internă a cannabisului, determinând noi măsuri din partea organismelor de aplicare a legii atât europene, cât și naționale.

Înțelegerea pieței complexe a drogurilor stimulatoare din Europa

Cocaina rămâne cel de al doilea dintre drogurile ilegale utilizate cel mai frecvent în Europa, deși nivelurile de prevalență și tendințele diferă în mod considerabil între țări. Niveluri ridicate și încă în creștere ale consumului de cocaină se observă doar într-un număr mic din majoritatea țărilor din vestul Europei, în timp ce în alte zone consumul acestui drog rămâne limitat. Dacă această situație va continua sau dacă consumul de cocaină se va răspândi și în alte părți ale Europei, în special în estul Europei, rămâne o chestiune deschisă. Îngrijorările au fost generate de anumite dovezi potrivit cărora drogul este traficant din ce în ce mai mult prin regiune, precum și de rapoarte sporadice privind consumul de cocaină în anumite contexte.

Noile rute prin estul Europei nu reprezintă singurul aspect care suscită preocupări în legătură cu traficul de cocaină. Drogul continuă să fie introdus în Europa prin Peninsula Iberică și Benelux. Cu toate acestea, o evoluție relativ nouă este interzicerea unităților secundare de extracție în care se recuperează hidrociorura de cocaină sau baza de cocaină din materiale de transport, precum ceara de albine, îngrășăminte, articole vestimentare, plante, materiale plastice și lichide. Treizeci de astfel de unități au fost

Imagine de ansamblu – estimări privind consumul de droguri în Europa

Estimările prezentate aici se referă la populația adultă (15-64 de ani) și se bazează pe cele mai recente date disponibile (sondaže desfășurate între 2004 și 2008). Pentru setul complet de date și informații privind metodologia, a se vedea buletinul statistic însoțitor.

Canabis

Prevalența pe parcursul vieții: cel puțin 75,5 milioane (22,5 % din europenii adulți)

Consumul în ultimul an: aproximativ 23 de milioane de europeni adulți (6,8 %) sau o treime din consumatorii pe parcursul vieții

Consumul în ultima lună: aproximativ 12,5 milioane de europeni (3,7 %)

Diferența dintre țări în ceea ce privește consumul în ultimul an: Intervalul general 0,4-15,2 %

Cocaină

Prevalența pe parcursul vieții: aproximativ 14 milioane (4,1 % din europenii adulți)

Consumul în ultimul an: 4 milioane de europeni adulți (1,3 %) sau o treime din consumatorii pe parcursul vieții

Consumul în ultima lună: aproximativ 2 milioane (0,5 %)

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

Ecstasy

Prevalența pe parcursul vieții: aproximativ 11 milioane (3,3 % din europenii adulți)

Consumul în ultimul an: aproximativ 2,5 milioane (0,8 %) sau un sfert din consumatorii pe parcursul vieții

Diferența dintre țări în ceea ce privește consumul în ultimul an: Intervalul general 0,1-3,7 %

Amfetamine

Prevalența pe parcursul vieții: aproximativ 12 milioane (3,7 % din europenii adulți)

Consumul în ultimul an: aproximativ 2 milioane (0,6 %) sau a șasea parte din consumatorii pe parcursul vieții

Diferența dintre țări în ceea ce privește consumul în ultimul an: Intervalul general 0,0-1,7 %

Opiacee

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

Decesele induse de droguri au reprezentat 4 % din numărul total al deceselor în rândul europenilor cu vârste între 15 și 39 de ani, opiaceele fiind constatate în trei sferturi din cazuri.

Principalul drog în peste 50 % din toate cererile de tratament

Aproximativ 670 000 de consumatori de opiacee au beneficiat de tratament de substituție în 2008.

raportate la Europol de către Spania în 2008. Această evoluție indică niveluri ridicate de inovare și sofisticare tehnologică a importatorilor de cocaină din Uniunea Europeană. Din cauza valorii sale ridicate, cocaina poate fi, de asemenea, diluată sau amestecată cu alte substanțe. Utilizarea levamisolului (l-tetramisol) ca adulterant al cocainei este raportată din ce în ce mai des în Statele Unite și în Europa, ceea ce a condus la emiterea de către sistemul european de avertizare timpurie a unui avertisment în 2009. Acest drog poate genera riscuri suplimentare la adresa sănătății pentru consumatorii de cocaină.

Deși serviciile de tratament pentru consumul de droguri din Europa sunt încă dominate de pacienți cu probleme legate de opiacee, consumatorii de cocaină reprezintă în prezent aproximativ un sfert din pacienții noi care încep un tratament. Majoritatea acestora sunt raportați într-un grup restrâns de țări, în special Spania, Italia și Regatul Unit și includ două grupuri distincte: bărbați integrați social care consumă drogul prin prizare și consumatori marginalizați de droguri care consumă cocaina prin injectare sau consumă cocaină crack împreună cu alte substanțe. O preocupare suplimentară este mortalitatea în creștere asociată cu consumul de cocaină. În prezent, se raportează anual aproximativ 1 000 de decese legate de cocaină, existând creșteri importante în Spania și Regatul Unit, două țări în care consumul acestui drog este îndelungat și la niveluri ridicate. Deși în general se constată și prezența altor droguri, această creștere este îngrijorătoare, în special având în vedere preocupările permanente privind subraportarea rolului cocainei în decesele consumatorilor cu probleme cardiovasculare preexistente.

Consumul de amfetamine rămâne în general mai scăzut decât consumul de cocaină în Europa, însă în multe țări amfetamina sau metamfetamina rămâne drogul stimulator utilizat cel mai frecvent. Consumul problematic de amfetamine este în principal raportat de țările din nordul Europei, în timp ce consumul problematic de metamfetamină rămâne în mare parte limitat la Republica Cehă și Slovacia. Această situație se poate schimba încet, producția de metamfetamină fiind în prezent raportată și în Lituania și Polonia, aceasta deservind în special piețele din Scandinavia. Aici aceasta poate fi vândută ca un substitut al amfetaminei. Consumul problematic al amfetaminei și metamfetaminei este subiectul unui extras care însoțește prezentul raport anual.

Opiaceele și injectarea drogurilor

Consumul de heroină, în special injectarea acestui drog, continuă să reprezinte cea mai mare proporție a morbidității și mortalității legate de consumul de droguri

în Uniunea Europeană. Numărul de consumatori problematici de opiacee este estimat cu precauție la 1,35 de milioane, iar majoritatea persoanelor care încep un tratament încă raportează opiaceele ca drog primar. Datele provenind dintr-o serie de surse indică faptul că, în Uniunea Europeană, problema opiaceelor este stabilă sau ușor în creștere din 2003/2004. Capturile de heroină au crescut ca număr, însă nu și în termeni de cantitate, deși acest aspect trebuie să fie avut în vedere în contextul creșterii numărului de capturi ale drogului în Turcia. Datele referitoare la tendințe provenind din estimările privind prevalența par stabile, cererile noi de tratament au crescut ușor în mai multe țări, numărul deceselor induse de droguri a crescut, la fel cum au crescut și infracțiunile la regimul drogurilor în ultimii doi ani. Într-o anumită măsură, aceasta poate reflecta caracterul îndelungat al problemelor legate de opiacee, având în vedere că, odată ce devin dependenți, consumatorii tind să rămână dependenți pe perioade lungi de timp. Astfel, chiar și un număr relativ mic de noi consumatori este suficient pentru menținerea populației generale. Numărul de consumatori de droguri prin injectare în Europa este estimat la o cifră între 750 000 și un milion, cu mari diferențe între țări în ceea ce privește prevalența. Problemele în ceea ce privește calitatea datelor înseamnă că această estimare trebuie să fie tratată cu o precauție considerabilă. Tendințele consumului prin injectare sunt deosebit de dificil de măsurat, însă datele furnizate de monitorizarea tratamentelor sugerează că tendința pe termen mediu este descendentă, iar consumatorii prin injectare reprezintă în prezent o minoritate în rândul noilor consumatori de opiacee care apelează la serviciile de tratament din Europa.

Injectarea rămâne, însă, cea mai frecventă cale de administrare pentru consumatorii de opiacee din multe țări din Europa de Est. Aceasta adaugă motive semnificative de îngrijorare în ceea ce privește consecințele consumului de droguri asupra sănătății publice în unele dintre țările vecine ale Uniunii Europene. La frontiera estică a Uniunii Europene, atât în Rusia, cât și în Ucraina, nivelurile consumului problematic de opiacee sunt de două până la de patru ori mai mari decât media din UE. Problemele asociate cu consumul de opiacee în această regiune includ rate ridicate ale infectării cu HIV și ale deceselor induse de droguri.

Supradoza reprezintă principala cauză a mortalității care poate fi evitată asociată consumului ilegal de droguri în Europa, iar analiza toxicologică arată prezența heroinei în majoritatea deceselor induse de droguri. Aceasta subliniază încă o dată importanța opiaceelor pentru înțelegerea impactului consumului de droguri asupra

sănătății publice în Europa. Din 2003, numărul de decese induse de droguri este în creștere în majoritatea țărilor europene, la fel ca vârsta celor care decedază, ceea ce sugerează o populație îmbătrânită de consumatori cronici. Date provizorii sugerează o creștere minoră a deceselor induse de droguri raportate în 2008: se estimează 7 371 de cazuri în 2008 în statele membre ale UE și Norvegia, comparativ cu 7 021 în 2007. Este posibil ca aceste estimări să fie conservative. Se poate estima, de asemenea, că pentru fiecare supradoză fatală există 20-25 de supradoze nefatale sau aproximativ 150 000 anual în Uniunea Europeană. În plus, se recunoaște în prezent că supradozele nefatale pot avea ca rezultat deteriorări semnificative ale sănătății, precum și că acestea indică riscuri sporite de viitoare supradoze. Din perspectiva sănătății publice, una dintre cele mai importante preocupări pentru serviciile care vizează drogurile în Europa este elaborarea unor măsuri eficace pentru reducerea numărului de supradoze atât fatale, cât și nefatale. În prezent, nu se oferă un răspuns la această provocare.

„Drogurile legale”: o provocare permanentă pentru monitorizarea și răspunsul la problema drogurilor

Încercările de a identifica și de a răspunde în mod corespunzător la problema noilor substanțe psihoactive depun eforturi considerabile pentru a menține același ritm cu o piață sofisticată, inovatoare și în dezvoltare rapidă, care caută în mod activ produse și strategii de comercializare noi. Anul 2009 a fost unul record pentru sistemul european de avertizare rapidă, în condițiile în care 24 de noi droguri sintetice au fost identificate pentru prima dată în Europa. Acest tipar a continuat nemodificat în 2010, fiind detectate 15 substanțe noi până la jumătatea lunii iulie, inclusiv catinone sintetice, canabinoide sintetice, precum și derivați sintetici asemănători cocainei și amfetaminelor.

În iulie 2010, comitetul științific al OEDT a efectuat o evaluare a riscurilor oficială a catinonei sintetice mefedronă. Aceasta a fost determinată de creșterea îngrijorării cu privire la faptul că acest drog a fost comercializat ca o alternativă legală la substanțe stimulative precum cocaina și ecstasy. Evaluarea riscurilor a fost efectuată ca parte a mecanismului european rapid de controlare a substanțelor psihoactive noi. Cu toate acestea, ritmul evoluțiilor în acest domeniu este de așa natură încât nu doar că unele state membre au introdus deja acte normative care interzic mefedrona, dar și unele dintre site-urile internet care vindeau această substanță au fost închise, uneori fiind rapid înlocuite de site-uri care ofereau substanțe înlocuitoare.

Este necesar ca autoritățile să rămână vigilente și să poată răspunde rapid la noile evoluții, precum noile grupuri de substanțe psihoactive chimice identificate în „drogurile legale”. Acestea sunt ilustrate de exemple de aminoindane (metilendioxi-aminoindan, MDAL) și derivați sintetici de cocaină (precum fluorotropacocaina). Deși încă rare, după ce s-au luat măsuri împotriva mefedronei în 2010, aceste substanțe au început să fie detectate mai frecvent, iar sistemul de avertizare rapidă a primit primele rapoarte de utilizatori care s-au confruntat cu probleme. OEDT monitorizează disponibilitatea și eventualul impact al acestor substanțe asupra sănătății.

Exemplul mefedronei subliniază modul în care statele membre pot fi supuse unei presiuni considerabile din partea mass-media și a publicului pentru a răspunde rapid unei potențiale noi amenințări. OEDT, în strânsă cooperare cu Europol și Agenția Europeană pentru Medicamente, a încercat să ofere cu promptitudine informații fiabile și analizate. În acest domeniu care se dezvoltă rapid există o necesitate din ce în ce mai mare de îmbunătățire a capacității Europei de a monitoriza evoluțiile în mod proactiv și, în special, să testeze și să identifice compuși chimici ai amestecurilor de produse disponibile și să evalueze potențialul impact al acestora asupra sănătății publice. Lipsa materialelor standard de referință reprezintă o problemă în acest sens. În termeni de strategii de control, modul în care aceste produse sunt fabricate și comercializate reprezintă un argument puternic că măsurile eficace vor necesita acțiuni la nivel european care să vină în sprijinul inițiativelor naționale.

Crima organizată recunoaște potențialul noilor substanțe sintetice

Legislația referitoare la aceste substanțe noi este complicată de numeroși factori. Unele state membre au introdus acte normative generice care includ substanțe din același grup chimic. Această opțiune juridică este disponibilă doar în unele țări și poate fi dificil de pus în practică. Alte dificultăți reies din faptul că unele dintre aceste substanțe pot avea utilizări nemedicale legitime, pot fi vândute pentru scopuri presupus legitime sau pot fi utilizate în scopul cercetării și dezvoltării de către industria farmaceutică. Astfel, chiar și măsurile bine elaborate de control ar putea să nu soluționeze toate problemele din acest domeniu și există pericolul ca acestea să stimuleze și mai mult tranziția nedorită de la o piață a „drogurilor legale” în mare parte online la o piață care implică crima organizată. Drogurile pe bază de catinonă, precum mefedrona, metilona și MDPV au apărut toate pe piața ilegală, unde sunt vândute ca substituenți pentru cocaină, ecstasy și amfetamină sau ca droguri în sine. Europol

a menționat interzicerea unui număr de unități mari de producție ilegală a ecstasy în care s-a constatat că se fabricau comprimate de mefedronă și peste 20 de țări europene au raportat existența acestui drog în capturi. Este dificil să se estimeze măsura în care noile droguri sintetice vor deveni o parte importantă a viitoarei piețe a drogurilor ilegale din Europa. Este posibil totuși ca organizațiile criminale să recunoască rapid potențialul substanțelor care pot fi cumpărate ieftin în cantități mari, care pot fi sintetizate relativ cu ușurință în viitor și reprezintă alternative atractive la drogurile controlate.

Obținerea unui drog „de sinteză” pentru a înlocui o substanță controlată nu este un concept nou. În trecut însă, drogurile de sinteză erau produse ilegal și comercializate direct pe piața ilegală. O diferență importantă în prezent este aceea că se înregistrează o interacțiune între piața legală și cea ilegală, substanțele chimice fiind obținute legal, însă vândute ca substituenți pentru substanțele psihoactive ilegale.

Ce ne rezervă viitorul: produse medicamentoase, droguri contrafăcute și noi droguri de sinteză

Statele Unite se confruntă de multă vreme cu problema drogurilor, iar evoluțiile pe această piață au avut uneori implicații pentru Europa. În prezent, abuzul de medicamente eliberate pe bază de rețetă, în special opiacee precum OxyContin, reprezintă o preocupare majoră pentru politica în materie de droguri a SUA. În Europa, abuzul de medicamente eliberate pe bază de

rețetă, cu excepția medicamentelor de substituție pentru opiacee, nu a fost considerat drept o problemă majoră. Aceasta se datorează parțial cadrului de reglementare și practicilor de prescriere, care diferă de cele din Statele Unite. Potențialul de abuz este, de asemenea, un aspect analizat în cadrul sistemului european de farmacovigilență, care funcționează sub responsabilitatea Agenției Europene pentru Medicamente, în colaborare cu OEDT în ceea ce privește aspectele legate de abuzul de droguri. Răspândirea medicamentelor contrafăcute, produse și vândute în locul produselor legale, reprezintă o problemă din ce în ce mai mare. În 2009, sistemul de avertizare rapidă a primit rapoarte privind substanțe bazate pe modificări minore ale structurii chimice a medicamentelor cu un potențial cunoscut de abuz. Sporirea numărului de medicamente de sinteză noi ar fi o completare nedorită a sarcinii de asigurare a faptului că medicamentele prescrise nu sunt deturnate și utilizate necorespunzător. Acesta este un alt exemplu privind modul în care inovarea pe piața ilegală impune necesitatea unui răspuns solid și comun din partea cadrelor de reglementare farmaceutice și de control al drogurilor. Acest aspect este mai mult o potențială amenințare decât o problemă imediată, însă, având în vedere viteza cu care apar noile evoluții în acest domeniu, este important să se anticipeze viitoarele provocări. Ideea conform căreia în viitor vom avea de a face cu un număr din ce în ce mai mare de noi droguri bazate pe produse farmaceutice existente, dar destinate altor utilizări decât utilizarea în scop terapeutic, este deosebit de îngrijorătoare.

Capitolul 1

Politici și legislație

Introducere

Monitorizarea și evaluarea strategiilor și a planurilor de acțiune în materie de droguri reprezintă un subiect important atât la nivel național, cât și internațional. Recentele evoluții din acest domeniu prezentate în capitolul de față includ un nou sistem de monitorizare elaborat de Organizația Națiunilor Unite și primele rezultate ale punerii în aplicare a noului plan de acțiune al UE în domeniul drogurilor. De asemenea, în acest capitol sunt descrise unele dintre realizările și dificultățile asociate ambițioaselor cicluri de evaluare și de reînnoire a politicii în domeniul drogurilor pe care majoritatea statelor membre UE le-au adoptat.

De asemenea, în acest capitol sunt examinate diferitele abordări juridice utilizate în Europa pentru a diferenția drogurile. Acestea cuprind utilizarea unei game largi de legi, sisteme de clasificare a drogurilor și marja de apreciere a procurorilor și a judecătorilor. O altă formă de diferențiere o reprezintă cantitățile-limită care deosebesc consumul personal de infracțiunile de trafic de droguri. Noile date și tendințe ale cheltuielilor publice și noile evoluții ale cercetării în domenii conexe consumului de droguri din Europa sunt, de asemenea, cuprinse în prezentul capitol.

Realizări internaționale și europene în domeniul politicilor

Monitorizarea declarației politice și a planului de acțiune ale ONU

Cu ocazia reuniunii din 2009 a Comisiei pentru stupefiante a Organizației Națiunilor Unite (CND), statele membre ale ONU au adoptat o nouă declarație politică și un nou plan de acțiune pentru abordarea problemei mondiale a drogurilor (OEDT, 2009a). De asemenea, acestea au aprobat o rezoluție (52/12) pentru îmbunătățirea colectării, raportării și analizei datelor, în vederea monitorizării punerii în aplicare a acestor noi documente de politică în domeniul drogurilor.

Având în vedere dificultățile întâmpinate în evaluarea finală a declarației politice și a planurilor de acțiune pentru perioada anterioară de zece ani, rezoluția a solicitat dezvoltarea instrumentelor și a mecanismelor de colectare a datelor, pentru a furniza date credibile și comparabile. Printre considerațiile majore s-au numărat nevoia de îmbunătățire a raportării de către statele membre ale ONU și dorința de a evita suprapunerea inutilă cu sistemele de monitorizare internaționale existente, inclusiv cu cele ale altor agenții ONU și ale organismelor regionale, precum OEDT.

Noul instrument ONU de colectare a datelor se va integra în Chestionarul anual de raportare (CRA), un instrument de monitorizare asociat cu convențiile ONU privind controlul drogurilor, cu un nou set de întrebări asociate declarației politice și planului de acțiuni nou adoptate. Noul chestionar ar trebui să fie adoptat cu ocazia reuniunii CND din 2011, prima rundă de colectare a datelor urmând a fi realizată imediat după aceasta.

Strategia și planul de acțiune al UE în domeniul drogurilor

Primul an al noului plan de acțiune UE în domeniul drogurilor (2009-2012) a înregistrat desfășurarea unei serii de activități. În timpul Președinției Uniunii Europene, atât Republica Cehă, cât și Suedia au sprijinit punerea în aplicare a planului de acțiune, prin adoptarea concluziilor Consiliului, una dintre acestea solicitând elaborarea de indicatori-cheie în domeniile piețelor drogurilor, infracționalității asociate consumului de droguri și reducerii cererii, a doua solicitând schimbul de bune practici, orientări și standarde de calitate pentru prevenirea la nivel mondial și a treia privind consolidarea capacității de cercetare a Uniunii Europene în materie de droguri ilegale.

Comisia Europeană a difuzat un raport privind punerea în aplicare a Deciziei-cadru 2004/757/JAI a Consiliului din 25 octombrie 2004 de stabilire a dispozițiilor minime privind elementele constitutive ale infracțiunilor și sancțiunile aplicabile în domeniul traficului ilicit de droguri. Comisia a constatat că, deși reprezintă un prim pas către o abordare comună în combaterea traficului de

Răspunsul la consumul de droguri conform Tratatului de la Lisabona

Tratatul de la Lisabona, care a intrat în vigoare la 1 decembrie 2009, urmărește să furnizeze Uniunii Europene metode de lucru și proceduri de vot simplificate, precum și instituții moderne și simplificate ⁽¹⁾. De asemenea, acesta îmbunătățește capacitatea de acțiune a Uniunii Europene în anumite domenii ale politicii privind drogurile.

Traficul de droguri ilegale este abordat în legătură cu domeniul libertății, securității și justiției (articolul 83), care prevede stabilirea unor norme minime privind definirea infracțiunilor și sancțiunilor penale. Tratatul permite înființarea unui Parchet European, cu posibilitatea extinderii capacității acestuia pentru a include infracțiunile grave cu dimensiune transfrontalieră (articolul 86). Aceasta ar putea conduce în cele din urmă la instrumentarea la nivel european a anumitor cazuri de infracțiuni la regimul drogurilor.

Tratatul de la Lisabona abordează, de asemenea, sănătatea publică și, la fel ca în trecut, autorizează Uniunea Europeană să completeze acțiunile statelor membre în vederea reducerii „efectelor nocive ale drogurilor asupra sănătății, inclusiv prin informare și prevenire”. În conformitate cu noul articol privind sănătatea publică, Comisia Europeană poate lua inițiativa, în strânsă legătură cu statele membre, de a elabora orientări și indicatori, de a organiza schimbul de bune practici și de a pregăti elementele necesare pentru supravegherea și evaluarea periodică. Aceasta consolidează activitatea desfășurată de Comisie și de OEDT în aceste domenii.

⁽¹⁾ Pentru informații suplimentare, a se vedea Tratatul de la Lisabona pe site-ul internet Europa.

droguri, decizia-cadru nu a determinat o apropiere considerabilă a legislațiilor naționale ⁽¹⁾. Comisia a publicat, de asemenea, un document de lucru care descrie mecanismele existente de detectare, monitorizare și reacție față de noile tendințe din Uniunea Europeană și propune orientări pentru acțiunile viitoare ⁽²⁾. De asemenea, a fost lansat un nou proiect de susținere a punerii în aplicare la nivelul UE a unui sistem de stabilire prin metode criminalistice a profilului juridic al drogurilor de sinteză ⁽³⁾. Prin realizarea unei „amprente” a drogurilor, profilul obținut prin metode criminalistice poate fi util în depistarea fabricanților și în trasarea canalelor de distribuție a drogurilor. Alte activități ale Comisiei privind colaborarea cu societatea civilă și cercetarea în domeniul drogurilor sunt descrise într-o altă secțiune a acestui capitol. Prima examinare cuprinzătoare a evoluției punerii în aplicare a actualului plan de acțiune

al UE în domeniul drogurilor (2009-2012) va fi publicată la sfârșitul anului 2010.

Societatea civilă și politicile din domeniul drogurilor

Cea de a treia reuniune a forumului societății civile în domeniul drogurilor din cadrul Comisiei Europene s-a desfășurat în martie 2009. Acțiunea europeană privind drogurile (a se vedea în cele ce urmează) a reprezentat unul din cele două puncte esențiale de pe ordinea de zi. Celălalt subiect principal a fost reprezentat de viitorul forumului, iar discuția s-a concentrat pe aspecte practice, precum selectarea participanților și organizarea reuniunilor. Reuniunea a avut în vedere și viitorul rol al forumului european al societății civile: dacă ar trebui să rămână o platformă de schimburi informale sau să devină un organ consultativ formal pentru Comisie.

O altă măsură care vizează implicarea și mobilizarea societății este reprezentată de Acțiunea europeană în domeniul drogurilor a Comisiei Europene. Proiectul invită autoritățile, instituțiile, asociațiile, organizațiile neguvernamentale, companiile și persoanele să se angajeze în vederea unei acțiuni specifice în domeniul drogurilor. În acest sens, proiectul intenționează să furnizeze societății civile o platformă pentru a spori gradul de conștientizare cu privire la droguri și la riscurile asociate consumului de droguri și pentru a promova dialogul și schimburile de bune practici. Aproximativ 640 de solicitanți și-au anunțat angajamentul până la începutul lunii martie 2010.

Mobilizarea societății civile ar trebui să fie, de asemenea, unul dintre principiile fundamentale pentru viitoarea strategie UE în domeniul drogurilor ⁽⁴⁾. Această afirmație a fost făcută în cadrul Programului de la Stockholm adoptat de Consiliul European. Programul furnizează un cadru pentru acțiunea UE privind aspecte legate de cetățenie, justiție, securitate, azil și imigrație în domeniul justiției, libertății și securității pentru perioada 2010-2014.

Strategiile naționale în domeniul drogurilor

Noi evoluții

Strategiile și planurile de acțiune în domeniul drogurilor constituie în prezent instrumente esențiale ale politicilor naționale în domeniul drogurilor din Europa. Aproape toate cele 30 de țări monitorizate de OEDT au adoptat astfel de documente de politică, pe care le reînnoiesc periodic. În 2009, șapte țări europene au adoptat noi

⁽¹⁾ Comunicatul de presă Europa MEMO/09/548.

⁽²⁾ SEC(2009) 1090 final.

⁽³⁾ 13405/09 CORDROGUE 63.

⁽⁴⁾ Sporirea cooperării cu țările terțe și îmbunătățirea cercetării și a informațiilor au fost celelalte două principii fundamentale.

documente naționale de politică în domeniul drogurilor (a se vedea tabelul 1), în timp ce alte 12 elaborau noi documente naționale de politică în domeniul drogurilor la începutul anului 2010 ⁽⁵⁾.

Provocări privind reînnoirea documentelor de politică în domeniul drogurilor

Mai multe țări au raportat recent o întârziere în reînnoirea documentelor lor naționale de politică în domeniul drogurilor ⁽⁶⁾. Cinci dintre țările în cazul cărora strategia sau planul de acțiune în domeniul drogurilor a expirat în decembrie 2008 încă nu adoptaseră documente noi un an mai târziu (Italia, Letonia, Lituania, Portugalia, România). În mod similar, un alt grup de țări ale căror documente de politică expirau în 2009 nu le-au reînnoit pe parcursul anului. Drept rezultat, pentru prima oară de la mijlocul anilor '90, Europa înregistrează o descreștere a numărului de țări cu o strategie sau un plan de acțiune național valid în domeniul drogurilor.

Reînnoirea documentelor de politică în domeniul drogurilor este un proces complex, care cuprinde mai multe etape. O primă etapă constă în evaluarea finală a strategiei sau a planului de acțiune recent expirat ⁽⁷⁾. Părțile implicate și, uneori, publicul sunt de asemenea consultate pe parcursul etapei de elaborare a noii politici. Deoarece strategiile și planurile de acțiune în domeniul drogurilor coordonează rolul mai multor departamente guvernamentale, elaborarea acestora implică adesea prezentarea de proiecte succesive unor ministere diferite. În cele din urmă, documentele de

politică trebuie să fie autorizate de guvern sau de parlament. Rapoarte recente sugerează că finalizarea întregului proces poate dura între șase luni și doi ani. Comparativ, intervalul de timp pentru documentele naționale de politică în domeniul drogurilor este cuprins în general între patru și opt ani. Aceasta presupune că, pentru a fi oportun, procesul de reînnoire ar trebui să înceapă uneori imediat după depășirea primei jumătăți din durata de aplicare a documentului existent, sau cel puțin cu câteva luni înainte de expirarea acestuia. Totuși, evaluările finale nu pot fi efectuate înainte de finalizarea planului de acțiune sau a strategiei și uneori chiar mai târziu, atunci când impactul planului sau al strategiei poate fi evaluat cu date epidemiologice sau de altă natură.

Uniunea Europeană și mai multe state europene s-au confruntat recent cu provocarea de a efectua aproape simultan atât evaluarea finală a unui document de politică existent, cât și redactarea noului document de politică. Deoarece situația se poate repeta în următorii ani, au fost formulate unele propuneri pentru o gestionare diferită în viitor. O astfel de propunere constă în introducerea unui an de tranziție între două planuri sau strategii succesive, dedicat evaluării și reînnoirii politicii.

Legături între strategiile în domeniul drogurilor și cele în domeniul alcoolului

Consumul mai multor substanțe – policonsumul de droguri – este răspândit printre consumatorii de droguri europeni, și aproape toate tiparele de policonsum de

Tabelul 1: Documente privind politica în domeniul drogurilor adoptate în 2009

Țara	Numele documentului de politică	Perioadă	Domeniu de aplicare	Note
Bulgaria	Strategia națională pentru combaterea drogurilor	2009-2013	Droguri ilegale	Completată de un plan de acțiune (2009-2013)
Irlanda	Strategia națională în domeniul drogurilor – intermediară	2009-2016	Droguri ilegale	Va fi înlocuită cu o strategie în domeniul abuzului de substanțe care include și alcoolul
Spania	Strategia națională în domeniul drogurilor	2009-2016	Droguri ilegale, alcool și tutun	Completată de un plan de acțiune (2009-2012)
Cipru	Strategia națională privind drogurile	2009-2012	Droguri ilegale	
Ungaria	Strategia națională pentru combaterea problemei drogurilor	2010-2018	Droguri ilegale	Va fi completată de planuri de acțiune
Slovacia	Strategia națională antidrog	2009-2018	Droguri ilegale	Va fi completată de planuri de acțiune
Croația	Planul de acțiune privind combaterea abuzului de droguri narcotice	2009-2012	Droguri ilegale	Cel de al doilea plan de acțiune în cadrul strategiei naționale pentru 2006-2012

Surse: Punctele focale naționale Reitox.

⁽⁵⁾ Republica Cehă, Estonia, Italia, Letonia, Lituania, Luxemburg, Țările de Jos, Polonia, Portugalia, România, Slovenia, Turcia.

⁽⁶⁾ Termenul „document de politică în domeniul drogurilor” înseamnă orice document oficial autorizat de un guvern care definește principii generale sau obiective și intervenții specifice în domeniul drogurilor, atunci când documentul respectiv este prezentat oficial ca strategie, plan de acțiune, program sau alt document de politică în domeniul drogurilor.

⁽⁷⁾ A se vedea caseta „Evaluarea strategiilor și planurilor de acțiune naționale în domeniul drogurilor”.

droguri includ alcoolul (OEDT, 2009d). Specialiștii din domeniile prevenției, tratamentului, reducerii riscurilor și reintegrării sociale sunt familiarizați cu suprapunerea problemelor cauzate de droguri și de alcool, și au depus eforturi în vederea gășirii unor soluții practice care să abordeze ambele probleme simultan. La nivel de politică, totuși, situația pare să fie mai complexă (Muscat, 2008).

O evaluare atât a strategiilor în domeniul drogurilor, cât și a celor în domeniul alcoolului în Europa indică diferite situații la nivel național, printre care: nicio strategie națională, o strategie pentru drogurile ilegale însă niciuna pentru alcool, strategii separate pentru droguri și alcool, două strategii interconectate și un document de politică care vizează atât drogurile, cât și alcoolul. Nu există o tranziție clară către unul dintre aceste modele. Deși în prezent multe țări par să adopte o strategie în domeniul alcoolului (Comisia Europeană, 2009b) pe lângă strategia în domeniul drogurilor, alte țări și-au extins domeniul de aplicare al documentului de politică în domeniul drogurilor; un astfel de exemplu îl reprezintă decizia Irlandei de a include alcoolul într-o nouă strategie privind abuzul de substanțe.

Absența unui model și a unei evoluții europene comune reflectă multiplele aspecte pe care trebuie să le ia în considerare guvernele atunci când elaborează strategiile privind consumul de substanțe. Printre motivele separării strategiilor se numără nevoia de a aborda în mod specific probleme asociate alcoolului, care sunt adesea de o importanță diferită de cele cauzate de droguri, sau doar de a recunoaște limitele juridice dintre drogurile legale și cele ilegale. Pe de altă parte, importanța consumului de alcool printre consumatorii de droguri ilegale sau nevoia de a adopta abordări legate de sănătatea publică axate pe stiluri de viață și tipuri de comportamente și nu pe substanțe individuale impun formularea unei strategii combinate. Aceste aspecte conflictuale au determinat unele țări să elaboreze soluții pragmatice, precum conectarea strategiilor în domeniile drogurilor și alcoolului cu o strategie de sănătate publică de mare amploare sau cu un singur organ de coordonare național în domeniile drogurilor și alcoolului (de exemplu, Portugalia). Viitoarele acțiuni în acest domeniu vor consta în evaluarea calităților diferitelor modele de conectare a strategiilor în domeniile drogurilor și alcoolului în Europa.

Cheltuielile publice și costurile sociale

Cheltuielile publice privind toate aspectele fenomenului consumului de droguri în Europa au fost estimate la 34 miliarde EUR în 2005 (OEDT, 2008a). Această cifră include cheltuielile „dedicate”, care sunt planificate de guvern pentru activități legate de droguri și identificate ca

atare în buget. Cheltuielile dedicate se găsesc în documentele de contabilitate oficiale. Cea mai mare parte a cheltuielilor publice asociate drogurilor sunt, totuși, „nededicate” – adică neidentificate ca atare în bugetul național. Cheltuielile nededicate trebuie să fie estimate printr-o metodă care vizează modelarea costurilor.

Date pentru mai mulți ani sunt disponibile doar în cazul cheltuielilor dedicate. În 2008, 22 de state membre UE au raportat cheltuieli publice totale dedicate problemei

Evaluarea strategiilor și planurilor de acțiune naționale în domeniul drogurilor

În prezent, efectuarea unei analize sau evaluări finale a strategiei sau planului de acțiune național în domeniul drogurilor este o practică comună pentru statele membre. În general, se urmărește evaluarea nivelului de punere în aplicare atins, precum și schimbările în situația globală a drogurilor, în vederea elaborării unei viitoare strategii sau a unui viitor plan de acțiune.

Evaluarea logicii, relevanței și coerenței interne a documentului de politică este o etapă preliminară a evaluării în unele țări. Analiza conținutului, incluzând uneori dezvoltarea problemelor conform unor structuri arborescente sau unor cadre logice, este utilizată pentru a clarifica teoria care stă la baza politicii, însă și pentru a identifica inconsecvențele dintre obiective, acțiuni și nevoi.

Punerea în aplicare a măsurilor prevăzute în documentele de politică este evaluată prin diferite metode. În unele țări, datele sunt furnizate în mod curent de instituțiile responsabile cu punerea în aplicare. În altele, furnizorii de servicii sau autoritățile naționale sunt solicitate să completeze un chestionar privind nivelul punerii în aplicare și, uneori, dificultățile întâmpinate.

Dificultatea stabilirii efectelor unei strategii în domeniul drogurilor asupra problemei drogurilor este recunoscută de majoritatea evaluatorilor. Cu toate acestea, o examinare a situației drogurilor, pe baza indicatorilor epidemiologici și a altor date referitoare la sănătate sau la aplicarea legii, este furnizată în general împreună cu tentative de asociere a anumitor elemente ale politicilor cu modificările observate în situația drogurilor. Din păcate, această analiză include rar o comparație la nivel european, iar aceasta a condus la asocierea în anumite țări a reducerii consumului de cannabis cu conținutul politicii naționale respective în domeniul drogurilor, în timp ce datele indică o tendință extinsă la nivel internațional.

Interpretarea datelor reprezintă una dintre etapele esențiale ale unei evaluări. În unele țări, aceasta este responsabilitatea exclusivă a organismului național de coordonare în domeniul drogurilor, în timp ce în altele, evaluatori externi, comisii speciale sau grupuri de specialiști sunt însărcinați să analizeze datele, să evalueze rezultatele și să formuleze recomandări pentru viitoarea strategie sau viitorul plan de acțiune.

drogurilor de 4,2 miliarde EUR. Pentru cele 16 țări care au transmis rapoarte în 2005 și în 2008, totalul cheltuielilor publice dedicate a crescut de la 2,10 miliarde EUR la 2,25 miliarde EUR. Ca proporție din produsul intern brut, totalul cheltuielilor publice dedicate totale s-a redus în nouă țări, a crescut în șase țări și a rămas neschimbat într-o țară ⁽⁸⁾.

Cheltuielile publice în legătură cu drogurile pot fi clasificate conform sistemului de clasificare a funcțiilor administrației publice (COFOG). Din cheltuielile totale dedicate clasificate de șapte țări care au transmis rapoarte (1,82 miliarde EUR), majoritatea au apărut în cadrul a două funcții guvernamentale: sănătatea (60 %) și ordinea și siguranța publică (34 %) (respectiv serviciile de poliție, tribunalele și penitenciarele). Acest dezechilibru se poate explica prin faptul că cheltuielile privind ordinea și siguranța publică tind să fie integrate în programe mai extinse și mai generale de acțiune împotriva infracționalității (cheltuieli nededicate) (OEDT, 2008d).

Costurile sociale ale consumului de droguri

Determinarea costului social al consumului de droguri arată suma care ar fi economisită dacă ar fi interzis consumul de droguri, și identifică diferitele componente ale costului și dimensiunea contribuției fiecărui sector al societății. Aceste informații pot ajuta la stabilirea priorităților de finanțare. Cheltuielile publice reprezintă o fracțiune a costurilor sociale, sub formă de costuri directe doar din perspectiva generală a guvernului. Costurile sociale includ și costuri indirecte (de exemplu, pierderea productivității din cauza morbidității și mortalității), și costuri din partea factorilor implicați din sectorul privat (de exemplu, asistență medicală privată).

Studiile privind costurile sociale sunt îndelungate și costisitoare. Din acest motiv, informațiile privind costurile sociale ale consumului de droguri în Europa sunt insuficiente. Au fost publicate estimări recente privind costurile sociale ale consumului de droguri pentru Finlanda și Regatul Unit (Scoția). Costurile directe asociate consumului de droguri ilegale și abuzului de produse farmaceutice în Finlanda au fost estimate la o valoare între 200 și 300 milioane EUR în 2007. Costurile indirecte au fost estimate la o valoare între 500 milioane EUR și 1 100 milioane EUR în același an. Asistența socială a reprezentat cea mai mare parte, aproape o treime, din totalitatea costurilor directe, urmată de aplicarea ordinii și siguranței publice, care a reprezentat aproximativ un sfert. Cea mai mare parte din costurile indirecte au fost determinate de valoarea pierderii de vieți omenești din cauza deceselor premature.

În Scoția, cea mai recentă estimare a costurilor economice și sociale ale abuzului de droguri este de 5,1 miliarde EUR în 2006. Jumătate din aceste costuri au fost atribuite „costurilor sociale extinse”, inclusiv costurile victimelor infracțiunilor săvârșite de consumatorii problematici de droguri și suferința emoțională a familiilor consumatorilor decedați în urma consumului de droguri. Din costul social și economic total, 96 % a fost atribuit consumului problematic de droguri și 4 % consumului recreativ de droguri.

Legislație națională

Majoritatea țărilor europene au examinat sau au introdus în cadrele lor juridice diferențe între droguri. Exemple recente sunt noul cod penal ceh, în care infracțiuni de deținere în vederea consumului personal care implică canabisul sau componenta sa activă THC atrag o pedeapsă maximă mai scăzută decât cele care implică alte substanțe. O opțiune similară a fost discutată în Estonia în 2009, însă zece din 13 experți ai Ministerului de Justiție s-au declarat împotriva diferențierii pedepselor în funcție de substanțe și s-a hotărât ca legislația să nu se modifice. În Țările de Jos, guvernul a acceptat recomandarea Comitetului consultativ privind politica în domeniul drogurilor de a se reanaliza numărul de programe.

Organele legislative din Uniunea Europeană au la îndemână o gamă variată de diferențieri și de măsuri de control, în funcție de măsura în care substanța este destinată comercializării și vânzării legale datorită proprietăților sale comerciale, industriale sau medicinale. Un prim set de opțiuni constă în controale care nu sunt prevăzute în legislația privind drogurile, care pot fi divizate în trei categorii: vânzarea nerestricționată, vânzarea restricționată fără supraveghere medicală și vânzarea restricționată sub supraveghere medicală. În prima categorie, legislația privind protecția consumatorilor a fost utilizată pentru a controla vânzarea anumitor bunuri; de exemplu, substanțele considerate psihoactive în magazinele de tip „smart shop” sau substanțele noi încă necontrolate. Cea de a doua categorie se referă la restricții precum limita de vârstă a cumpărătorului și, uneori, a consumatorului, sau la eliberarea autorizațiilor pentru punctele de vânzare. Aceasta descrie controlul alcoolului sau al tutunului, însă poate include și vânzările de canabis în localurile tip „coffee shop” din Țările de Jos și vânzarea anumitor substanțe volatile, de exemplu, în Regatul Unit. Cea de a treia categorie cuprinde legile care reglementează vânzările din farmacii, incluzând medicamentele împotriva tusei și a răcelii eliberate fără rețetă, precum și medicamentele prescrise. În ultimii ani,

⁽⁸⁾ A se vedea tabelul PPP-10 din Buletinul statistic pentru 2010.

Republica Cehă și Regatul Unit au introdus restricții privind vânzarea de medicamente împotriva răcelii care conțin pseudoefedrină, deoarece acestea sunt achiziționate pentru fabricarea ilegală a amfetaminelor. Legea privind medicamentele a fost, de asemenea, utilizată în mod eficient în Austria în vederea restricționării vânzării produselor de tip „spice” fără a incrimina consumatorii (OEDT, 2009a).

Legile privind drogurile oferă un al doilea set de opțiuni pentru a diferenția substanțele. Aceste opțiuni pot fi prezentate sub forma unei piramide a metodelor de diferențiere (Ballotta *et al.*, 2008). La baza piramidei se află sistemul de diferențiere care utilizează clasificarea prin lege. Sancțiunea pentru o infracțiune la regimul drogurilor variază în mod oficial în funcție de clasa sau

nocivitatea substanței implicate, în conformitate cu definiția din listele elaborate în legi sau direct asociate acestora. De exemplu, în Bulgaria, Cipru, Țările de Jos, Portugalia, România și Regatul Unit, legea impune sau încredințează autorităților penale sarcina de a distinge între tipuri de droguri pentru orice infracțiune; în Spania, Letonia și Malta, sancțiunea variază doar în cazul unei acuzații de trafic de droguri. La al doilea nivel al piramidei, drogurile pot fi clasificate în egală măsură, însă legea prevede scutiri specifice, sub formă de sancțiuni mai reduse, pentru deținerea unei mici cantități de cannabis pentru consum personal, fără circumstanțe agravante, precum în Belgia, în Republica Cehă, în Irlanda și în Luxemburg. La al treilea nivel, diferențierile sunt efectuate conform recomandărilor de urmărire penală sau conform precedentului judiciar. În Danemarca, de exemplu, o directivă a procurorului general recomandă solicitarea de amenzi diferite pentru deținerea a diverse droguri, în timp ce în Germania, o hotărâre a Curții Constituționale, care menționează interdicția prin Constituție a sancțiunilor excesive, solicită măsuri mai puțin severe pentru infracțiuni minore de deținere de cannabis pentru consum personal.

Vârful piramidei metodelor de diferențiere este format de aprecierea procurorilor sau a judecătorilor în timpul punerii în aplicare a legii. În acest caz, natura substanței este unul dintre criteriile luate în considerare atunci când se hotărăște neurmărirea penală a autorului unei infracțiuni sau o sancțiune mai mică. Deși datele au fost limitate, OEDT (2009e) a constatat că au existat diferențe între sentințe chiar și atunci când drogurile erau considerate la același nivel conform legii. În Republica Cehă, unde toate drogurile sunt clasificate la același nivel în lege, 44 % din pedepsele pentru infracțiuni privind deținerea de heroină au fost pedepse cu închisoarea, comparativ cu 39 % din pedepse pentru deținerea de pervitină (metamfetamină) și 11 % pentru cannabis. În Regatul Unit, pentru persoanele reținute pe loc, pedepsele medii pentru infracțiuni de deținere au fost de cinci luni pentru cocaină, șapte luni pentru ecstasy și zece luni pentru heroină. Pedepsele medii pentru infracțiuni de trafic de droguri (exclusiv infracțiuni privind importul și exportul) au fost de 29 de luni pentru ecstasy și de 37 de luni pentru cocaină și heroină. Totuși, aceste trei substanțe sunt incluse în aceeași categorie. Aceasta sugerează că judecătorii observă diferențe în nivelurile de nocivitate sau gravitate asociate cu diversele droguri, altele decât cele semnalate de legislație.

Cantitățile-limită care delimitează infracțiunile, precum cele avute în vedere în cazul deținerii pentru consum personal, reprezintă un element de diferențiere la toate nivelurile piramidei. Tabelul „Topic overview” publicat recent de

Recesiunea economică și problemele legate de consumul de droguri

Comisia Europeană (2009a) estimează că actuala încetinire a creșterii economice este comparabilă cu recesiunea din 1930. În 2009, produsul intern brut în statele membre ale UE s-a redus cu 4,0 %, mult mai mult decât în cazul crizelor anterioare. Piețele forței de muncă din UE s-au diminuat spectaculos, rata șomajului crescând cu o treime (de la 6,7 % în 2008) și se preconizează că va atinge 11 % în 2010. Ocuparea forței de muncă s-a redus considerabil: se prevede că crearea a 9,5 milioane de locuri de muncă în 2006-2008 va fi înlocuită de o pierdere de 8,5 milioane de locuri de muncă în 2009-2010.

Consecințele unei recesiuni economice asupra consumului de droguri și asupra problemelor legate de droguri au fost examinate în cursul conferinței din 2010 a Societății Internaționale pentru Studiul Politicilor în Domeniul Drogurilor (ISSDP). Una dintre constatările generale este aceea că există o gamă largă de posibile mecanisme de impact. De exemplu, mai mulți adolescenți șomeri pot vinde droguri și pot crește astfel disponibilitatea și consumul de cannabis în rândul colegilor lor. Unii tineri adulți pot, de asemenea, consuma droguri pentru a face față stresului și dificultăților economice, deși reducerea venitului i-ar putea determina pe alții să își reducă cheltuielile pentru droguri. Problemele existente în legătură cu drogurile pot fi, de asemenea, afectate, fie direct, consumatorii de droguri mai săraci adoptând moduri de administrare mai eficiente și mai riscante, fie indirect, printr-o reducere a serviciilor din cauza reducerii cheltuielilor publice.

Evaluarea impactului deplin al recesiunii actuale va dura, în special din cauza mecanismelor multiple descrise mai sus și deoarece efectele vor putea fi observate pe perioade de mai mulți ani. Totuși, în prezent, guvernele care iau în calcul reducerea cheltuielilor în domeniul drogurilor trebuie să aibă în vedere raportul cost-eficiență al măsurilor existente.

OEDT privind cantitățile-limită a identificat diferențe considerabile în temeiul juridic și în cantitățile substanțelor. Aceste cantități-limită pot fi stabilite prin legi sau prin decrete ministeriale sau guvernamentale (de exemplu, Republica Cehă, Grecia, Italia, Cipru, Lituania, Ungaria, Austria) ori prin recomandări privind urmărirea penală (Danemarca, Țările de Jos, Finlanda, Norvegia) ori prin ambele (Belgia, Portugalia), și chiar prin orientări referitoare la sancțiuni (Finlanda). Cantitățile-limită pot fi diferite de la o țară la alta pentru infracțiuni similare; de exemplu, începerea urmăririi penale pentru deținere de rășină de canabis este posibilă pentru orice cantitate în Lituania sau pentru 6 g în multe landuri germane. De asemenea, cantitățile-limită nu arată nicio concordanță între relația dintre droguri, pragul de greutate pentru canabis variind de la de trei ori (Cipru) până la de zece ori (Țările de Jos) pragul de greutate pentru heroină. Pragul de greutate pentru cocaină poate fi egal cu cel pentru heroină (de exemplu, Danemarca), sau de zece ori mai mare (de exemplu, Letonia).

În ansamblu, se pare că diferențierea între droguri în statele membre UE nu este doar o chestiune de clasificare formală în cadrul legilor privind drogurile. Diferențierea este determinată și de tipul de lege utilizată pentru controlul drogurilor, de orientările privind urmărirea penală și de precedentul judiciar, de cantitățile-limită relative stabilite și de atitudinea judecătorilor în momentul punerii în aplicare a legii.

Cercetarea privind drogurile

Consolidarea capacității de cercetare a UE

Consolidarea capacității de cercetare în domeniul drogurilor s-a aflat pe agenda europeană în ultimii ani. În 2008, Comisia Europeană a finanțat un studiu „Analiză comparativă aprofundată a cercetărilor în domeniul drogurilor ilegale din Uniunea Europeană”⁽⁹⁾ și, în septembrie 2009, a organizat o conferință pentru a discuta metode de îmbunătățire a cercetării în domeniul drogurilor în Uniunea Europeană. Studiul și discuțiile au oferit un număr de informații importante cu privire la modul de efectuare a cercetării în domeniul drogurilor în Europa.

Cea mai mare parte a cercetărilor în domeniul drogurilor în Europa sunt desfășurate de statele membre, care stabilesc priorități de cercetare în funcție de nevoile lor naționale. Aceasta este în general efectuată în absența unei strategii coerente de cercetare în domeniul drogurilor prin fonduri specifice. În schimb, cercetarea în domeniul drogurilor este, în general, încorporată în sănătate, științe

sociale sau alte programe. Pe lângă aceasta, cercetarea se axează în mod predominant pe epidemiologie și evaluarea intervențiilor, oferta de droguri și reducerea acesteia, precum și evaluarea politicilor fiind slab reprezentate. În ansamblu, coordonării între politică, cercetare și practică îi lipsește o abordare coerentă pe termen lung. Activitatea de cercetare la nivel național este completată de Al șaptelea program-cadru al Comunității Europene pentru activități de cercetare, de dezvoltare tehnologică și demonstrative (2007-2013).

Informațiile au contribuit la Concluziile Consiliului UE privind „Consolidarea capacităților de cercetare UE în domeniul drogurilor ilegale”⁽¹⁰⁾, care identifică viitoarele priorități: cercetarea cauzei, naturii și răspunsuri la problemele cauzate de droguri și cercetarea vizând evaluarea reducerii atât a cererii, cât și a ofertei. Statele membre sunt, de asemenea, invitate să consolideze capacitatea lor de cercetare și mecanismele de coordonare și să exploreze, cu ajutorul Comisiei Europene, posibilitățile oferite de Al șaptelea program-cadru de cercetare, de exemplu, Rețelele Spațiului European al Cercetării (ERA-NET) și bursele Marie-Curie. De asemenea, statele membre și comunitatea de cercetare sunt încurajate să „contribuie activ la consultările privind viitoarea politică europeană de cercetare și la viitoarele

Rezultatele cercetărilor și barierele lingvistice

Majoritatea rezultatelor de cercetare care fac obiectul unei evaluări *inter pares* sunt publicate în limba engleză, ceea ce limitează accesibilitatea acestora pentru un număr considerabil de cercetători, profesioniști și factori de decizie europeni. Același lucru se aplică și lucrărilor publicate în reviste care fac obiectul unei evaluări *inter pares* în alte limbi. În 2008, OEDT a identificat 27 de astfel de reviste în Europa, publicate în limbile cehă, olandeză, germană, greacă, spaniolă, franceză, maghiară, polonă, portugheză, suedeză și norvegiană. Numeroase organizații guvernamentale și neguvernamentale furnizează, de asemenea, rezultatele cercetărilor în rapoarte disponibile doar în limbile lor naționale. Majoritatea informațiilor rămân accesibile doar unui număr limitat de persoane.

Importanța barierelor lingvistice a fost subliniată în studiul „Analiză comparativă aprofundată a cercetărilor în domeniul drogurilor ilegale din Uniunea Europeană” și discutată în cursul conferinței Comisiei „Reducerea diferențelor existente în materie de cercetare în domeniul drogurilor ilegale în UE”. Ca o primă etapă a depășirii acestor bariere, OEDT a elaborat o zonă internet de cercetare tematică, unde este pusă la dispoziție o listă de studii naționale cu linkuri către rapoarte publicate și nepublicate.

⁽⁹⁾ Documente și prezentări ale conferinței, inclusiv întregul raport de studiu, sunt disponibile pe site-ul internet al conferinței.

⁽¹⁰⁾ Disponibile pe pagina dedicată cercetării în domeniul drogurilor de pe site-ul internet al OEDT.

obiective ale cercetării în domeniul drogurilor în cadrul viitoarei strategii europene privind drogurile”. De asemenea, Consiliul a convenit să stabilească un schimb anual privind cercetarea în domeniul drogurilor în vederea promovării cooperării transfrontaliere pentru cercetare. Consiliul a recunoscut necesitatea îmbunătățirii accesului la rezultatele cercetărilor pentru factorii de decizie și pentru specialiști, și a solicitat OEDT să furnizeze și să difuzeze pe site-ul său tematic internet privind cercetarea și pe portalul său de bune practici informații și rezultate privind cercetarea în domeniul drogurilor.

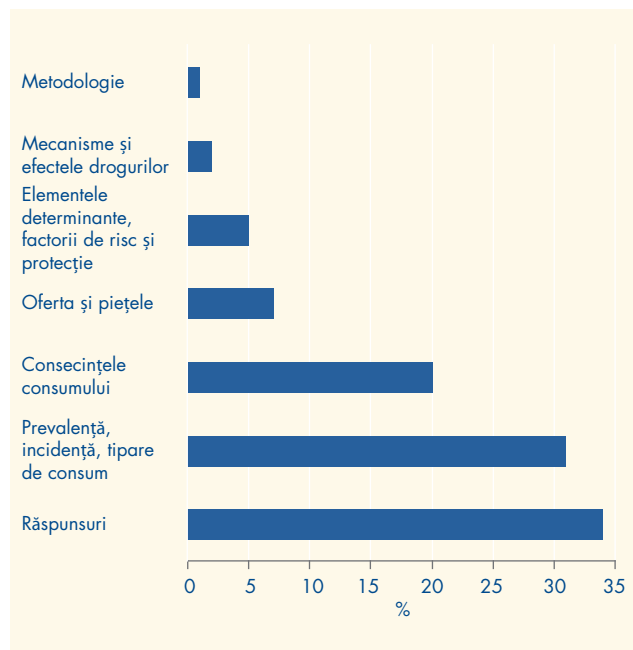
Informații privind cercetarea primite de la statele membre

În rapoartele lor naționale Reitox pentru 2009, țările europene au făcut trimitere la peste 650 de proiecte de cercetare întreprinse sau publicate între 2007 și 2009, aproximativ de două ori mai multe decât în perioada precedentă. Această creștere a fost verificată în 26 din cele 29 de țări care au transmis rapoarte. Regatul Unit a făcut trimitere la cel mai mare număr de proiecte de cercetare, peste 100, pe următoarele poziții situându-se Germania, Țările de Jos și Finlanda, fiecare cu peste 50, și Republica Cehă, Irlanda și Suedia, cu peste 30.

Ca și în anii precedenți, cercetarea privind răspunsurile la situația drogurilor și privind prevalența, incidența și tiparele consumului de droguri a reprezentat aproximativ o treime din studiile recente, iar consecințele consumului de droguri o cincime (figura 1). Comparativ cu anul precedent, au fost citate cu aproximativ 40 mai multe studii privind oferta și piețele. Deși se datorează în

principal unei colectări de date speciale de pe piețele canabisului, coordonată de OEDT în 2009, aceasta indică și un interes din ce în ce mai mare cu privire la studiile referitoare la ofertă.

Figura 1: Subiecte de cercetare ale studiilor naționale legate de consumul de droguri citate în rapoartele naționale Reitox 2009 (procentajul tuturor studiilor citate)



NB: 29 de rapoarte naționale Reitox (2009) au fost examinate pentru referințe referitoare la studiile legate de consumul de droguri din perioada 2007-2009. Studiile au fost clasificate în funcție de contextul în care au fost citate.

Sursă: Rapoarte naționale Reitox (2009).



Capitolul 2

Răspuns la problema drogurilor în Europa – o privire de ansamblu

Introducere

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

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

Prevenirea

Prevenirea consumului de droguri poate fi împărțită în diferite niveluri sau strategii, de la prevenirea de proximitate (care vizează societatea în ansamblu) la prevenirea indicată (care se concentrează asupra persoanelor expuse riscurilor). În mod ideal, diferitele strategii nu concurează, ci se completează. Principalele provocări pentru politicile de prevenire constau în uniformizarea acestor diferite niveluri ale prevenirii la gradul de vulnerabilitate al grupurilor vizate (Derzon, 2007) și în garantarea că intervențiile se bazează pe elemente concrete și sunt suficiente ca acoperire.

Strategii privind prevenirea de proximitate

Strategiile privind prevenirea de proximitate au ca scop modificarea mediului cultural, social, fizic și economic imediat, în care oamenii iau decizii cu privire la consumul de droguri. Aceste strategii cuprind de regulă măsuri precum interdicția fumatului, stabilirea prețului alcoolului

sau școli care promovează sănătatea. Potrivit datelor disponibile, măsurile de prevenire de proximitate la nivelul societății și orientarea către climatul social în școli și comunități sunt eficace în modificarea credințelor normative și, prin urmare, a consumului de substanțe (Fletcher *et al.*, 2008).

În prezent, în aproape toate țările europene se aplică interdicții parțiale sau totale ale fumatului, iar publicitatea la tutun este interzisă printr-o directivă UE din 2003 (2003/33/CE). Propuneri de stabilire a unui preț minim pentru alcool și combaterea promovării alcoolului sunt, de asemenea, dezbătute în mai multe țări europene. În 2009, zece state membre UE au raportat eforturi de dezvoltare a unui climat pozitiv și protejat la nivelul școlilor, inclusiv norme stricte privind deținerea și consumul de substanțe. De asemenea, țările din nordul Europei au dezvoltat conceptul de medii protejate pozitive la nivelul societății, de exemplu prin planuri de acțiune în domeniul alcoolului la nivel municipal.

Prevenirea universală

Prevenirea universală vizează populații în ansamblu, în special la nivelul școlilor și al comunităților. Scopul acesteia este de a împiedica sau de a întârzia apariția consumului de droguri și a problemelor legate de droguri, oferind tinerilor competențele necesare pentru a evita să înceapă să consume droguri. Dovezile arată că intervențiile de prevenire universală bine concepute și structurate pot fi eficiente. Un exemplu recent îl reprezintă un program olandez combinat adresat în același timp școlii și părinților, care a redus consumul de alcool (Koning *et al.*, 2009). În ceea ce privește alte intervenții, în special campaniile mass-media, există puține dovezi privind eficacitatea, iar unele studii au observat chiar efecte dăunătoare ale acestora. În ciuda acestui aspect, o mare parte din țările europene raportează încă alocarea de resurse pentru campanii de avertizare.

Prevenirea universală la nivelul școlilor este raportată în toate țările europene, deși nivelurile de acoperire și conținutul variază. Furnizarea de informații, urmată de formarea privind deprinderile de viață, sunt două tipuri

principale de intervenție furnizate. Protocoalele de intervenție structurată („programe”) sunt încă relativ puține. Necesitatea îmbunătățirii prevenirii universale la nivelul școlilor este recunoscută din ce în ce mai mult în Europa. De exemplu, unsprezece state membre UE transmit rapoarte cu privire la eforturile de definire a standardelor de prevenire.

Prevenirea selectivă

Prevenirea selectivă intervine asupra unor grupuri, familii sau comunități specifice care, ca urmare a legăturilor sociale și a resurselor reduse, pot fi mai expuse riscului consumului de droguri sau al instaurării dependenței. Din cauza dificultății punerii în aplicare a modelelor de evaluare experimentale, există puține date care să confirme eficiența prevenirii selective. Aceasta nu se aplică, totuși, intervențiilor pentru familiile vulnerabile, a căror eficacitate a fost arătată în diferite studii (Petrie *et al.*, 2007). Exemple recente din acest domeniu includ o adaptare a „programului de consolidare a familiilor” evaluat în Spania, care a fost considerat eficient în reducerea indicatorilor consumului de droguri, precum comportamentul perturbator la școală și simptome de depresie. De asemenea, au fost raportate rezultate pozitive în Regatul Unit, cu reduceri în: riscul la copii, cazuri raportate de comportament antisocial, probleme educaționale, infracționalitate juvenilă, violență domestică, probleme de sănătate mintală și fizică și abuzul de substanțe în rândul primelor 699 de familii care au încheiat „Proiecte de intervenție ale familiilor”.

Țările europene raportează, în medie, o furnizare limitată a prevenirii selective, majoritatea intervențiilor fiind destinate tinerilor infractori, familiilor vulnerabile și grupurilor etnice. În total, datele indică faptul că acoperirea prevenirii selective nu a crescut în ultimii ani. Pot exista unele excepții la această observație, precum intervențiile pentru familiile vulnerabile în unele țări și FreD, un protocol de intervenții sistematice pentru tinerii infractori, aplicat în prezent în peste o treime din statele membre ale UE.

Prevenirea indicată

Prevenirea indicată urmărește să identifice persoanele cu probleme comportamentale sau psihologice care pot avea un rol predictiv pentru apariția consumului problematic de substanțe mai târziu în viață și să se adreseze acestora în mod individual, prin intervenții speciale. Programele de prevenire indicată sunt, în general, evaluate și arată adesea niveluri ridicate de eficiență (OEDT, 2009c). În total, intervențiile în acest domeniu rămân limitate, șase țări raportând intervenții pentru copii cu tulburarea hiperactivitate/deficit de atenție sau comportament

Învățarea din testele de prevenire

Eficiența măsurilor de prevenire europene rămâne slab cercetată (¹). Prevenirea universală și prevenirea indicată în mediile școlare sunt domenii care beneficiază de cea mai mare atenție. În paralel, există o dezbatere cu privire la transferabilitatea rezultatelor cercetării din alte părți ale lumii, în special din Statele Unite.

Studiul UE-DAP, un studiu european multicentric la care au participat aproximativ 7 000 de elevi cu vârste între 12 și 14 ani din șapte state membre ale UE, contribuie la dezvoltarea cercetării prevenirii și arată că intervențiile pot avea rezultate similare în Europa și pe diferite continente.

Reducerea considerabilă a riscului consumului de tutun, alcool și cannabis după un an a fost raportată pentru Unplugged, un program de 12 sesiuni având ca scop corectarea credințelor normative cu privire la consumul de substanțe, furnizând în același timp formare privind deprinderile de viață și informații referitoare la substanțe. Au fost constatate efecte benefice persistente la monitorizarea la 18 luni în cazul episoadelor de ebrietate și consumului frecvent de cannabis în ultimele 30 de zile, în timp ce efectul pe termen scurt asupra fumatului zilnic de tutun nu s-a menținut (Faggiano *et al.*, 2010).

O analiză de mediere a arătat că rezultatele în legătură cu consumul de cannabis s-au datorat în special corectării credințelor normative, a așteptărilor pozitive în legătură cu substanța și a atitudinilor pozitive în ceea ce privește consumul de droguri. Consolidarea competențelor de comunicare, luare a deciziilor și refuz a fost mai puțin eficientă.

Cercetătorii europeni și americani desfășoară în prezent analize paralele cu date provenind din UE-DAP și din alte surse, pentru a înțelege modul în care răspund copiii și adolescenții la prevenire în diferite contexte. Este explorată în special influența diferențelor de sex, de context social și de caracteristici psihosociale.

(¹) Aceasta a condus la înființarea European Society for Prevention Research.

perturbator, și cu alte zece țări raportând intervenție timpurie și consiliere pentru persoane care au început să consume droguri. O evoluție recentă este reprezentată de „Cannabis show” din Țările de Jos, care se bazează pe un program existent de prevenire a consumului de cannabis (educație în mediu recreativ între colegi) și este desfășurat într-o școală pentru tineri cu probleme comportamentale și alte probleme psihice.

Tratament

În Europa, principalele modalități utilizate pentru tratarea problemelor legate de droguri sunt intervențiile psihosociale, substituția pentru opiacee și dezintoxicarea.

Importanța relativă a diferitelor modalități de tratament în fiecare țară este influențată de mai mulți factori, printre care și organizarea sistemului național de sănătate.

Nu există niciun set de date care să permită o descriere a întregii populații de consumatori de droguri care urmează un tratament pentru consumul de droguri în Europa. Informații referitoare la un subgrup important al acestei populații sunt, totuși, colectate de indicatorul cererii de tratament al OEDT, care colectează date referitoare la cei care încep un tratament specializat pentru consumul de droguri ⁽¹¹⁾. În 2008, indicatorul a înregistrat aproximativ 440 000 de persoane care au început tratamentul, dintre care 40 % urmează pentru prima dată în viață un tratament pentru consum de droguri.

Pe baza mai multor surse diferite de informații, inclusiv a indicatorului cererii de tratament, conform unei estimări prudente, un milion de persoane au beneficiat de tratament pentru consumul ilegal de droguri în Uniunea Europeană în cursul anului 2007. Dintre acestea, peste jumătate au beneficiat de tratament de substituție pentru opiacee. Germania, Spania, Franța, Italia și Regatul Unit au reprezentat aproximativ 80 % dintre consumatorii de droguri care au beneficiat de tratament.

Această estimare a tratamentului pentru consumul de droguri în Uniunea Europeană, deși necesită îmbunătățiri, sugerează un nivel considerabil al tratamentului furnizat. De asemenea, aceasta subliniază marile evoluții care au avut loc în furnizarea de tratament de la mijlocul anilor '90, când disponibilitatea mai mare a tratamentului pentru consumul de droguri și accesul îmbunătățit la acesta au devenit priorități ale politicii în domeniul drogurilor. În ultimele două decenii, s-a înregistrat o extindere a serviciilor specializate din centrele ambulatorii și dezvoltarea abordărilor tratamentului de intervenție de proximitate și cu criterii reduse de acces. Mai multe țări au extins tratamentul de substituție pe care îl oferă prin implicarea unor noi furnizori de servicii, precum medicii de familie. Drept rezultat, numărul celor care beneficiază de tratament de substituție în Europa a crescut de aproximativ zece ori din 1993 ⁽¹²⁾. Schimbările în ceea ce privește furnizarea de tratament au fost, de asemenea, determinate de noile grupuri de clienți, precum consumatorii de canabis și de substanțe stimulatoare, care au început tratamentul într-un număr din ce în ce mai mare în ultimii 15 ani.

Deși disponibilitatea a crescut în multe țări, există încă obstacole care împiedică sau descurajează consumatorii de droguri să apeleze fie la tratamentul pentru consumul de droguri, fie la unele dintre modalitățile acestuia. Aceste

obstacole includ reglementări precum criterii de admisie și cadre juridice riguroase, costul tratamentului pentru pacienți, lipsa personalului instruit sau densitatea geografică scăzută a furnizorilor de tratament. Alte obstacole cu care se confruntă consumatorii de droguri care necesită tratament includ programul necorespunzător de lucru cu publicul, necesitatea asistenței zilnice și lipsa sprijinului pentru îngrijirea copiilor (de exemplu, în timpul tratamentului cu spitalizare), care intră în conflict cu situația lor personală și profesională. Convingerile personale și prejudecățile, atât ale specialiștilor cât și ale consumatorilor de droguri, cu privire la adecvarea, efectele și rezultatele abordărilor specifice ale tratamentului pot, de asemenea, îngreuna accesul la tratament.

Timpul de așteptare prelungit pentru tratamentul pentru consumul de droguri poate fi una dintre consecințele obstacolelor în calea accesului la tratament. Conform informațiilor furnizate de experții naționali în 2008, disponibilitatea limitată a tratamentului și absența resurselor, precum și întârzierile din motive procedurale sunt principalele cauze ale timpului de așteptare actual, care diferă în funcție de modalitățile de tratament (a se vedea în cele ce urmează).

Tratamentul în centrele ambulatorii

Sunt disponibile informații referitoare la aproximativ 383 000 de consumatori de droguri care au intrat în tratament în centrele ambulatorii din Europa în cursul anului 2008. Majoritatea acestor consumatori de droguri au început tratamentul în cadrul serviciilor specializate de

Ediția specială OEDT privind tratamentul și îngrijirile pentru consumatorii mai în vârstă

Se preconizează că numărul consumatorilor de droguri cu vârste mai avansate din Europa se va dubla între 2001 și 2020, ceea ce va necesita abordări inovatoare și adecvate pentru tratamentul și îngrijirea acestei populații din ce în ce mai numeroase. O ediție specială publicată în acest an de OEDT examinează dezvoltarea și cauzele acestui fenomen de îmbătrânire din ultimele două decenii. Caracteristicile sociale și de sănătate ale consumatorilor de droguri mai în vârstă sunt, de asemenea, prezentate în vederea specificării nevoilor actuale ale acestora. Raportul se încheie cu o prezentare generală a intervențiilor actuale pentru consumatorii de droguri mai în vârstă, și a celor mai bune practici din statele membre.

Această ediție specială este disponibilă în format tipărit și pe site-ul internet al OEDT doar în limba engleză.

⁽¹¹⁾ Indicatorul cererii de tratament a primit date de la 29 de țări pentru centrele specializate în consumul de droguri, cu o acoperire de peste 60 % din unități în majoritatea țărilor (a se vedea tabelul TDI-7 din Buletinul statistic pentru 2010).

⁽¹²⁾ A se vedea figura HSR-2 din Buletinul statistic pentru 2010.

tratament pentru consumul de droguri și doar un număr mic de țări au furnizat date cu privire la pacienții care au început tratamentul cu un medic de familie sau în cadrul serviciilor cu acces necondiționat. Peste jumătate dintre pacienți (53 %) raportează ca drog principal opiaceele, în special heroina, în timp ce 22 % raportează canabisul și 18 % cocaina ⁽¹³⁾. Cel mai adesea, pacienții care încep tratamentul în ambulatoriu vin singuri la tratament (36 %), fiind urmași de cei trimiși de către sistemul de justiție penală (20 %). Ceilalți pacienți sunt trimiși prin serviciile sociale și de sănătate sau prin rețele neoficiale, inclusiv de către familii și prieteni ⁽¹⁴⁾.

Consumatorii de droguri care încep tratamentul într-un centru ambulatoriu sunt în special bărbați tineri, cu o vârstă medie de 31 de ani, bărbații fiind de aproape patru ori mai numeroși decât femeile. Pacienții care încep tratamentul pentru prima dată, precum și femeile au, în medie, o vârstă puțin mai mică. Vârste medii mai mici sunt, de asemenea, raportate la pacienții consumatori de canabis (25) și pentru cei care utilizează substanțe stimulative altele decât cocaina (29), în timp ce vârste mai mari decât media sunt raportate la consumatorii principali de cocaină (32) și de opiacee (34). În medie, cei mai tineri pacienți consumatori de droguri sunt raportați de Republica Cehă (26) și cei mai în vârstă de Spania (33) ⁽¹⁵⁾. Raportul bărbați-femei este cel mai mare în cazul pacienților consumatori de canabis (5:1) și cocaină (4,8:1) și cel mai mic pentru cei care consumă substanțe stimulative altele decât cocaina (2,2:1). Indiferent de drogul primar, raportul bărbați-femei este cel mai mare în țările din sudul Europei și cel mai mic în țările din nord ⁽¹⁶⁾.

Cele două modalități principale de tratament în centrele ambulatorii din Europa sunt intervențiile psihosociale și tratamentul de substituție pentru opiacee. Pentru consumatorii de opiacee, acestea sunt adesea oferite în combinație. Intervențiile psihosociale oferă sprijin consumatorilor în eforturile acestora de a face față și de a depăși problemele legate de consumul de droguri. Aceste intervenții includ consilierea, stimularea emoțională, terapia cognitiv-comportamentală, gestionarea de caz, terapia de grup și de familie și prevenirea recidivelor. Acestea sunt furnizate în principal, în funcție de țară, de instituții publice sau de organizații neguvernamentale. În 2008, experți din nouă din cele 27 de țări care au transmis rapoarte au estimat că nu există timp de așteptare

pentru acest tip de tratament. În alte zece țări, experți naționali au estimat că timpul mediu de așteptare este de maximum o lună. În Norvegia, se estimează că timpul mediu de așteptare este de zece săptămâni, în timp ce în Danemarca legea impune ca tratamentul să înceapă în termen de 14 zile. Experți din șapte țări nu au putut furniza o estimare.

Tratamentul de substituție este opțiunea predominantă de tratament pentru consumatorii de opiacee din Europa. În general acesta este furnizat ca tratament în ambulatoriu, deși în unele țări este disponibil și în condiții de spitalizare și este furnizat din ce în ce mai mult în penitenciare ⁽¹⁷⁾. Substituția pentru opiacee este disponibilă în toate statele membre UE, precum și în Croația și Norvegia ⁽¹⁸⁾. În Turcia, tratamentul de substituție nu a fost încă introdus, deși este permis în temeiul unui regulament din 2004 privind centrele de tratament. În majoritatea țărilor, serviciile ambulatorii publice specializate sunt principalele servicii care oferă tratamente de substituție. Cu toate acestea, medicii generaliști cu cabinet, deseori prin diferite acorduri de servicii de îngrijire comune cu centre specializate, joacă un rol din ce în ce mai important în furnizarea acestui tip de tratament. Acești furnizori sunt implicați, la diferite niveluri, în 13 țări.

Se estimează că în 2008, în Europa, au beneficiat de tratament de substituție aproximativ 670 000 de consumatori de opiacee ⁽¹⁹⁾. Potrivit experților din zece din cele 26 de țări care au transmis rapoarte, pentru acest tip de tratament nu există timp de așteptare. În patru țări (Republica Cehă, Danemarca, Italia, Portugalia), se estimează că timpul mediu de așteptare este de mai puțin de o lună. În Republica Cehă, timpul de așteptare se aplică doar în cazul metadonei, deoarece buprenorfina în doze mari poate fi prescrisă de medicii generaliști cu cabinet – deși pacientul trebuie să plătească costurile medicației. În alte patru țări (Ungaria, România, Finlanda, Norvegia), se estimează că timpul de așteptare este cuprins între o lună și șase luni, în timp ce în alte trei țări (Bulgaria, Grecia, Polonia) depășește un an. Dintre acestea, Grecia raportează un timp de așteptare mediu de 38 de luni, datele indicând 5 261 de consumatori problematici de opiacee înregistrați ca așteptând admiterea în cadrul programelor de tratament de substituție în 2008. Cu toate acestea, timpul mediu de așteptare la nivel național poate ascunde o variație regională considerabilă. De exemplu, în Irlanda, timpul

⁽¹³⁾ A se vedea tabelul TDI-19 din Buletinul statistic pentru 2010.

⁽¹⁴⁾ A se vedea tabelul TDI-16 din Buletinul statistic pentru 2010.

⁽¹⁵⁾ A se vedea tabelele TDI-10 și TDI-103 din Buletinul statistic pentru 2010.

⁽¹⁶⁾ A se vedea tabelul TDI-21 din Buletinul statistic pentru 2010.

⁽¹⁷⁾ A se vedea „Asistența pentru consumatorii de droguri din penitenciare”, p. 40.

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

⁽¹⁹⁾ A se vedea tabelul HSR-3 din Buletinul statistic pentru 2010.

mediu de așteptare pentru tratamentul de substituție variază de la mai puțin de 3,5 luni în Dublin la 18 luni în partea de sud-est [*Comptroller and Auditor General* (Auditorul general al Irlandei), 2009]. Experți din patru țări nu au putut furniza o estimare a timpilor de așteptare.

Tratamentul cu spitalizare

Sunt disponibile date referitoare la aproximativ 42 000 de consumatori de droguri care au început un tratament într-un centru cu internare în Europa în cursul anului 2008. Peste jumătate dintre aceștia au menționat ca principal drog opiaceele (57 %), majoritatea celorlalți pacienți declarând ca principal drog cannabisul (13 %), substanțe stimulatoare altele decât cocaina (13 %) sau cocaina (7 %). Pacienții care beneficiază de tratament cu spitalizare sunt mai ales bărbați tineri, cu o vârstă medie de 30 de ani, bărbații fiind de 3,5 ori mai numeroși decât femeile ⁽²⁰⁾.

Tratamentul cu spitalizare sau rezidențial solicită pacienților să rămână internați o perioadă cuprinsă între câteva săptămâni și câteva luni. În multe cazuri, aceste programe urmăresc să permită pacienților abținerea de la consumul de droguri și nu permit tratamentul de substituție. Dezintoxicarea, o intervenție supravegheată pe termen scurt menită să elimine simptomele de sevraj asociate cu consumul cronic de droguri, reprezintă în general o cerință preliminară pentru începerea tratamentului rezidențial pe termen lung bazat pe abținere. În general, dezintoxicarea reprezintă o intervenție cu spitalizare oferită în spitale, în centrele de tratament specializate sau în centrele rezidențiale cu secții medicale sau psihiatrice.

În centrele de spitalizare, pacienții beneficiază de cazare și de tratamente psihosociale structurate individual, și participă la activități al căror obiectiv constă în reabilitarea acestora în societate. Deseori, în acest context se utilizează metoda comunității terapeutice. Tratamentul cu internare pentru consumul de droguri este furnizat și de spitalele de psihiatrie, în special pentru pacienții cu tulburări psihice comorbide.

Accesul la tratamentul psihosocial cu internare este clasificat ca imediat de experții naționali din Grecia, Ungaria și Turcia. Conform estimărilor experților, timpul mediu de așteptare este mai mic de o lună în 12 țări și de 25 de săptămâni în Norvegia. În Austria, timpul de așteptare raportat este de până la câteva luni, în funcție de regiune și de centrul de tratament. Experții din zece țări nu au furnizat o estimare a timpului de așteptare pentru acest tip de tratament.

Experții din Ungaria, Slovenia, Slovacia, Turcia și Comunitatea flamandă din Belgia consideră că nu există timp de așteptare pentru dezintoxicare. În 11 țări, timpul

mediu de așteptare estimat este de mai puțin de două săptămâni. Un timp mediu de așteptare între două săptămâni și o lună este estimat în Cipru, Republica Cehă și Grecia, în timp ce în Irlanda, Austria și Norvegia se estimează că timpul mediu de așteptare este cuprins între o lună și trei luni. Experți din cinci țări nu au furnizat o estimare.

Asigurarea calității

Majoritatea țărilor europene desfășoară în prezent acțiuni care abordează calitatea tratamentului pentru consumul de droguri. Aceste acțiuni includ elaborarea și aplicarea orientărilor, adoptarea unor planuri de acțiune naționale în domeniul drogurilor care abordează aspecte privind calitatea tratamentului, procese de acreditare și de certificare a calității și studii care investighează diferențele calitative dintre centrele de tratament sau compararea acestora.

Evoluțiile recente includ punerea în aplicare a orientărilor pentru calitatea tratamentului în șase țări, în timp ce Cipru, Turcia și Norvegia au publicat recent astfel de orientări. Zece țări au adoptat noi documente de strategie, ceea ce în anumite cazuri a impus crearea unor sisteme de acreditare. Polonia și Slovacia au introdus, de asemenea, criterii de acreditare pentru centrele de tratament, iar Slovacia a introdus certificarea ISO 9001. Patru țări, Estonia, Letonia, Țările de Jos și România, investighează caracterul eterogen al calității serviciilor în cadrul sistemului lor de tratament.

Regatul Unit asigură de multă vreme evaluarea sistemului de sănătate și dispune de una dintre cele mai largi game de instrumente de monitorizare și de îmbunătățire a calității tratamentului. Aceasta include în prezent un document privind gestionarea clinică în tratamentul pentru consumul de droguri (NTA, 2009) care abordează delimitarea responsabilității, îmbunătățirea calității, strategii de gestionare a riscurilor, și proceduri de identificare și remediere a performanțelor necorespunzătoare.

Un studiu comandat de OEDT a identificat 60 de orientări naționale privind tratamentele în 17 din cele 22 de țări care au transmis rapoarte în Europa. Modalitățile incluse cel mai frecvent în orientări sunt tratamentul psihosocial (29), tratamentul de substituție pentru opiacee (28) și dezintoxicarea (22). Este posibil ca țările cu un număr ridicat de pacienți care beneficiază de tratament de substituție pentru opiacee să fi elaborat orientări privind tratamentele pentru fiecare modalitate.

Șaptesprezece țări raportează orientări specifice pentru tratamentul consumatorilor de opiacee. Cinci țări dispun

⁽²⁰⁾ A se vedea tabelele TDI-7, TDI-10, TDI-19 și TDI-21 din Buletinul statistic pentru 2010.

de orientări care vizează utilizarea diferitelor substanțe, în timp ce Ungaria și Germania au orientări pentru tulburările legate de consumul de cannabis și de amfetamine. Zece țări abordează consumatorii problematici de droguri pe termen lung și nouă au elaborat orientări pentru tinerii consumatori de droguri. În opt țări sunt vizați și consumatorii de droguri cu tulburări coexistente.

Aproape toate orientările vizează specialiștii implicați în tratamente (58) și furnizorii de servicii (52), și aproape jumătate dintre acestea vizează planificatorii de servicii de sănătate (25). Portugalia este singura țară care raportează orientări care vizează pacienții, în timp ce Danemarca raportează orientări care vizează factori de decizie politică. Specialiștii implicați în tratamente au participat la elaborarea orientărilor în 17 țări, și alți specialiști în patru țări. De asemenea, au participat cercetători în nouă țări, factori de decizie politică în trei și pacienți într-o singură țară. Informații suplimentare referitoare la orientările naționale privind tratamentele sunt disponibile pe portalul privind cele mai bune practici al OEDT.

Reducerea riscurilor

Prevenirea și reducerea riscurilor legate de droguri este un obiectiv de sănătate publică în toate statele membre și în strategia UE în domeniul drogurilor ⁽²¹⁾. Reexaminări ale dovezilor științifice ale intervențiilor pentru reducerea riscurilor, precum și studii care arată impactul combinat al acestor intervenții sunt în prezent disponibile pentru planificarea serviciilor (OEDT, 2010a). Printre principalele intervenții din acest domeniu se numără tratamentul de substituție pentru opiacee și programele de schimb de ace și seringi care combat decesele prin supradoză și răspândirea bolilor infecțioase. Aceste măsuri sunt raportate ca fiind disponibile în toate țările, cu excepția Turciei. Deși există diferențe considerabile în gama de servicii și nivelul de furnizare a acestora (a se vedea capitolele 6 și 7), tendința generală europeană este de creștere și consolidare a măsurilor de reducere a riscurilor.

Majoritatea țărilor furnizează o gamă largă de servicii de sănătate și servicii sociale, inclusiv cele care sunt recomandate de OMS, ONUDC și ONU-SIDA (2009), ca parte a unui „pachet amplu” pentru prevenirea infectării cu HIV în rândul consumatorilor de droguri prin injectare. Intervențiile furnizate de obicei depind de contextul național, însă includ evaluare și consiliere individuală cu privire la riscuri, informații specifice și educație referitoare la un consum în condiții de mai mare

Noua monografie OEDT privind reducerea riscurilor

Documentul „Reducerea riscurilor: dovezi, impact și provocări” a fost publicat în 2010 de OEDT. Această monografie oferă o imagine de ansamblu cuprinzătoare a acestui domeniu prin 16 capitole având ca autori peste 50 de experți europeni și internaționali. Prima parte a monografiei face referire la apariția și răspândirea reducerii riscurilor și explorează conceptul din diferite perspective, inclusiv din perspectiva organizațiilor internaționale, a cercetătorilor și a consumatorilor de droguri. O a doua parte este consacrată dovezilor actuale și impactului și ilustrează modul în care s-a extins conceptul pentru a include o gamă largă de comportamente și riscuri, inclusiv cele legate de consumul de alcool, de tutun și de consumul recreațional de droguri. Ultima parte se referă la provocări și inovare, precum și la necesitatea integrării și adaptării intervențiilor la nevoile sociale și individuale.

Această publicație este disponibilă în format tipărit și pe site-ul internet al OEDT doar în limba engleză.

siguranță, distribuirea de materiale pentru injecții altele decât ace și seringi, promovarea utilizării prezervativului în rândul consumatorilor de droguri prin injectare, depistare și consiliere în ceea ce privește bolile infecțioase, tratament antiretroviral și vaccinare împotriva hepatitei virale. Multe dintre aceste servicii sunt furnizate de agenții cu acces necondiționat. Răspunsurile la reducerea riscurilor care vizează prevenirea deceselor induse de droguri sunt, totuși, rare ⁽²²⁾, în pofida unei creșteri a gradului de conștientizare a necesității unor astfel de intervenții. Noile inițiative în acest domeniu includ avertizări sau alerte timpurii cu privire la substanțele asociate unor riscuri crescute ⁽²³⁾. De exemplu, toate unitățile cu acces necondiționat din Republica Cehă au fost notificate în 2009 cu privire la o posibilă penetrare a fentanilului pe piața drogurilor locală.

Ca urmare a evoluțiilor recente în tratamentul hepatitei C, majoritatea țărilor își sporesc în prezent eforturile de prevenire, depistare și tratare a hepatitei în rândul consumatorilor de droguri, inclusiv al celor care beneficiază de tratament de substituție. Printre exemplele recente se numără noul plan național privind hepatita din Franța, un studiu-pilot de elaborare de recomandări pentru prevenirea VHC în Germania, și orientări referitoare la tratamentul hepatitei în Republica Cehă, Țările de Jos și Regatul Unit. Studiile și campaniile de evaluare în penitenciare sunt de asemenea raportate de mai multe țări, inclusiv Belgia, Franța, Luxemburg și Ungaria.

⁽²¹⁾ COM(2007) 199 final.

⁽²²⁾ A se vedea tabelul HSR-8 din Buletinul statistic pentru 2010.

⁽²³⁾ A se vedea caseta „Apariția antraxului în rândul consumatorilor de heroină din Regatul Unit și Germania” din capitolul 7.

Obiectivul răspunsurilor de reducere a riscurilor s-a extins dincolo de epidemia HIV/SIDA, cuprinzând perspectiva mai largă a îndeplinirii nevoilor medicale și sociale ale consumatorilor problematici de droguri, în special ale celor care sunt excluși social.

Încorporarea reducerii riscurilor în răspunsul dat consumului de droguri a promovat, de asemenea, colectarea datelor referitoare la problema drogurilor. Inventarele naționale ale serviciilor și studiile privind calitatea serviciilor (Republica Cehă, Germania, Irlanda, Finlanda) și sondaje ale pacienților (Estonia, Lituania, Luxemburg, Ungaria) oferă o cunoaștere mai aprofundată a serviciilor și a nevoilor pacienților. Acestea facilitează, de asemenea, promovarea evaluării calității și a schimbului de bune practici, îmbunătățirea materialelor și a tehnicilor de prevenire și elaborarea de noi intervenții.

Excluderea și reintegrarea socială

Reintegrarea socială este recunoscută drept o componentă esențială a strategiilor cuprinzătoare în domeniul drogurilor. Aceasta poate fi pusă în aplicare în orice etapă a consumului de droguri și în diferite situații, și include consolidarea capacităților, îmbunătățirea aptitudinilor sociale, măsuri de facilitare și promovare a ocupării forței de muncă și de obținere sau îmbunătățire a locuințelor. În practică, programele de reintegrare pot oferi consiliere profesională, asistență în găsirea unui loc de muncă și sprijin pentru locuințe. Intervențiile în penitenciare, care au impact asupra numărului de recidive în ceea ce privește atât consumul, cât și infracțiunile, pot oferi deținuților locuințe comunitare și servicii de asistență socială în pregătirea eliberării acestora. În general, rezultatele măsurilor de reintegrare socială depind de eficiența colaborării dintre instituțiile de îngrijire medicală și sociale.

Deși nu există o relație cauzală între formele mai problematice ale consumului de droguri și excluderea socială, cele două sunt adesea asociate. Datele indică faptul că pierderea locuinței afecta 9 % din pacienții care au început tratamentul pentru consumul de droguri în centrele ambulatorii și aproximativ 13 % din cei care au început tratament cu spitalizare în 2008. Aproximativ 40 % din pacienții care au început tratamentul în ambele tipuri de instituții nu au absolvit o formă de învățământ secundar în timp ce 47 % dintre pacienții care au început tratamentul în centrele ambulatorii și 71 % dintre cei care au început tratament cu spitalizare au raportat că sunt fie

șomeri, fie inactivi din punct de vedere economic ⁽²⁴⁾. Este posibil ca această situație să nu se îmbunătățească în contextul situației economice actuale, în care ratele din ce în ce mai mari ale șomajului sporesc concurența pe piața muncii ⁽²⁵⁾.

Toate țările care au transmis rapoarte menționează disponibilitatea programelor de locuințe și a programelor și serviciilor de educație și de ocupare a forței de muncă. Acestea fie sunt destinate în special consumatorilor de droguri, fie abordează nevoile grupurilor excluse din punct de vedere social în general. Irlanda și Suedia discută cu privire la modelul „locuința în primul rând” pentru persoanele fără locuință cu probleme de sănătate mintală și care consumă droguri. Acest model este adeseori asociat serviciilor sociale și de tratament integrat în comunitate și gestionării de caz. Accesul la locuință nu are drept condiții un comportament serios și faptul de a nu consuma droguri, astfel cum se întâmplă cu acest grup problematic. Abordarea „locuința în primul rând” a dat rezultate pozitive pentru persoanele fără locuință printr-un număr de variabile de sănătate și sociale, inclusiv consumul de substanțe (Pleace, 2008).

Creșterea capacității de inserție profesională și sporirea accesului la munca plătită joacă un rol important în reintegrarea socială a consumatorilor de droguri. Țări precum Germania, Italia, Austria, Portugalia și Regatul Unit au priorizat din ce în ce mai mult aspectele legate de locul de muncă ale procesului de recuperare prin inițiative noi și au sporit alocarea de fonduri.

Aplicarea legislației în domeniul drogurilor și infracțiunile la regimul drogurilor

Aplicarea legislației în domeniul drogurilor reprezintă o componentă importantă a politicilor naționale și europene privind drogurile și cuprinde o gamă largă de intervenții realizate în special de poliție și de alte instituții polițienești (de exemplu, vama). Datele privind activitățile de aplicare a legislației în domeniul drogurilor sunt deseori mai puțin dezvoltate și accesibile decât cele din alte domenii de politică privind drogurile. O excepție notabilă este reprezentată de datele privind infracțiunile la regimul drogurilor, care sunt examinate în această secțiune. De asemenea, în această secțiune sunt examinate măsurile recente de aplicare a legislației în domeniul drogurilor pentru a aborda producția canabisului în scop comercial, și noile evoluții înregistrate în colaborarea internațională pentru combaterea traficului de droguri.

⁽²⁴⁾ A se vedea tabelele TDI-12, TDI-13 și TDI-15 din Buletinul statistic pentru 2010.

⁽²⁵⁾ A se vedea caseta „Recesiunea economică și problemele legate de consumul de droguri” din capitolul 1.

Aplicarea legislației în domeniul drogurilor

În 2010, Europol a deschis un „fișier de lucru pentru analiză” privind canabisul ⁽²⁶⁾. Proiectul cuprinde o componentă privind cultivarea canabisului, destinată îmbunătățirii comunicării reciproce de informații în Uniunea Europeană privind implicarea crimei organizate în producția de canabis. Aceasta se bazează pe raportarea de către agențiile de aplicare a legislației în domeniul drogurilor din cel puțin șapte țări a faptului că au fost implicate organizații criminale în cultivarea canabisului în scop comercial, o activitate care se pare că poate fi extrem de profitabilă ⁽²⁷⁾.

Este dificil să se estimeze sfera de întindere a cultivării ilegale a canabisului în Europa, deoarece sunt disponibile extrem de puține date privind numărul cultivatorilor și dimensiunea plantațiilor ilegale de canabis. Studiile calitative și datele capturilor (a se vedea capitolul 3) sugerează că este posibil ca producția domestică să fi sporit considerabil din anii '90, în special în Europa de Vest. Studiile calitative arată că motivele cultivatorilor merg de la cultivarea unui număr redus de plante pentru consum personal până la producerea unui număr de mai multe mii de plante în scopuri comerciale.

Cultivarea canabisului în scopuri comerciale, în special în spații închise de dimensiuni mari, a fost raportată drept cauzatoare de probleme de siguranță publică și de infracționalitate în Belgia, Germania, Țările de Jos și Regatul Unit. S-a raportat că organizațiile criminale din Regatul Unit exploatează tinerii imigranți ilegali din Asia. De asemenea, crearea de plantații comerciale în interiorul clădirilor determină adesea transformarea incintei, ceea ce poate deteriora proprietatea. Un alt risc adus proprietății și siguranței este asociat consumului masiv de energie electrică pentru a furniza lumină artificială plantelor de canabis cultivate în spații închise. S-a raportat că metode nesigure de ocolire a contoarelor de energie electrică – pentru a evita plata sau suspiciunile – sau instalații electrice necorespunzătoare au provocat incendii în plantațiile în spații închise.

Cultivarea canabisului este abordată în cadrele existente de aplicare a legii în vederea combaterii drogurilor și crimei organizate, însă unele țări europene au elaborat recent strategii specifice în acest domeniu. În Belgia, combaterea producției ilegale de canabis reprezintă o prioritate a Planului de securitate națională 2008-2012, în timp ce Țările de Jos și Regatul Unit au elaborat strategii multilaterale în vederea sporirii detectării și distrugerii plantațiilor comerciale. Aceste strategii includ măsuri

precum creșterea gradului de conștientizare în rândul populației generale și în unele sectoare-cheie (de exemplu, furnizorii de electricitate, magazinele de echipamente hardware) pentru a încuraja raportarea la poliție a plantațiilor de canabis. De asemenea, s-au încheiat parteneriate între cei care asigură aplicarea legislației și furnizorii de electricitate, serviciile din domeniul imobiliar, societățile de asigurări și alte sectoare interesate de combaterea plantațiilor de canabis în scopuri comerciale. Se iau măsuri și în vederea sporirii eficienței politicilor. În Țările de Jos, de exemplu, în iulie 2008, a fost instituit un „grup operativ pentru combaterea cultivării organizate a canabisului” în vederea coordonării eforturilor existente depuse de poliție, de autoritățile locale, de magistrați și de administrația fiscală. Forțele de poliție pot fi dotate în prezent cu tehnologie de detecție utilizată în general de forțele militare, inclusiv camere cu infraroșu pentru imagine termică, și să desfășoare operațiuni mai ample de distrugere a plantațiilor și arestare a suspectilor, precum „Operațiunea Mazurka” din Irlanda de Nord, care a condus la 101 arestări în 2008.

Măsuri care vizează cultivarea canabisului au fost raportate și în alte țări. De exemplu, o operațiune majoră împotriva „fabricilor de canabis” s-a desfășurat în 2008 în Irlanda, în timp ce în Germania, poliția judiciară federală (Bundeskriminalamt) a creat o unitate specială de raportare cu privire la infracțiunile legate de consumul de canabis de pe întreg teritoriul țării.

Infracțiunile la regimul drogurilor

Rapoartele inițiale privind infracțiunile la regimul drogurilor, în principal din partea poliției, sunt singurele date de rutină disponibile în Europa cu privire la criminalitatea legată de droguri ⁽²⁸⁾. De obicei, aceste date se referă la infracțiuni având legătură cu consumul (consum și deținere în vederea consumului) sau cu furnizarea de droguri (producție, trafic și vânzare de droguri), deși în unele țări pot fi raportate și alte tipuri de infracțiuni (de exemplu, în legătură cu precursorii de droguri).

Datele cu privire la infracțiunile la regimul drogurilor sunt un indicator direct al activității de aplicare a legii, deoarece se referă la infracțiuni consensuale care rămân de obicei neraportate de potențialele victime. Acestea sunt considerate adesea indicatori indirecti ai consumului de droguri și ai traficului de droguri, deși includ doar acele activități care au atras atenția instituțiilor de aplicare a legii. Acestea pot reflecta și diferențe naționale în ceea

⁽²⁶⁾ Un fișier de lucru pentru analiză este, în esență, o bază de date securizată care cuprinde informații furnizate de țările participante, conform unor norme de confidențialitate stricte. Acesta permite Europol să sprijine forțele naționale de asigurare a aplicării legislației în domeniul drogurilor.

⁽²⁷⁾ A se vedea caseta „Veniturile și profiturile obținute din cultivarea ilegală a canabisului” din capitolul 3.

⁽²⁸⁾ Pentru o discuție referitoare la relația dintre droguri și infracțiuni și o definiție a „infracțiunilor legate de droguri”, a se vedea OEDT (2007a).

Dezvoltarea platformelor interinstituționale în Europa

Conceptul de platforme interinstituționale, în care instituțiile de aplicare a legii și cele militare din diferite țări își comunică reciproc informații și coordonează capturile de droguri înainte ca acestea să ajungă pe piețele consumatorilor, își are originea în America. Grupul operațional interinstituțional comun – sud (*Joint Interagency Task Force-South, JIATF-S*), înființat în Panama în 1994 și, în prezent, cu sediul la Key West (Florida), este un model pentru această formă de cooperare. JIATF-S, o platformă militară, coordonează activitățile maritime și aeriene de interdicție din sudul Statelor Unite desfășurate de agențiile militare, de informații și de aplicare a legii din Statele Unite și de țările asociate, inclusiv Spania, Franța, Țările de Jos și Regatul Unit.

În Europa, două platforme interinstituționale, ambele conduse de instituții de aplicare a legii, au fost înființate recent pentru a coordona măsurile de combatere a traficului de droguri. Centrul de Analiză și Operațiuni Maritime – Narcotice (*Maritime Analysis and Operations Centre-Narcotics, MAOC-N*) a fost creat în 2007, în cadrul Uniunii Europene, printr-un tratat semnat între Irlanda, Spania, Franța, Italia, Țările de Jos, Portugalia și Regatul Unit. MAOC-N are sediul la Lisabona și coordonează interzicerea încărcăturilor de droguri transportate peste Atlantic. JIATF-S a fost asociat cu proiectul MAOC-N de la început, în prezent acționând în calitate de observator împreună cu Comisia Europeană, Europol, Germania, Grecia, Canada, Maroc, ONUDC și, recent, Capul Verde. Cea de a doua platformă interinstituțională, *Centre de Coordination de la Lutte Anti-Drogue en Méditerranée (CeCLAD-M)*, a fost înființată în 2008. CeCLAD-M este o unitate a poliției franceze, care adună reprezentanți ai agențiilor franceze de aplicare a legii și ai marinei, precum și reprezentanți din Grecia, Spania, Italia, Cipru, Portugalia, Regatul Unit, Maroc și Senegal. Centrul are sediul în Toulon și poate propune interceptarea vaselor și aeronavelor suspecte din Marea Mediterană.

Platforme similare pot fi instituite în viitor în zona Mării Negre și a Mediteranei de Est. De asemenea, Comisia Europeană a sponsorizat recent un studiu în vederea explorării posibilității stabilirii unei platforme europene pentru consolidarea de capacități și schimbul de informații în Africa de Vest.

ce privește legislația, prioritățile și resursele. De asemenea, și sistemele de informații naționale diferă în Europa, în special în ceea ce privește practicile de înregistrare și raportare. Din aceste motive, este dificil să se realizeze comparații valide între țări, o metodă mai bună constând în compararea tendințelor, nu a unor cifre absolute.

Un indice la nivelul UE, bazat pe datele furnizate de 21 de state membre, reprezentând 85 % din populația cu

vârste cuprinse între 15 și 64 de ani din Uniunea Europeană, arată că, între 2003 și 2008, numărul infracțiunilor la regimul drogurilor raportate a crescut cu aproximativ 35 %. Dacă sunt luate în considerare toate țările care au transmis rapoarte, datele indică tendințe ascendente în 15 țări și o stabilizare sau o o scădere generală în nouă țări pe parcursul perioadei ⁽²⁹⁾.

Infracțiuni legate de consum și ofertă

În comparație cu anii anteriori, nu s-a înregistrat nicio schimbare majoră în ceea ce privește ponderea infracțiunilor la regimul drogurilor legate de consum și a celor legate de ofertă. În majoritatea (23) țărilor europene, infracțiunile la regimul drogurilor legate de consum sau de deținerea în vederea consumului au continuat să cuprindă majoritatea infracțiunilor la regimul drogurilor în 2008, Estonia, Spania, Franța, Austria, Slovenia și Suedia raportând proporțiile cele mai ridicate (81-92 %). Totuși, infracțiunile legate de ofertă sunt predominante în Republica Cehă (87 %) ⁽³⁰⁾.

Între 2003 și 2008, numărul infracțiunilor la regimul drogurilor în legătură cu consumul a crescut în majoritatea țărilor care au transmis rapoarte, singurele care au raportat o scădere în decursul acestei perioade fiind Bulgaria, Germania, Grecia, Austria și Slovenia. În ansamblu, numărul de infracțiuni la regimul drogurilor legate de consum în Uniunea Europeană a crescut între 2003 și 2008 cu aproximativ 37 % (figura 2).

Infracțiunile legate de oferta de droguri au crescut la rândul lor în perioada 2003-2008, dar într-un ritm mult mai lent, cu o creștere de aproximativ 10 % în Uniunea Europeană. Cu privire la această perioadă, 17 țări au raportat în general o creștere a infracțiunilor legate de ofertă, iar opt au raportat o scădere ⁽³¹⁾.

Tendențe în funcție de drog

Canabisul continuă să fie drogul ilegal cel mai des menționat în infracțiunile la regimul drogurilor raportate în Europa ⁽³²⁾. În majoritatea țărilor europene, infracțiunile legate de cannabis reprezintă între 50 % și 75 % din infracțiunile la regimul drogurilor raportate pentru 2008. Infracțiunile legate de alte droguri le depășesc pe cele legate de cannabis în numai trei țări: Republica Cehă și Letonia, în legătură cu metamfetamina (57 % și 33 %), și Lituania, în legătură cu heroina (26 %).

În perioada 2003-2008, numărul de infracțiuni la regimul drogurilor în legătură cu cannabisul a crescut în 15 țări care au transmis rapoarte, ducând la o creștere estimată

⁽²⁹⁾ A se vedea figura DLO-1 și tabelul DLO-1 din Buletinul statistic pentru 2010.

⁽³⁰⁾ A se vedea tabelul DLO-2 din Buletinul statistic pentru 2010.

⁽³¹⁾ A se vedea figura DLO-1 și tabelul DLO-5 din Buletinul statistic pentru 2010.

⁽³²⁾ A se vedea tabelul DLO-3 din Buletinul statistic pentru 2010.

de 29 % în Uniunea Europeană (figura 2). Tendințe descrescătoare sunt raportate de Bulgaria, Republica Cehă, Germania, Italia, Austria și Slovenia ⁽³³⁾.

Infrațiunile legate de cocaină au crescut în perioada 2003-2008 în 17 țări care au transmis rapoarte, în timp ce Bulgaria, Germania, Italia și Austria au raportat tendințe descrescătoare. În Uniunea Europeană, în ansamblu, în aceeași perioadă, infrațiunile legate de consumul de cocaină au crescut anul trecut cu aproximativ 45 %, ceea ce indică o stabilizare ⁽³⁴⁾.

Trecerea de la o tendință descendentă la o tendință ascendentă în cazul infrațiunilor legate de heroină este în prezent confirmată: media europeană pentru astfel de infrațiuni a crescut la 39 % în perioada 2003-2008. Numărul infrațiunilor legate de heroină a crescut în 16 țări care au transmis rapoarte, în timp ce în Bulgaria, Germania, Italia și Austria a fost raportată o descreștere pentru perioada 2003-2008 ⁽³⁵⁾.

Numărul infrațiunilor legate de consumul de amfetamine raportate în Uniunea Europeană continuă să indice o tendință ascendentă, estimându-se o creștere de 24 % între 2003 și 2008. Pe de altă parte, infrațiunile legate de ecstasy au scăzut în aceeași perioadă cu aproximativ 35 % (figura 2).

Răspunsuri medicale și sociale în penitenciare

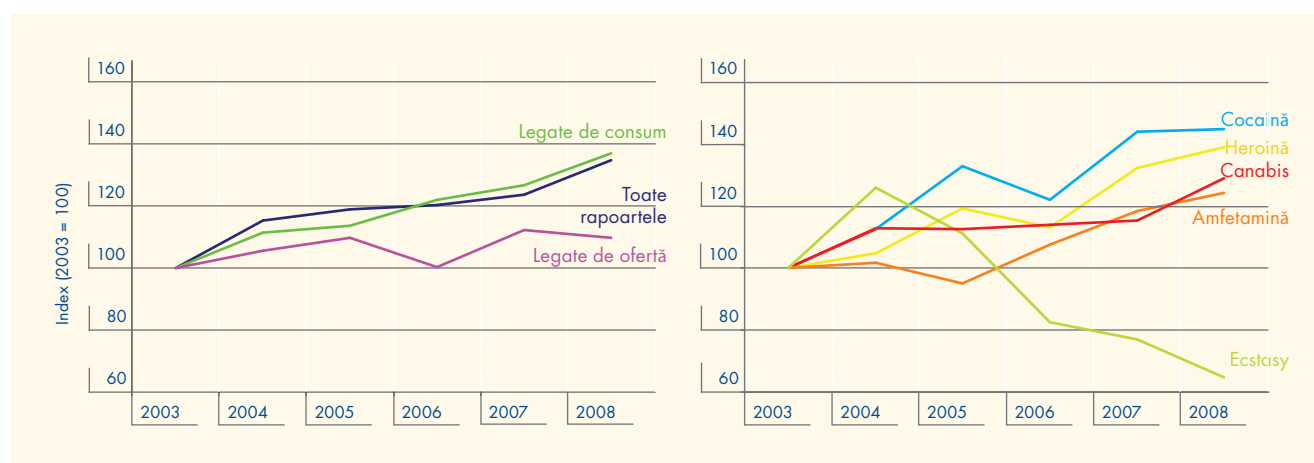
În orice zi a anului, în unitățile penitenciare din Uniunea Europeană se găsesc peste 600 000 de deținuți ⁽³⁶⁾, ceea ce reprezintă o proporție de aproximativ 120 de deținuți la 100 000 de locuitori ⁽³⁷⁾. Proporțiile naționale ale deținuților față de totalul populației variază între 66 și 285 de deținuți la 100 000 de locuitori, majoritatea statelor membre din Europa Centrală și de Est raportând proporții mai ridicate decât media generală. Cu toate acestea, cifrele naționale și media pentru UE se mențin la un nivel considerabil mai mic decât cel raportat de Rusia (609) și de SUA (753) ⁽³⁸⁾.

În majoritatea țărilor din UE, dintre deținuții condamnați, cei aflați în detenție pentru infracțiuni la regimul drogurilor reprezintă între 10 % și 30 % din populația din penitenciare. Un procent necunoscut din ceilalți deținuți sunt condamnați pentru diferite infracțiuni împotriva proprietății comise pentru suportarea cheltuielilor pe care le presupune dependența de droguri sau pentru alte infracțiuni legate de droguri.

Consumul de droguri la populațiile din penitenciare

Până în prezent, încă nu au fost standardizate definițiile, temele de cercetare și metodologiile utilizate în studiile privind consumul de droguri în închisori (Direcția Generală Sănătate și Consumatori, 2008; Vandam, 2009), deși

Figura 2: Tendințe în rapoartele privind infrațiunile la regimul drogurilor în funcție de tipul infracțiunii și de tipul de drog în statele membre ale UE



NB: Tendințele reprezintă informațiile disponibile referitoare la numărul de rapoarte la nivel național privind infrațiunile la regimul drogurilor (penale sau nepenale) raportate de toate agențiile de aplicare a legii din statele membre ale UE; indexul tuturor seriilor este 100 în 2003, acestea fiind ponderate în funcție de dimensiunile populației fiecărei țări pentru a alcătui o tendință UE globală. Pentru mai multe informații, a se vedea figurile DLO-1 și DLO-3 din Buletinul statistic pentru 2010.

Sursă: Punctele focale naționale Reitox.

⁽³³⁾ A se vedea tabelul DLO-6 din Buletinul statistic pentru 2010.

⁽³⁴⁾ A se vedea figura DLO-3 și tabelul DLO-8 din Buletinul statistic pentru 2010.

⁽³⁵⁾ A se vedea tabelul DLO-7 din Buletinul statistic pentru 2010.

⁽³⁶⁾ Datele privind penitenciarele din Europa sunt disponibile la Consiliul Europei.

⁽³⁷⁾ Termenul „deținut” cuprinde atât persoanele în arest preventiv, cât și pe cele care au fost condamnate.

⁽³⁸⁾ Sursă: World prison brief pentru cifrele din SUA și Rusia.

studiile existente arată că, în continuare, consumul de droguri rămâne mai răspândit în rândul deținuților decât în rândul populației în general. Datele obținute în urma mai multor studii realizate începând cu anul 2003 arată că există diferențe considerabile în ceea ce privește prevalența consumului de droguri în rândul deținuților: de exemplu, consumul regulat de droguri în prima lună de detenție a fost raportat de doar 3 % dintre respondenți în unele țări, și de până la 77 % în altele. De asemenea, studiile indică faptul că în rândul deținuților pot fi concentrate cele mai dăunătoare forme de consum de droguri, între 6 % și 38 % dintre respondenți raportând că și-au injectat droguri cel puțin o dată ⁽³⁹⁾.

La intrarea în închisoare, majoritatea consumatorilor reduc sau încetează consumul de droguri, în special ca urmare a dificultății dobândirii substanțelor. Cu toate acestea, faptul că drogurile ilegale reușesc să ajungă în cele mai multe penitenciare, în pofida tuturor măsurilor luate pentru a reduce oferta de droguri, este recunoscut atât de experții în penitenciare, cât și de factorii de decizie din Europa. În studiile desfășurate începând cu 2003, se estimează că între 1 % și 56 % dintre deținuți au consumat droguri în penitenciar. Consumul regulat de droguri în ultima lună de detenție a fost raportat de 12 % dintre deținuți într-un studiu național desfășurat în Portugalia în 2007 ⁽⁴⁰⁾. În cadrul unui studiu realizat pe un eșantion de 246 de deținuți din Luxemburg s-a constatat că 31 % dintre aceștia și-au injectat droguri în închisoare, în timp ce studiile realizate în alte trei țări raportează un procent de cel puțin 10 % ⁽⁴¹⁾. Potrivit datelor, deținuții consumatorii de droguri utilizează în comun instrumentele pentru injectare mai des decât cei din afara penitenciarelor. Acest lucru generează preocupări cu privire la posibila răspândire a bolilor infecțioase în rândul populației din penitenciare.

Sănătatea în penitenciarele din Europa

Deținuții au dreptul la îngrijiri medicale la același nivel cu persoanele care trăiesc în comunitate, iar serviciile de sănătate din penitenciare ar trebui să fie în măsură să ofere tratamente pentru problemele legate de consumul de droguri în condiții comparabile cu cele oferite în afara penitenciarelor (CPT, 2006; OMS, 2007). Acest principiu general al echivalenței este recunoscut în Uniunea Europeană prin Recomandarea Consiliului din 18 iunie 2003 privind prevenirea și reducerea riscurilor pentru sănătate asociate dependenței de droguri ⁽⁴²⁾, iar noul plan de acțiune al UE în domeniul drogurilor (2009-2012) prevede punerea în aplicare a acesteia.

Cooperarea dintre penitenciare și serviciile sociale și de sănătate se intensifică în Europa. Exemple în acest sens sunt transferul de responsabilitate pentru sănătatea în penitenciare de la sistemul național de justiție la administrațiile de sănătate în Franța, Italia, Suedia, Norvegia și în Anglia și Țara Galilor (este planificată și în Scoția), integrarea agențiilor din domeniul sănătății la nivel comunitar în echipe multidisciplinare în cadrul penitenciarelor în Luxemburg, Portugalia, Slovenia și Suedia și sporirea gradului de furnizare de servicii în cadrul penitenciarelor de către agențiile de droguri la nivel comunitar, care există în prezent în mai multe țări.

Strategiile și planurile de acțiune naționale privind drogurile cuprind adesea obiective de îngrijire în penitenciare, precum îmbunătățiri ale echivalenței, calității și continuității tratamentului și serviciilor de îngrijire în penitenciare. Unele țări au elaborat strategii specifice pentru sistemul penitenciar. Spania și Luxemburg pun în aplicare politici referitoare la sănătatea în penitenciare de peste zece ani, iar eficiența acestora a fost documentată. Mai recent, în Belgia au fost numiți coordonatori de politici în domeniul drogurilor în penitenciare și a fost instituită o unitate centrală, unde personalul penitenciarelor și specialiștii în materie de droguri cooperează pentru a oferi deținuților tratament până la eliberare. În 2008, a fost stabilit un comitet pentru probleme legate de droguri în cadrul serviciului de penitenciare din Ungaria. Planul de acțiune privind politicile în materie de droguri pentru 2007-2009 al serviciului de penitenciare din Republica Cehă coordonează aplicarea noilor servicii și include o componentă de monitorizare și de evaluare. În Regatul Unit, strategia în domeniul drogurilor pentru 2008-2011 a Direcției Naționale pentru Monitorizarea Infractorilor (*National Offender Management Service* – NOMS, 2009) urmărește furnizarea de intervenții timpurii pentru tineri și oferirea de tratament infractorilor cu probleme de abuz de droguri în vederea reducerii riscurilor cauzate de consumul de droguri și de alcool.

Asistența pentru consumatorii de droguri din penitenciare

Deținuții din Europa pot accesa o serie de servicii în legătură cu consumul de droguri și cu problemele asociate acestuia. Acestea includ: informare în legătură cu drogurile și sănătatea, îngrijirea bolilor infecțioase, tratament pentru dependența de droguri, măsuri de reducere a riscurilor și pregătire pentru eliberare ⁽⁴³⁾.

⁽³⁹⁾ A se vedea tabelele DUP-2 și DUP-105 din Buletinul statistic pentru 2010.

⁽⁴⁰⁾ A se vedea tabelul DUP-3 din Buletinul statistic pentru 2010.

⁽⁴¹⁾ A se vedea tabelul DUP-4 din Buletinul statistic pentru 2010.

⁽⁴²⁾ JO L 165, 3.7.2003, p. 31.

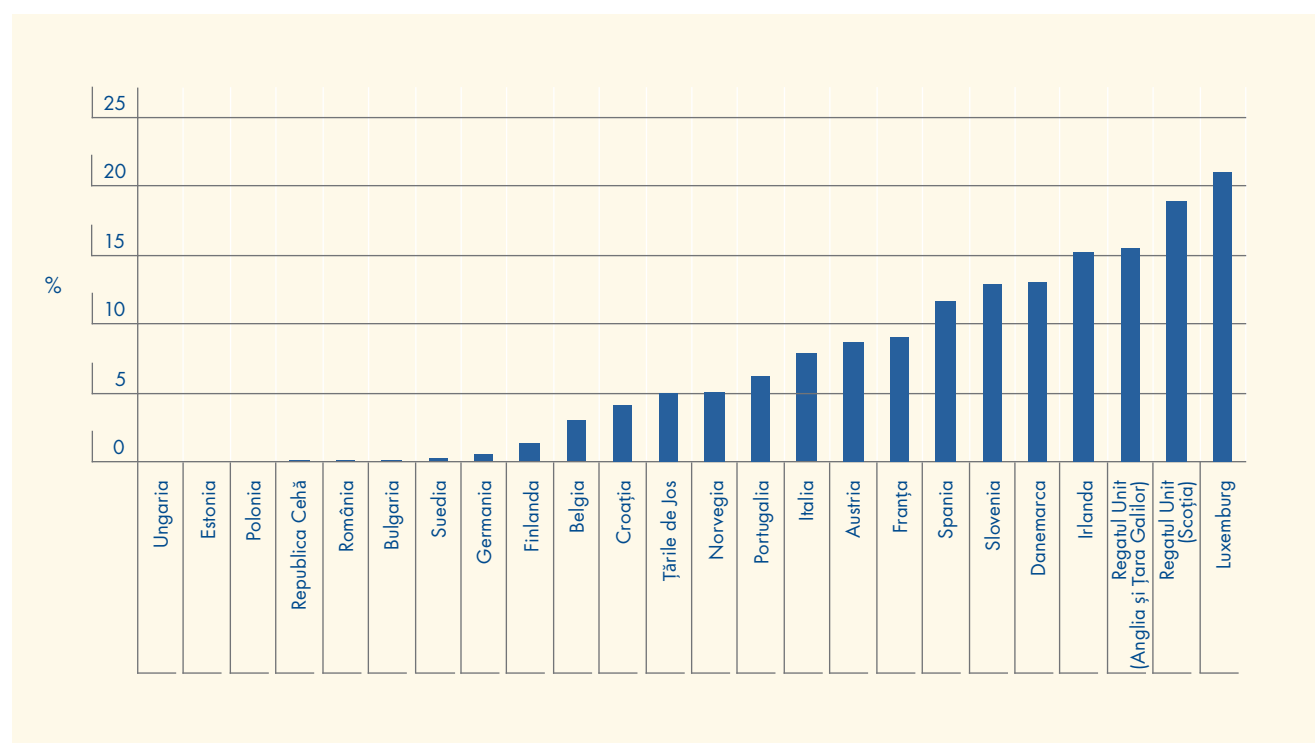
⁽⁴³⁾ A se vedea tabelul HSR-7 din Buletinul statistic pentru 2010.

În ultimii ani, organizațiile internaționale au elaborat informații și orientări privind gestionarea bolilor infecțioase în penitenciare. ONUDC, în colaborare cu OMS și ONU-SIDA, a publicat o serie de materiale de informare pentru administrațiile penitenciarelor și alți factori de decizie, care explică modul de elaborare a unui răspuns național eficient la HIV/SIDA în unitățile penitenciare (ONUDC, OMS și ONU-SIDA, 2006). Un alt document oferă orientări privind modul de furnizare de informații referitoare la consilierea și testarea mai eficientă a bolilor infecțioase în unitățile penitenciare, și de îmbunătățire a comunicării rezultatelor deținuților (ONUDC, ONU-SIDA și OMS, 2010).

Un set clar de servicii și de standarde referitoare la sănătate în penitenciare a fost definit într-un număr mic de țări, inclusiv în Republica Cehă, Spania, Luxemburg și Regatul Unit, iar alte țări iau, de asemenea, măsuri în această direcție. Mai multe țări raportează în prezent că evaluează disponibilitatea și calitatea serviciilor de sănătate acordate consumatorilor de droguri din penitenciare. În Irlanda, de exemplu, necesitatea compatibilității capacităților serviciilor farmaceutice din

penitenciare cu creșterea furnizării tratamentului de substituție a fost identificată într-un studiu (Irish Prison Service, 2009), în timp ce în Franța, un nou organ de supraveghere (Inspectoratul general al penitenciarelor și al altor instituții de detenție) a constatat deficiențe în serviciile de îngrijire în penitenciare și a identificat riscuri de infecție. Țările de Jos au introdus o nouă directivă pentru îngrijirea deținuților consumatori de droguri, care acordă o atenție specială bolilor infecțioase legate de consumul de droguri ⁽⁴⁴⁾. De asemenea, calitatea serviciilor din penitenciare se îmbunătățește în mai multe țări, datorită investițiilor în formare. În Belgia, întregul personal al penitenciarelor a beneficiat de formare cu privire la politicile referitoare la consumul de alcool și de droguri în penitenciare; medicii din penitenciarele din Croația au urmat cursuri de formare privind tratamentul de substituție, iar un proiect demarat de ONUDC a furnizat cursuri de formare privind prevenirea SIDA și educație în legătură cu drogurile medicilor din penitenciarele letone, asistenților sociali și psihologilor, care au instruit ulterior deținuții. În Finlanda, noile programe privind tratamentul în penitenciare necesită acreditare din partea Agenției pentru sancțiuni penale.

Figura 3: Proportia deținuților care primesc tratament de substituție pentru opiacee



NB: Datele sunt prezentate pentru toate țările în care tratamentul de substituție este disponibil în închisori, cu excepția Maltei. Datele sunt pentru 2008, cu excepția Austriei și Scoției (2007), Belgiei și Țărilor de Jos (2009). Pentru note și surse, a se vedea tabelul HSR-9 din Buletinul statistic pentru 2010.

Sursă: Punctele focale naționale Reitox.

⁽⁴⁴⁾ A se vedea Portalul privind cele mai bune practici.

În urma dezvoltării tratamentului de substituție pentru opiacee în comunitate, multe țări raportează creșteri ale numărului de deținuți care urmează un tratament de substituție pentru opiacee. Continuitatea îngrijirilor pentru tratamentul de substituție este deosebit de importantă, având în vedere ratele ridicate de decese prin supradoză la eliberare (OEDT, 2009a) și pentru reducerea riscului de infracțiuni comise pentru a finanța consumul ilegal de droguri. În 2008, continuarea tratamentului de substituție pentru opiacee în

penitenciare a devenit posibilă în Bulgaria, Estonia și România. Totuși, această opțiune de tratament nu este disponibilă în penitenciarele din Grecia, Cipru, Lituania, Letonia, Slovacia și Turcia. În șase state membre, se estimează că peste 10 % din totalul deținuților primesc tratament de substituție pentru opiacee, în timp ce în alte opt țări cifra corespundentă este cuprinsă între 3 % și 10 % (figura 3). În majoritatea țărilor, dezintoxicarea rămâne încă tratamentul „implicit” pentru consumatorii de opiacee care intră în unități penitenciare.



Capitolul 3

Canabisul

Introducere

Canabisul este cel mai răspândit drog ilegal din Europa, unde este și importat, dar și produs la nivel intern. În majoritatea țărilor, consumul de cannabis a crescut în cursul anilor '90 și la începutul anilor 2000, deși există diferențe importante între țări. De asemenea, în ultimii ani s-a înregistrat o creștere a înțelegerii implicațiilor în legătură cu sănătatea publică ale consumului pe termen lung și răspândit al acestui drog și în legătură cu nivelurile raportate ale cererii de tratament pentru problemele legate de cannabis. Este posibil ca în prezent Europa să intre într-o etapă nouă, deoarece datele obținute în cadrul anchetelor efectuate în rândul populației în ansamblu și în școli indică o tendință în curs de stabilizare sau chiar de scădere în ceea ce privește consumul de cannabis. Cu toate acestea, nivelurile consumului rămân ridicate în comparație cu standardele istorice, iar ceea ce constituie un răspuns eficient la consumul de cannabis rămâne o întrebare-cheie în dezbaterile europene privind drogurile.

Oferta și disponibilitatea

Producția și traficul

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

În Europa, cultivarea cannabisului este larg răspândită și pare să fie în creștere. În 2008, toate cele 29 de țări europene care au furnizat informații au menționat cultivarea internă a cannabisului, deși s-ar părea că amploarea fenomenului variază într-o măsură considerabilă. Cu toate acestea, este probabil ca o proporție semnificativă a cannabisului consumat în Europa să fie rezultatul traficului intraregional.

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

	Rășină de cannabis	Plante de cannabis
Estimarea producției globale (tone)	2 200–9 900	13 300–66 100
Cantitățile globale capturate (tone)	1 637	6 563
Cantitatea capturată (tone) UE și Norvegia (inclusiv Croația și Turcia)	892 (900)	60 (92)
Numărul de capturi UE și Norvegia (inclusiv Croația și Turcia)	367 400 (368 700)	273 800 (288 600)
Prețul mediu cu amănuntul (EUR pe gram) Interval (Interval intercuartil) ⁽¹⁾	3–10 (6–9)	3–16 (5–9)
Intervalul de puritate medie (conținutul THC %) (Interval intercuartil) ⁽¹⁾	3–16 (6–10)	1–10 (5–8)

⁽¹⁾ Intervalul jumătății mijlocii a prețurilor medii raportate.

NB: Toate datele sunt valabile pentru 2008.

Surse: ONU DC (2009, 2010b) pentru valori globale, punctele focale naționale Reitox pentru datele europene.

Plantele de cannabis din Europa sunt, de asemenea, importate în special din Africa (de exemplu, Nigeria, Capul Verde, Africa de Sud) și, într-o mai mică măsură, din America, în special din Insulele Caraibe, din Orientul Mijlociu (Liban) și din Asia (Thailanda). Albania, Fosta Republică Iugoslavă a Macedoniei, Moldova, Muntenegru și Serbia sunt, de asemenea, menționate ca surse într-un raport recent (INCB, 2010b).

Producția globală de rășină de cannabis în 2008 a fost estimată la o cifră cuprinsă între 2 200 de tone și 9 900 de tone (ONU DC, 2009), Afganistanul și Marocul fiind raportate ca producători principali. Un sondaj efectuat recent sugerează că este posibil ca Afganistanul să fie în prezent cel mai mare producător de rășină de cannabis, cu o producție estimată între 1 500 și 3 500 de tone anual (ONU DC, 2010a). Ultima estimare disponibilă pentru Maroc a sugerat o producție de rășină de cannabis de aproximativ 1 000 de tone în 2005 (ONU DC și Guvernul Marocului, 2007). Deși o parte din rășina de cannabis produsă în Afganistan este vândută în Europa, Marocul rămâne probabil principalul furnizor al Europei pentru acest drog. Rășina de cannabis produsă în Maroc este în mod tipic introdusă clandestin în Europa prin Peninsula Iberică și Țările de Jos.

Capturi

În 2008, au fost capturate la nivel global aproximativ 6 563 de tone de plante de cannabis și 1 637 de tone de rășină de cannabis (tabelul 2), reprezentând o creștere de aproximativ 17 % în comparație cu anul precedent (ONU DC, 2010b). America de Nord a continuat să înregistreze cea mai mare cantitate capturată de plante de cannabis (48 %), în timp ce cantitățile de rășină capturate au rămas concentrate în Europa de Vest și Centrală (57 %).

Analize OEDT: Producția și piețele de cannabis din Europa

O nouă „analiză” privind producția și piețele cannabisului va fi publicată de OEDT în 2011. Raportul se va concentra pe produsele pe bază de cannabis din țările europene și va examina tipul de produse disponibile, originea acestora, segmentele de piață specifice și alte aspecte legate de distribuție și de structurile pieței. Cultivarea cannabisului în Uniunea Europeană, care a devenit mai vizibilă în ultimii ani, va beneficia de o atenție deosebită.

În 2008, în Europa s-au efectuat aproximativ 289 000 de capturi de plante de cannabis, însumând 92 de tone ⁽⁴⁵⁾. Între 2003 și 2008, numărul de capturi a crescut de două ori și jumătate. Cantitatea de plante de cannabis capturată, cu excepția anilor 2004-2005, când a scăzut cu aproximativ 65 de tone, a rămas relativ stabilă din 2003 la peste 90 de tone ⁽⁴⁶⁾. Aproximativ jumătate din totalul capturilor s-au înregistrat în Regatul Unit, cu 20 de tone sau mai mult anual în perioada 2005-2007. În 2008, Turcia (31 de tone) și Germania (9 tone) au raportat capturi record.

Capturile de rășină de cannabis din Europa depășesc capturile de plante de cannabis atât în ceea ce privește numărul, cât și cantitatea ⁽⁴⁷⁾. În 2008, s-au realizat 369 000 de capturi de rășină de cannabis, care au avut ca rezultat interceptarea a 900 de tone de drog, aproape de zece ori mai mult în comparație cu cantitatea de plante de cannabis capturate. Între anii 2003 și 2008, numărul capturilor de rășină de cannabis a crescut constant, în timp ce cantitatea capturată, după un declin inițial, a crescut din 2006. Aproximativ jumătate din numărul de capturi de rășină de cannabis și aproximativ trei sferturi din cantitatea capturată în 2008 au continuat să fie raportate de Spania, în timp ce cantități record de rășină de cannabis au fost capturate în Franța (71 de tone), Portugalia (61 de tone) și Italia (34 de tone).

Numărul capturilor de plante de cannabis a crescut din 2003, ajungând în 2008 la aproximativ 19 000 de cazuri. Țările raportează cantitățile capturate sub forma unor estimări privind numărul de plante sau greutatea capturilor. Numărul de plante capturate a crescut de la 1,7 milioane în 2003 la 2,6 milioane în 2007, înainte de a scădea la 1,2 milioane în 2008 ⁽⁴⁸⁾. Greutatea plantelor capturate a crescut cu un factor de 4,5 în decursul acestei perioade, la 43 de tone în 2008, din care Spania a raportat 24 de tone și Bulgaria 15 tone.

Concentrația și prețul

Concentrația produselor din cannabis este determinată de conținutul lor de delta-9-tetrahidrocannabinol (THC), principalul ingredient activ. Concentrația cannabisului variază mult între țări și în interiorul acestora, precum și între diferite produse din cannabis. Informațiile referitoare la concentrația cannabisului provin, în general, din analiza medico-legală a unor eșantioane selectate din cantitățile capturate. Nu este clar în ce măsură eșantioanele

⁽⁴⁵⁾ Datele privind capturile europene de droguri menționate în acest capitol se găsesc în tabelele SZR-1-SZR-6 din Buletinul statistic pentru 2010.

⁽⁴⁶⁾ Această analiză este preliminară, deoarece datele pentru Regatul Unit nu sunt încă disponibile pentru 2008.

⁽⁴⁷⁾ Date fiind diferențele în ceea ce privește mărimea transporturilor și distanțele parcurse, precum și nevoia de a trece frontiere internaționale, riscul capturării rășinii de cannabis este mai ridicat decât în cazul plantelor de cannabis de producție internă.

⁽⁴⁸⁾ Analiza nu include capturile raportate de Turcia, de 31 de milioane de plante de cannabis în 2003 și 20 de milioane de plante în 2004, deoarece datele privind cantitățile capturate nu sunt disponibile pentru anii următori.

analizate reflectă întreaga piață și, din acest motiv, datele referitoare la concentrație trebuie interpretate cu precauție.

În 2008, conținutul de THC raportat al mostrelor de rășină a variat între 3 % și 16 %. Concentrația medie a plantelor de canabis (dacă este posibil, fără a se include sinsemilla – forma plantei de canabis cu cea mai mare concentrație) a variat între 1 % și 10 %. Concentrația medie a plantei sinsemilla a fost raportată doar de câteva țări: aceasta a fost de fiecare dată mai ridicată decât concentrația plantelor de canabis importate, și a variat de la 12 % în Norvegia la puțin peste 16 % în Țările de Jos și în Regatul Unit. În perioada 2003-2008, concentrația medie a rășinii de canabis a fost diferită în cele 11 țări care au furnizat date suficiente, în timp ce concentrația plantelor de canabis a crescut în șase țări care au furnizat rapoarte și a scăzut în patru. Informații privind concentrația plantelor de canabis produse la nivel local de-a lungul mai multor ani sunt disponibile numai pentru Țările de Jos, unde s-a remarcat o scădere a mediei concentrației produselor de tip „nederviet”, de la un maxim de 20 % în 2004 la 16 % în 2007 și 2008 ⁽⁴⁹⁾.

În 2008, prețul mediu la vânzarea cu amănuntul a rășinii de canabis a variat de la 3 EUR la 10 EUR pe gram în cele 17 țări care au furnizat astfel de informații, 12 dintre aceste țări raportând valori între 6 și 9 EUR pe gram. În ceea ce privește plantele de canabis, media prețului de vânzare cu amănuntul a variat între 3 și 16 EUR pe gram în cele 16 țări care au raportat astfel de informații, zece dintre acestea menționând prețuri între 5 și 9 EUR pe gram. În cazul rășinii de canabis, prețul mediu la vânzarea cu amănuntul a scăzut sau a rămas stabil în toate țările care au prezentat date pentru perioada 2003-2008, cu excepția Belgiei și a Austriei, unde acesta a crescut. În aceeași perioadă, datele disponibile pentru plantele de canabis indică prețuri stabile sau în creștere în Europa, tendințe descendente fiind raportate doar în Ungaria și Turcia.

Prevalența și tiparele de consum

Consumul de canabis la nivelul populației generale

O estimare precaută indică faptul că aproximativ 75,5 de milioane de europeni au consumat canabis cel puțin o dată (prevalența pe parcursul vieții), ceea ce reprezintă mai mult de o persoană din cinci din segmentul de populație cu vârste între 15 și 64 de ani (a se vedea tabelul 3 pentru un rezumat al datelor). Între țări există diferențe considerabile, cifrele naționale ale prevalenței variind între 1,5 % și 38,6 %. Pentru majoritatea țărilor, estimările prevalenței se încadrează în intervalul 10-30 %.

Veniturile și profiturile obținute din cultivarea ilegală a canabisului

Estimările realizate de forțele de poliție sugerează că plantele de canabis capturate în 2008 ar fi putut genera vânzări de 70 milioane EUR în Belgia și de 76 milioane EUR în Regatul Unit (NPIA, 2009) și profituri din vânzarea cu ridicata între 36 milioane EUR și 61 milioane EUR în Germania. Venitul total generat de producția ilegală de canabis în scop comercial este, totuși, dificil de evaluat, deoarece aceste cifre se referă doar la plantele de canabis interceptate. Estimarea profiturilor trebuie să țină seama și de alte variabile.

Venitul rezultat din producția ilegală de canabis în scop comercial este determinat de mai mulți factori, printre care: dimensiunea plantației, numărul plantelor, producția medie per plantă și numărul de recolte într-un an. Densitatea ridicată a plantelor și recoltele frecvente reduc în general producția obținută de la fiecare plantă. Venitul general depinde, de asemenea, de locația vânzării recoltei, pe piața vânzării cu amănuntul sau cu ridicata, deoarece prețurile sunt în general mai ridicate pe piața vânzării cu amănuntul.

Costurile asociate producției ilicite de canabis în scop comercial pe plantațiile din spații închise includ: incinta, stocul de semințe sau de plante, solul sau lăna minerală, elementele nutritive, becurile, pompele, unelte, echipamentul de ventilație și mâna de lucru. Energia electrică, atunci când nu este obținută ilegal, reprezintă un alt element major al costurilor de producție.

Pentru a calcula venitul și profitul obținut din plantațiile ilegale de canabis, agențiile olandeze de aplicare a legii au elaborat standarde tehnice, actualizate regulat. Noi metodologii sunt, de asemenea, în curs de elaborare în Belgia și în Regatul Unit.

Se estimează că 23 de milioane de europeni au consumat canabis în ultimul an sau, în medie, 6,8 % din totalul persoanelor cu vârste între 15 și 64 de ani. Estimările prevalenței în cursul ultimei luni vor include persoanele care consumă drogul mai frecvent, deși nu neapărat în mod intensiv sau zilnic. Se estimează că circa 12,5 milioane de europeni au consumat drogul în ultima lună, în medie circa 3,7 % din totalul persoanelor cu vârste între 15 și 64 de ani.

Consumul de canabis în rândul tinerilor adulți

Consumul de canabis este concentrat în cea mai mare parte în rândul tinerilor (15-34 de ani), cele mai ridicate niveluri de consum în ultimul an fiind raportate în general în rândul persoanelor cu vârste între 15 și 24 de ani. Această situație apare în toate țările care au furnizat rapoarte, cu excepția Portugaliei ⁽⁵⁰⁾.

⁽⁴⁹⁾ A se vedea tabelele PPP-1 și PPP-5 din Buletinul statistic pentru 2010 pentru date privind concentrația și prețul.

⁽⁵⁰⁾ A se vedea figura GPS-1 din Buletinul statistic pentru 2010.

Datele de anchetă la nivelul populației sugerează faptul că, în medie, 31,6 % dintre tinerii adulți europeni (15-34 ani) au consumat cel puțin o dată canabis, în timp ce 12,6 % au consumat drogul în ultimul an, iar 6,9 % l-au consumat în ultima lună. Se estimează că proporții chiar mai ridicate de europeni din grupul de vârstă 15-24 de ani au consumat canabis în ultimul an (16 %) sau în ultima lună (8,4 %). Estimările naționale pe marginea prevalenței consumului de canabis variază mult între țări în privința tuturor indicatorilor de prevalență. De exemplu, estimările pe marginea prevalenței consumului de canabis în rândul tinerilor adulți, pentru anul trecut, din țările de la capătul superior al intervalului sunt de peste 30 de ori mai ridicate decât cele din țările cu prevalența cea mai scăzută.

Consumul de canabis este în general mai mare la bărbați decât la femei, de exemplu, raportul dintre bărbați și femei în rândul tinerilor adulți care raportează consumul de canabis în ultimul an variază de la 6,4 bărbați pentru fiecare femeie în Portugalia la 1,4 bărbați pentru fiecare femeie în Bulgaria ⁽⁵¹⁾.

Consumul de canabis este deosebit de ridicat în anumite grupuri de tineri, de exemplu, în rândul celor care frecventează cluburi de noapte, baruri și evenimente muzicale (Hoare, 2009). Anchetele specifice desfășurate recent în cluburile de muzică electronică dance din Republica Cehă, Austria și Regatul Unit au arătat că peste 80 % dintre respondenți au consumat canabis cel puțin o dată, ceea ce reprezintă o rată mult mai ridicată decât media europeană în rândul tinerilor adulți (Measham și Moore, 2009).

Consumul de canabis în rândul elevilor

Studiul ESPAD, desfășurat o dată la patru ani, oferă date comparabile cu privire la consumul de alcool și droguri în rândul elevilor europeni cu vârste cuprinse între 15 și 16 ani (Hibell et al., 2009). În 2007, studiul a fost realizat în 25 de state membre ale UE, precum și în Norvegia și în Croația. În plus, în 2008, au fost desfășurate studii naționale în cadrul școlilor din Spania, Italia, Suedia și Regatul Unit, iar Belgia (Comunitatea flamandă) a desfășurat un studiu regional în cadrul școlilor.

Datele ESPAD pentru studiile naționale în școli din 2007 și 2008 indică cea mai ridicată prevalență pe parcursul vieții a consumului de canabis în rândul elevilor de 15 și 16 ani în Republica Cehă (45 %), în timp ce Estonia, Franța, Țările de Jos, Slovacia și Regatul Unit raportează niveluri ale prevalenței între 26 % și 32 %. În 15 țări se

raportează niveluri ale prevalenței consumului de canabis pe parcursul vieții cuprinse între 13 % și 25 %. Cele mai scăzute niveluri (sub 10 %) sunt raportate în Grecia, Cipru, România, Finlanda, Suedia și Norvegia. Diferența de gen în cazul consumului de canabis este mai puțin accentuată în rândul elevilor decât în rândul tinerilor adulți. Raportul dintre sexul masculin și cel feminin în cazul consumului de canabis în rândul elevilor variază de la aproape unu la unu în Spania și în Regatul Unit la 2 la 1 sau mai mult în Cipru, Grecia, Polonia și România ⁽⁵²⁾.

Comparații internaționale

Cifrele pentru Europa pot fi comparate cu cele din alte părți ale lumii. De exemplu, în Canada (2008), prevalența pe parcursul vieții a consumului de canabis este de 53,8 % în rândul adulților tineri, iar prevalența în anul trecut de 24,1 %. În Statele Unite, SAMHSA (2008) a estimat o prevalență pe parcursul vieții a consumului de canabis de 49 % în rândul tinerilor adulți (16-34 de ani, recalculată de OEDT) și o prevalență în anul trecut de 21,5 %, în timp ce în Australia (2007) cifrele au fost de 47 %, respectiv 16 % pentru cei cu vârste între 14 și 39 de ani. Toate aceste cifre sunt deasupra mediilor europene corespondente, care sunt de 31,6 %, respectiv, 12,6 %.

În rândul elevilor, Republica Cehă, Spania, Franța și Slovacia raportează niveluri ale prevalenței consumului de canabis de-a lungul vieții comparabile cu cele raportate de Statele Unite și de Australia ⁽⁵³⁾.

Tendențe în consumul de canabis

În perioada 1998-2008, pentru cele 15 țări care pot furniza date suficiente, pot fi observate trei tendințe majore în consumul de canabis în rândul adulților (figura 4). Cinci țări (Bulgaria, Grecia, Ungaria, Finlanda, Suedia) au raportat niveluri scăzute ale prevalenței consumului de droguri din ultimul an în rândul tinerilor adulți (sub 9 %) și relativ stabile. Șase țări (Danemarca, Germania, Spania, Franța, Țările de Jos, Regatul Unit) au raportat niveluri de prevalență mai ridicate, dar la un nivel stabil sau descrescător în ultimii ani. Patru alte țări (Republica Cehă, Estonia, Italia, Slovacia) au raportat, de asemenea, niveluri ridicate ale consumului de canabis în rândul tinerilor adulți, cu tendințe de creștere în ultimii ani.

Dacă luăm în considerare tendințele mai recente în consumul de canabis în rândul tinerilor adulți, din cele 12 țări în care s-au desfășurat anchete repetate în perioada 2003-2008, majoritatea raportează o situație

⁽⁵¹⁾ A se vedea tabelul GPS-4 partea iii și partea iv din Buletinul statistic pentru 2010.

⁽⁵²⁾ A se vedea tabelul EYE-20 partea ii și partea iii din Buletinul statistic pentru 2010.

⁽⁵³⁾ A se vedea figura EYE-1 partea xii din Buletinul statistic pentru 2010.

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

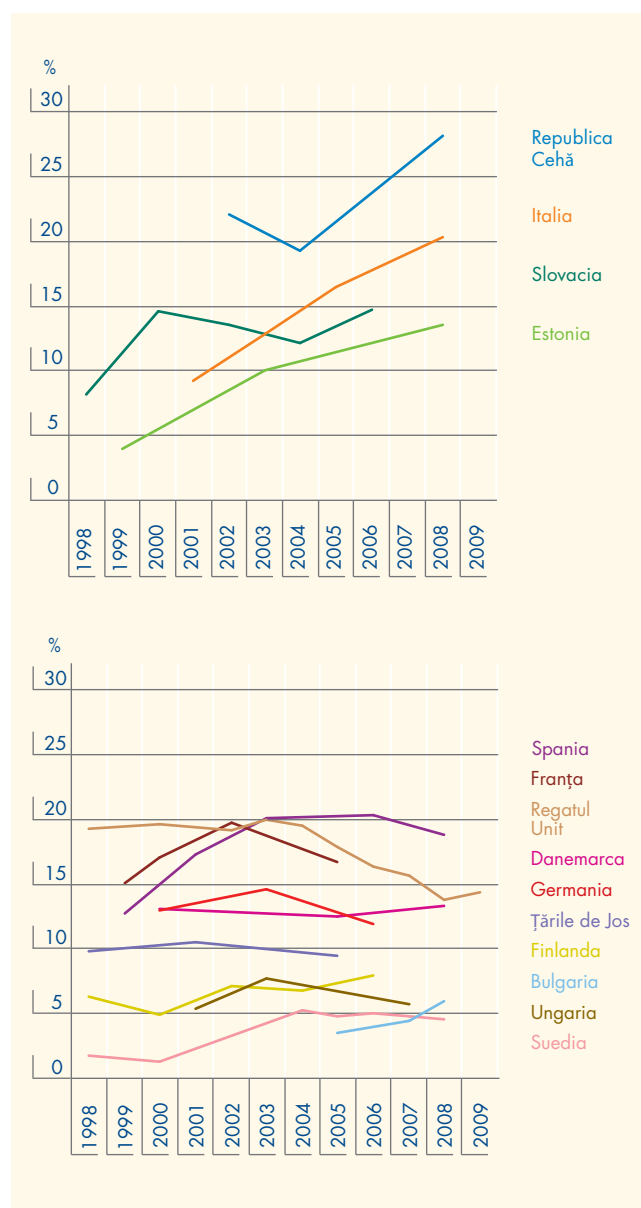
Grupa de vârstă	Perioada consumului		
	Pe parcursul vieții	Anul trecut	Luna trecută
15-64 de ani			
Numărul estimat de consumatori în Europa	75,5 milioane	23 milioane	12,5 milioane
Media europeană	22,5 %	6,8 %	3,7 %
Interval	1,5–38,6 %	0,4–15,2 %	0,1–8,5 %
Țări cu prevalența cea mai scăzută	România (1,5 %) Malta (3,5 %) Cipru (6,6 %) Bulgaria (7,3 %)	România (0,4 %) Malta (0,8 %) Grecia (1,7 %) Suedia (1,9 %)	România (0,1 %) Malta, Suedia (0,5 %) Grecia, Polonia (0,9 %) Lituania, Ungaria (1,2 %)
Țări cu prevalența cea mai ridicată	Danemarca (38,6 %) Republica Cehă (34,2 %) Italia (32,0 %) Regatul Unit (31,1 %)	Republica Cehă (15,2 %) Italia (14,3 %) Spania (10,1 %) Franța (8,6 %)	Republica Cehă (8,5 %) Spania (7,1 %) Italia (6,9 %) Franța (4,8 %)
15–34 de ani			
Numărul estimat de consumatori în Europa	42 milioane	17 milioane	9,5 milioane
Media europeană	31,6 %	12,6 %	6,9 %
Interval	2,9–53,3 %	0,9–28,2 %	0,3–16,7 %
Țări cu prevalența cea mai scăzută	România (2,9 %) Malta (4,8 %) Cipru (9,9 %) Grecia (10,8 %)	România (0,9 %) Malta (1,9 %) Grecia (3,2 %) Cipru (3,4 %)	România (0,3 %) Suedia (1,0 %) Grecia (1,5 %) Polonia (1,9 %)
Țări cu prevalența cea mai ridicată	Republica Cehă (53,3 %) Danemarca (48,0 %) Franța (43,6 %) Regatul Unit (40,5 %)	Republica Cehă (28,2 %) Italia (20,3 %) Spania (18,8 %) Franța (16,7 %)	Republica Cehă (16,7 %) Spania (13,4 %) Italia (9,9 %) Franța (9,8 %)
15–24 de ani			
Numărul estimat de consumatori în Europa	19,5 milioane	10 milioane	5,5 milioane
Media europeană	30,9 %	16,0 %	8,4 %
Interval	3,7–58,6 %	1,5–37,3 %	0,5–22,4 %
Țări cu prevalența cea mai scăzută	România (3,7 %) Malta (4,9 %) Cipru (6,9 %) Grecia (9,0 %)	România (1,5 %) Grecia, Cipru (3,6 %) Suedia (4,9 %) Portugalia (6,6 %)	România (0,5 %) Grecia, Suedia (1,2 %) Cipru (2,0 %) Polonia (2,5 %)
Țări cu prevalența cea mai ridicată	Republica Cehă (58,6 %) Franța (42,0 %) Danemarca (41,1 %) Germania (39,0 %)	Republica Cehă (37,3 %) Spania (24,1 %) Italia (22,3 %) Franța (21,7 %)	Republica Cehă (22,4 %) Spania (16,9 %) Franța (12,7 %) Italia (11,0 %)

Estimările prevalenței pentru Europa se bazează pe mediile ponderate din cele mai recente anchete naționale derulate între 2001 și 2008/2009 (în principal, 2004-2008), prin urmare nu pot fi alocate unui singur an. Prevalența medie pentru Europa a fost calculată printr-o medie ponderată în funcție de populația din segmentul de vârstă relevant din fiecare țară. În țările pentru care nu există nicio informație disponibilă, s-a atribuit prevalența medie UE. Populațiile folosite ca bază: 15-64 (334 milioane), 15-34 (133 milioane) și 15-24 (63 milioane). Datele rezumate aici sunt disponibile la „Anchete în rândul populației generale” din Buletinul statistic pentru 2010.

stabilă (Danemarca, Germania, Spania, Ungaria, Suedia, Finlanda, Regatul Unit). Cinci țări raportează creșterea consumului de canabis în această perioadă, cu cel puțin

două puncte procentuale în Bulgaria, Estonia și Slovacia, și cu aproximativ opt puncte procentuale în Republica Cehă și în Italia.

Figura 4: Tendințele prevalenței consumului de cannabis în ultimul an în rândul adulților tineri (15-34 de ani)



NB: Pentru mai multe informații, a se vedea figura GPS-4 din Buletinul statistic pentru 2010.

Surse: Rapoartele naționale Reitox (2009), preluate din anchetele asupra populației, rapoarte sau articole științifice.

În Europa se întâlnesc tipare similare ale tendințelor temporale ale consumului de cannabis în rândul elevilor între 1995 și 2007 (OEDT, 2009a). Șapte țări, situate în principal în nordul și în sudul Europei (Grecia, Cipru, Malta, România, Finlanda, Suedia, Norvegia) au raportat o prevalență a consumului de cannabis pe parcursul vieții în general stabilă și la niveluri scăzute. În 2007, majoritatea țărilor vest-europene, precum și Croația și Slovenia, care

până în 2003 au înregistrat puternice tendințe crescătoare ale prevalenței consumului de cannabis pe parcursul vieții, au cunoscut o scădere sau o stabilizare a nivelurilor acestuia. Dintre aceste 11 țări, nouă au raportat o scădere, iar două au indicat niveluri stabile. Situația este diferită în majoritatea țărilor din Europa Centrală și de Est, unde tendința de creștere observată între 1995 și 2003 pare să dispară. În această regiune, șase țări raportează o situație stabilă, iar două raportează o creștere între 2003 și 2007.

Trei țări care au desfășurat studii în școli în 2008 [Belgia (Comunitatea flamandă), Suedia și Regatul Unit] raportează o prevalență a consumului de cannabis pe parcursul vieții în general stabilă și la niveluri mai scăzute decât cele raportate în 2007, în timp ce Spania raportează o scădere de peste trei puncte procentuale. Datele studiilor în cadrul școlilor din Statele Unite și Australia indică de asemenea o tendință de scădere, care a fost observată inițial în Australia în 1999 ⁽⁵⁴⁾.

Tipare ale consumului de cannabis

Datele disponibile indică o diversitate de tipare ale consumului de cannabis, variind de la consumul experimental la consumul de către persoane dependente. Numeroase persoane consumă substanța doar o dată sau de două ori, altele o consumă ocazional sau pe parcursul unei perioade limitate. Dintre cei cu vârste cuprinse între 15 și 64 de ani care au consumat cannabis cel puțin o dată, 30 % au făcut acest lucru în ultimul an ⁽⁵⁵⁾. Dintre persoanele care au consumat cannabis în ultimul an, în medie jumătate au consumat în ultima lună.

Datele referitoare la un eșantion de 13 țări europene, care reprezintă 77 % din populația adultă a Uniunii Europene și Norvegiei, arată că, din cele 12,5 milioane de europeni care se estimează că au consumat cannabis în ultima lună, este posibil ca aproximativ 40 % să fi consumat drogul în 1-3 zile în cursul acelei luni, aproximativ o treime în 4-19 zile și un sfert în cursul a 20 de zile sau mai mult. Pe baza acestor date, se estimează că peste 1 % dintre toți europenii adulți, respectiv circa 4 milioane de persoane, consumă cannabis zilnic sau aproape zilnic. Cei mai mulți dintre acești consumatori de cannabis, circa 3 milioane de persoane, au vârste cuprinse între 15 și 34 de ani, reprezentând aproximativ 2-2,5 % dintre europenii din această grupă de vârstă ⁽⁵⁶⁾. Consumul de cannabis zilnic sau aproape zilnic poate avea o prevalență de patru ori mai mare la bărbați decât la femei.

⁽⁵⁴⁾ A se vedea figura EYE-1 partea xii din Buletinul statistic pentru 2010.

⁽⁵⁵⁾ A se vedea figura GPS-2 din Buletinul statistic pentru 2010.

⁽⁵⁶⁾ Mediile europene sunt estimate pe baza unei medii ponderate (în funcție de populație) a țărilor pentru care există informații și sunt imputate țărilor fără informații. Cifrele obținute sunt 1,2 % pentru toți adulții (15-64 de ani) și 2,3 % pentru adulții tineri (15-34 de ani). A se vedea tabelul GPS-10 din Buletinul statistic pentru 2010.

Factori de risc pentru începerea consumului și dependența de canabis

Cercetătorii au încercat să descopere de ce unii consumatori de canabis devin dependenți, în timp ce alții nu. Una dintre constatările lor este aceea că factorii asociați inițierii consumului de canabis sunt adesea diferiți de cei care determină consumul problematic și dependența de canabis. Unii factori externi (consumul de droguri în rândul colegilor și disponibilitatea canabisului) și factorii legați de persoana în cauză (de exemplu, o atitudine pozitivă față de consumul de droguri în viitor) sunt asociați în mod specific cu începerea consumului de canabis (Von Sydow *et al.*, 2002). Alți factori sunt asociați, în diferite grade, atât cu începutul consumului de canabis, cât și cu dependența de canabis. Aceștia includ factori genetici (Agrawal și Lynskey, 2006), factori individuali precum sexul masculin, dereglări ale sănătății mintale și consumul altor substanțe (alcool, tutun și altele). Factorii familiali, precum o relație superficială cu mama și lipsa ambilor părinți în perioada de creștere sunt, de asemenea, asociați cu începerea consumului de canabis, în timp ce divorțul sau separarea părinților sau decesul unui părinte înaintea vârstei de 15 ani sunt asociate cu dependența de canabis (Coffey *et al.*, 2003; Swift *et al.*, 2008; Von Sydow, 2002).

Factorii asociați în mod specific cu evoluția către dependență includ tipare de consum de canabis riscante sau intensive, consumul repetat și debutul precoce. Persoanele care au manifestat efecte pozitive (de exemplu, fericire, râs) ale consumului timpuriu de canabis (la vârsta de 14-16 ani) au avut ulterior în viață un risc crescut de dependență de canabis. Asociați cu evoluția către dependență sunt și diverși factori de sănătate mintală și psihologică (inclusiv părere nesatisfăcătoare despre sine, capacități reduse de autocontrol și de adaptare) și factori socioeconomi (inclusiv statutul socioeconomic inferior și situația financiară precară) (Coffey *et al.*, 2003; Fergusson *et al.*, 2003; Swift *et al.*, 2008; Von Sydow, 2002).

Zece țări europene care transmit date pentru studiul ESPAD în rândul elevilor cu vârste între 15 și 16 ani raportează că proporții relativ ridicate (5-12 %) din elevii de sex masculin au consumat canabis de cel puțin 40 de ori. Această proporție a fost cel puțin dublă față de cea constatată în rândul elevelor. Majoritatea acestor țări au raportat, de asemenea, că între 5 % și 9 % dintre respondenți au început să consume canabis la vârsta de 13 ani sau mai devreme. Acest grup reprezintă o sursă de preocupare, deoarece debutul precoce al consumului a fost asociat cu dezvoltarea ulterioară pe parcursul vieții a unor forme intensive și problematice ale consumului de droguri.

Dependența este din ce în ce mai mult recunoscută ca o posibilă consecință a consumului frecvent al drogului,

chiar și în rândul tinerilor consumatori (⁵⁷). Totuși, gravitatea și consecințele pot părea mai reduse decât cele asociate cu alte substanțe psihoactive (de exemplu, heroina sau cocaina). Evoluțiile dependenței de canabis ar putea fi, de asemenea, mai graduale decât cele descoperite în cazul altor droguri (Wagner și Anthony, 2002). S-a raportat că jumătate din utilizatorii de canabis care încetează să consume drogul au putut renunța la acesta fără tratament (Cunningham, 2000). Cu toate acestea, unii consumatori de canabis – cu precădere, utilizatorii frecvenți – pot avea probleme fără a îndeplini neapărat criteriile clinice ale dependenței (⁵⁸).

Consumul de canabis a fost corelat cu apartenența la un grup vulnerabil sau dezavantajat din punct de vedere social, precum cei care abandonează prematur sistemul școlar, elevii care absentează nemotivat, copiii din instituțiile pentru îngrijirea copiilor, tinerii infractori și tinerii care locuiesc în cartiere dezavantajate din punct de vedere economic (OEDT, 2008c). De asemenea, consumul de canabis poate fi asociat consumului de alte substanțe. De exemplu, probabilitatea ca tinerii adulți (cu vârste între 15 și 34 de ani) care au raportat consum de alcool frecvent sau intensiv anul trecut să raporteze consum de canabis a fost de la două până la șase ori mai mare comparativ cu populația generală. De asemenea, deși majoritatea consumatorilor de canabis nu consumă alte droguri ilegale, probabilitatea ca aceștia să consume și alte droguri este mai mare decât la populația generală. Consumatorii de canabis adolescenți raportează, de asemenea, un nivel al prevalenței fumatului de două sau trei ori mai ridicat în comparație cu populația școlară generală cu vârste cuprinse între 15 și 16 ani.

Unii consumatori de canabis utilizează tipare de consum mai riscante, precum consumul canabisului cu un conținut foarte ridicat de THC sau în cantități mari și inhalarea cu ajutorul unei pipe pentru apă („bong”) în locul unui „joint”. Acești consumatori raportează în general mai multe probleme de sănătate, inclusiv dependență (Chabrol *et al.*, 2003; Swift *et al.*, 1998).

Tratament

Cererea de tratament

În 2008, canabisul a fost principalul drog în legătură cu aproximativ 21 % din toate tratamentele începute (aproximativ 85 000 de pacienți) raportate de 27 de țări, înregistrându-se astfel pe locul al doilea în rândul celor mai raportate droguri, după heroină. Consumatorii primari de canabis reprezintă mai puțin de 5 % dintre pacienții

(⁵⁷) A se vedea caseta „Factori de risc pentru începerea consumului și dependența de canabis”.

(⁵⁸) A se vedea caseta „Efectele adverse ale consumului de canabis asupra sănătății”.

care încep tratamentul în Bulgaria, Estonia, Lituania, Luxemburg și Slovenia, și mai mult de 30 % în Danemarca, Germania, Franța, Ungaria și Țările de Jos, cei mai mulți pacienți consumatori de cannabis începând tratamentul în ambulatoriu ⁽⁵⁹⁾.

Aceste diferențe pot fi explicate prin prevalența consumului de cannabis și de alte droguri, necesitățile de tratament pentru consumul de droguri, organizarea și acordarea tratamentului sau practicile de trimitere. În una din cele două țări cu cele mai ridicate proporții de pacienți consumatori de cannabis, centrele de consiliere se adresează în principal tinerilor consumatori (Franța), în timp ce în cealaltă (Ungaria) infractorii consumatori de cannabis beneficiază de tratament ca alternativă la pedeapsă. Sistemul de justiție penală joacă un rol considerabil în trimerile la tratament în ambele țări, însă, în ansamblu, statele membre raportează că majoritatea consumatorilor de cannabis care încep un tratament în Europa fac acest lucru din proprie inițiativă. Unii consumatori de cannabis pot, de asemenea, începe un tratament deoarece au alte afecțiuni preexistente, precum probleme de sănătate mintală, și nu pot găsi tratament corespunzător în altă parte (Zachrisson *et al.*, 2006).

Numeroși pacienți consumatori de cannabis raportează consumul de alcool sau de alte droguri. Pe baza unor date colectate din 14 țări, 65 % dintre aceștia consumă și un alt drog, în special alcool sau cocaină, iar unii raportează atât consumul de alcool, cât și de cocaină (OEDT, 2009d). Cannabisul este raportat ca drog secundar de 24 % din totalul pacienților consumatori de droguri din centrele ambulatorii ⁽⁶⁰⁾.

Tendențe privind cererile noi de tratament pentru consumul de droguri

În cele 18 țări pentru care sunt disponibile date, între 2003 și 2007, numărul consumatorilor primari de cannabis în rândul celor care încep un tratament pentru prima dată a crescut de la aproximativ 23 000 la 35 000, înainte de a scădea ușor la aproximativ 33 000 în 2008. Începând din 2005 și 2006, 13 țări au raportat scăderi ale numărului de pacienți noi consumatori de cannabis ⁽⁶¹⁾. Această situație ar putea reflecta tendințele recente de scădere înregistrate în consumul de cannabis, însă în același timp ar putea fi legată de saturarea capacității serviciilor sau de utilizarea altor servicii (de exemplu, servicii de îngrijire medicală primară sau a sănătății mintale).

Profilurile pacienților

În Europa, consumatorii primari de cannabis care încep tratamentul în ambulatoriu sunt mai ales bărbați tineri, între cele două sexe existând un raport de 5 bărbați pentru fiecare femeie, și cu o vârstă medie de 25 de ani. În rândul consumatorilor de droguri care încep tratamentul în ambulatoriu pentru prima dată, consumul primar de cannabis este raportat de 69 % dintre persoanele cu vârste între 15 și 19 ani și de 83 % dintre persoanele sub 15 ani ⁽⁶²⁾.

În general, 22 % dintre consumatorii primari care încep tratamentul în ambulatoriu sunt consumatori ocazionali (sau nu au consumat drogul în luna de dinaintea începerii tratamentului), probabil de multe ori trimiși de sistemul de justiție penală; 11 % consumă cannabis săptămânal sau mai rar; aproximativ 17 % consumă drogul de 2-6 ori pe săptămână, iar 50 % sunt consumatori zilnici, aceștia reprezentând cel mai problematic grup. Se observă diferențe pronunțate între țări. În Ungaria, România și Croația, majoritatea consumatorilor de cannabis sunt consumatori ocazionali, în timp ce în Belgia, Bulgaria, Danemarca, Irlanda, Spania, Franța, Malta și Țările de Jos, peste 50 % dintre aceștia sunt consumatori zilnici ⁽⁶³⁾.

Furnizarea tratamentului

În Europa, tratamentul pentru consumatorii de cannabis acoperă o gamă largă de măsuri, inclusiv tratament online, consiliere, intervenții psihosociale structurate și tratament rezidențial. De asemenea, în acest domeniu există un decalaj frecvent între prevenirea selectivă, reducerea riscurilor și intervențiile de tratament (a se vedea capitolul 2).

În Franța, rețeaua centrelor de consiliere a tinerilor, cunoscute și sub numele de clinici pentru consumatorii de cannabis, furnizează utilizatorilor servicii care variază ca durată și abordare în funcție de gravitatea consumului de droguri. Într-un studiu desfășurat în 226 din cele 274 de centre de consiliere în 2007, 47 % dintre pacienții în sistem ambulatoriu au fost diagnosticați ca fiind consumatori ocazionali care nu prezintă simptome de dependență sau abuz, iar aproximativ 30 % dintre aceștia nu au beneficiat de consiliere suplimentară (Obradovic, 2009). Spre deosebire de această situație, din procentul de 53 % reprezentând consumatori diagnosticați cu dependență sau abuz la începerea tratamentului, aproximativ 80 % au beneficiat de consiliere suplimentară, iar majoritatea celorlalți au fost trimiși către centre de

⁽⁵⁹⁾ A se vedea figura TDI-2 partea ii și tabelele TDI-5 partea ii și TDI-24 din Buletinul statistic pentru 2010.

⁽⁶⁰⁾ A se vedea tabelul TDI-22 partea i din Buletinul statistic pentru 2010.

⁽⁶¹⁾ A se vedea figura TDI-1 și tabelul TDI-3 partea iv din Buletinul statistic pentru 2010.

⁽⁶²⁾ A se vedea tabelele TDI-10 partea iii și partea iv și TDI-21 partea ii din Buletinul statistic pentru 2010.

⁽⁶³⁾ A se vedea tabelele TDI-18 partea ii și TDI-111 partea viii din Buletinul statistic pentru 2010.

Efectele adverse ale consumului de canabis asupra sănătății

Mai multe evaluări recente au examinat efectele adverse asupra sănătății asociate consumului de canabis (OEDT, 2008a; Hall și Degenhardt, 2009). Acestea includ efecte acute precum anxietate, atacurile de panică și simptomele psihotice, care sunt de multe ori raportate de persoanele care consumă drogul pentru prima dată. Astfel de efecte sunt specifice unui număr considerabil de urgențe medicale legate de consumul de droguri în cele câteva țări care le monitorizează. De asemenea, consumul de canabis pare să ducă la dublarea sau triplarea riscului de implicare într-un accident de circulație (OEDT, 2008b).

Consumul de canabis poate avea, de asemenea, efecte cronice care pot fi asociate în mod direct tiparelor de consum (frecvență și cantități). Acestea includ dependența de canabis, dar și bronșita cronică și alte boli respiratorii. Consumul de canabis în timpul sarcinii ar putea reduce greutatea fătului la naștere, însă nu pare să cauzeze malformații. Asocierea consumului de canabis cu depresia și sinuciderea este încă incertă.

Impactul canabisului asupra performanței cognitive și reversibilitatea acestuia rămân neclare. Consumul regulat de canabis în adolescență ar putea deteriora sănătatea mintală a tinerilor adulți, existând dovezi privind riscul crescut de simptome psihotice și tulburări care sporesc direct proporțional cu frecvența și consumul (Hall și Degenhardt, 2009; Moore *et al.*, 2007).

Deși riscul individual legat de consumul de canabis pare mai scăzut decât în cazul heroinei sau cocainei, problemele de sănătate există și, datorită prevalenței ridicate a consumului, impactul canabisului asupra sănătății publice poate fi considerabil. O atenție deosebită trebuie acordată consumului de canabis în rândul adolescenților și persoanelor cu probleme de sănătate mintală. Consumul frecvent de canabis, consumul pe perioade mai lungi, în timpul șofatului sau al altor activități potențial periculoase, sunt alte motive de preocupare.

tratament. Jumătate din pacienții care participă la o a doua ședință de consiliere au raportat o reducere a consumului de canabis. Acesta a fost în special cazul consumatorilor care au venit din proprie inițiativă și al celor trimiși de cadrele medicale, în timp ce în rândul celor trimiși de sistemul de justiție penală s-a înregistrat o predispoziție mai mare de a renunța după mai multe ședințe.

Ca o alternativă la urmărirea penală, sistemul de justiție penală din Ungaria trimite infractori consumatori de droguri eligibili către un „serviciu de consiliere preventivă”, iar cazurile cele mai grave, către unități specializate de tratament. Consumatorii trimiși de sistemul de justiție penală, aproximativ 85 % dintre toți pacienții consumatori de canabis, trebuie să beneficieze de

tratament pentru consumul de droguri sau de consiliere psihosocială cel puțin o dată la două săptămâni timp de șase luni, pentru a obține un certificat de renunțare la acuzații. În caz contrar, aceștia pot face obiectul urmăririi penale.

Germania, Țările de Jos și Regatul Unit oferă tratament online în vederea facilitării accesului la tratament pentru consumatorii care nu doresc să apeleze la sistemul de tratament pentru consumul de droguri specializat. Intervențiile de tratament online includ fie un program de autoasistență fără contacte cu consilierii, fie un program structurat cu contacte programate (a se vedea OEDT, 2009b). O etichetă de calitate și orientări în acest domeniu sunt elaborate în prezent de Țările de Jos.

De asemenea, Țările de Jos raportează evaluarea unei intervenții motivaționale noi la nivelul familiei pentru consumatorii de canabis cu apariția recentă a schizofreniei. Această intervenție are ca scop reducerea consumului de canabis, creșterea respectării medicației și îmbunătățirea relațiilor dintre părinți și copii în cadrul acestui grup. Rezultate preliminare, după trei luni, indică o reducere considerabilă a consumului de canabis față de psihopedagogia obișnuită, în timp ce alte variabile ale rezultatului nu au fost diferite.

Studii recente privind tratamentul consumatorilor de canabis

Relativ puține studii au evaluat eficiența intervențiilor specifice pentru consumatorii de canabis (Levin și Kleber, 2008), în pofida creșterii numărului de cereri de tratament. Au fost desfășurate cercetări atât în cazul intervențiilor farmacoterapeutice, cât și al celor psihosociale, însă rezultatele nu sunt convingătoare.

În cadrul unui studiu controlat randomizat publicat recent, s-a evaluat eficacitatea intervențiilor motivaționale în comparație cu informarea și consilierea în materie de droguri și s-a constatat că nu există diferențe considerabile în consumul de canabis (McCambridge *et al.*, 2008). De asemenea, studiul a constatat că efectele datorate medicilor generaliști pot influența nivelul renunțării la canabis, limitând astfel transferabilitatea intervențiilor. Studiile europene în acest domeniu evaluează eficacitatea terapiei multidimensionale în cadrul familiei (INCANT), stimulării emoționale, terapiei cognitiv-comportamentale, și soluționarea problemelor psihosociale (CANDIS) și a tratamentului online.

Au fost publicate recent două studii privind farmacoterapia dependenței de canabis, însă niciunul nu a raportat rezultate considerabile. În Țările de Jos, un studiu controlat randomizat a comparat efectele unui inhibitor de absorbție

a serotoninei (olanzapină) cu un antagonist al dopaminei (risperidon) la pacienții cu comorbiditate psihotică (van Nimwegen *et al.*, 2008). În Statele Unite, un studiu preliminar a comparat efectele unui antidepressiv

(nefazodon), ale unui inhibitor de absorbție a dopaminei (bupropion cu eliberare prelungită) și ale unui placebo cu privire la consumul și simptomele de sevraj în rândul consumatorilor de canabis (Carpenter *et al.*, 2009).

Transpunerea cunoștințelor științifice în practică în tratamentul pentru consumul de droguri

Tratamentul pentru consumul de droguri a adoptat adesea într-un ritm lent metodele testate științific în practicile sale clinice. Furnizarea limitată a tratamentului de substituție pentru opiacee în mai multe țări europene și utilizarea rară a gestionării situațiilor de urgență pentru tratarea dependenței de cocaină sunt exemple ale acestei diferențe între știință și practică. Printre motivele prezentate pentru a explica această situație se numără: preferințele individuale pentru anumite modele de tratament, lipsa formării sau a finanțării, diseminarea inefficientă a cunoștințelor, faptul că nu sunt create condițiile pe plan organizațional și lipsa sprijinului pentru noile practici (Miller *et al.*, 2006).

Pentru a depăși aceste obstacole, a fost organizată recent o conferință în Germania în vederea examinării transpunerii

în practicile clinice a proiectelor de tratament pentru consumul experimental de canabis a căror eficiență a fost dovedită (Kipke *et al.*, 2009). Printre proiectele examinate s-au numărat „CANDIS”, „Quit the shit” și „FreD”, toate fiind descrise în publicațiile precedente ale OEDT. Conferința a constatat că particularitățile programelor care au facilitat transpunerea în practicile clinice au inclus: compatibilitatea cu ofertele de tratament existente; protocoale clare, structurate; seminarii pentru specialiști și platforme pentru schimbul de experiență. Principalele obstacole identificate au fost problemele specifice gestionării cooperării, de exemplu cu partenerii externi (precum forțele de poliție) și lipsa finanțării după etapa experimentală.

Aspecte de transferabilitate ar trebui să fie integrate în planificarea inițială a intervențiilor experimentale. Adoptarea pe scară mai largă a intervențiilor care se bazează pe dovezi empirice solide sau îndelungate necesită angajamentul tuturor părților implicate.

Capitolul 4

Amfetaminele, ecstasy și substanțele halucinogene

Introducere

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

Amfetamina și metamfetamina sunt substanțe stimulatoare ale sistemului nervos central. Dintre cele două, amfetamina este de departe cel mai ușor de procurat în Europa, în timp ce consumul semnificativ de metamfetamină pare să fie limitat la Republica Cehă și la Slovacia până de curând, existând și unele țări din nordul Europei care raportează în

prezent prezența crescută a acestui drog pe piețele proprii ale amfetaminelor.

Ecstasy se referă la substanțele sintetice asociate din punct de vedere chimic amfetaminelor, însă care diferă într-o oarecare măsură de acestea în ceea ce privește efectele. Cel mai cunoscut drog din grupul ecstasy este 3,4-metilendioxi-metamfetamina (MDMA), însă comprimatele de ecstasy conțin uneori și alte substanțe similare (MDA, MDEA). Consumul de ecstasy a fost practic necunoscut în Europa înainte de sfârșitul anilor '80, dar a crescut rapid în anii '90. Popularitatea sa a fost legată în mod tradițional de scena muzicii dance și, în general, consumul de droguri sintetice este asociat anumitor subgrupuri culturale sau medii sociale și din ce în ce mai mult consumului episodic intensiv de alcool.

Drogul sintetic halucinogen cunoscut în Europa pe scara cea mai largă este dietilamida acidului lisergic (LSD), al cărui consum este, de o perioadă considerabilă de timp,

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

	Amfetamină	Metamfetamină	Ecstasy	LSD
Estimarea producției globale (tone) ⁽¹⁾	197–624 ⁽²⁾		57–136	n. a.
Cantitatea globală capturată (tone)	23,0	17,9	2,3	0,1
Cantitatea capturată UE și Norvegia (inclusiv Croația și Turcia)	8,3 tone (8,4 tone)	300 kilograme (300 kilograme)	Tablete 12,7 milioane (13,7 milioane)	Unități 141 100 (141 800)
Numărul de capturi UE și Norvegia (inclusiv Croația și Turcia)	37 000 (37 500)	4 700 (4 700)	18 500 (19 100)	950 (960)
Prețul mediu cu amănuntul (EUR) Interval (Interval intercuartil) ⁽³⁾	Gram 6–36 (9–19)	Gram 12–126	Comprimat 2–19 (4–9)	Doză 4–30 (7–12)
Intervalul de puritate medie sau conținut de MDMA	3–34 %	22–80 %	17–95 mg	n. a.

⁽¹⁾ Cifrele specifice producției se bazează pe estimări ale datelor privind consumul și capturile.

⁽²⁾ Sunt disponibile doar estimări agregate ale producției globale de amfetamină și metamfetamină.

⁽³⁾ Intervalul jumătății medii a prețurilor medii raportate.

NB: Toate datele sunt pentru 2008; n. a., date nedisponibile.

Sursă: ONUDC (2010b) pentru valori globale, punctele focale naționale Reitox pentru datele europene.

scăzut și relativ stabil. În ultimii ani, pare să existe un interes sporit al tinerilor față de substanțele halucinogene de origine naturală, cum ar fi cele întâlnite în ciupercile halucinogene.

Oferta și disponibilitatea

Precursorii drogurilor sintetice

Eforturile de aplicare a legii vizează din ce în ce mai mult substanțele chimice reglementate necesare pentru producția drogurilor ilegale, iar acesta este un domeniu în care cooperarea internațională este deosebit de valoroasă. „Proiectul Prisma” este o inițiativă internațională de prevenire a deturnării substanțelor chimice precursori utilizate în fabricarea ilegală de droguri sintetice, printr-un sistem de notificări prealabile exportului privind comerțul legal și de raportare a transporturilor oprite și a capturilor efectuate atunci când au loc tranzacții suspecte. Informațiile privind activitățile din acest domeniu sunt raportate Biroului Organizației Națiunilor Unite pentru controlul narcoticelor (INCB, 2010a).

Pentru anul 2008, INCB raportează reduceri, la nivel mondial, ale capturilor legate de doi dintre principalii precursori ai metamfetaminei, efedrina, cu 12,6 tone (față de 22,7 tone în 2007 și 10,3 tone în 2006), și pseudoefedrina, cu 5,1 tone (față de 25 de tone în 2007 și 0,7 tone în 2006). Statele membre ale UE (în special Țările de Jos și Regatul Unit) au raportat capturarea a 0,3 tone de efedrină, ceea ce înseamnă aproximativ jumătate din cantitatea capturată cu un an în urmă, și capturarea a peste 0,5 tone de pseudoefedrină, aproape în totalitate în Franța.

Pe de altă parte, în 2008, capturile globale de 1-fenil-2-propanonă (P2P, BMK), utilizată în producția ilegală atât a metamfetaminei, cât și a amfetaminei, au crescut abrupt de la 834 de litri în 2007 la 5 620 de litri în 2008. Capturile de P2P în Uniunea Europeană s-au ridicat la 2 757 de litri, comparativ cu 773 de litri în 2007.

În 2008, nu au fost raportate capturi de 3,4-metilendioxifenil-2-propanonă (3,4-MDP2P, PMK), utilizată pentru producția de MDMA, în comparație cu capturile globale de 2 297 și 8 816 de litri, în 2007, respectiv 2006. Capturile de safrol, care poate înlocui 3,4-MDP2P în sinteza MDMA, au scăzut la 1 904 de litri, de la un maxim de 45 986 de litri în 2007. Majoritatea confiscărilor de safrol din 2008 s-au realizat în UE.

Amfetamina

Producția globală de amfetamină rămâne concentrată în Europa, în care au fost localizate peste 80 % din laboratoarele de amfetamină raportate în 2008 (ONU DC, 2010b). La nivel global, în 2008, capturile de amfetamină au rămas în general stabile, ridicându-se la aproape 23 de tone (a se vedea tabelul 4). Peste o treime din această cantitate a fost capturată în Europa Centrală și de Vest, reflectând rolul Europei atât de producător, cât și de consumator major al acestui drog (ONU DC, 2010b).

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

În 2008, în Europa s-au efectuat aproximativ 37 500 de capturi, însumând 8,3 tone de praf de amfetamină ⁽⁶⁴⁾. Numărul de capturi de amfetamină a fluctuat, menținându-se o tendință stabilă în ultimii cinci ani, deși, în comparație cu 2003, a rămas la niveluri ridicate, în timp ce cantitățile au crescut în perioada 2003-2008 ⁽⁶⁵⁾.

Puritatea eșantioanelor de amfetamină interceptate în Europa în 2008 a variat considerabil și orice observație asupra valorilor medii trebuie făcută cu prudență. Cu toate acestea, puritatea medie a eșantioanelor a variat de la mai puțin de 10 % în Danemarca, Austria, Portugalia, Slovenia, Regatul Unit, Croația și Turcia la peste 25 % în Letonia, Țările de Jos, Polonia și Norvegia. În ultimii cinci ani, puritatea amfetaminei a fost stabilă sau în scădere în cele mai multe dintre cele 17 țări în care există date suficiente pentru a permite o analiză a tendințelor ⁽⁶⁶⁾.

În 2008, prețul mediu de vânzare cu amănuntul al amfetaminei a variat între 9 EUR și 20 EUR pentru un gram în peste jumătate din cele 17 țări care au transmis date. Prețurile de vânzare cu amănuntul ale amfetaminei au scăzut sau au rămas stabile în toate cele 13 țări care au furnizat date pentru perioada 2003-2008, cu excepția Spaniei, unde au scăzut la un nivel record în 2008, după creșterile din anii anteriori ⁽⁶⁷⁾.

Metamfetamina

Numărul laboratoarelor de metamfetamină din întreaga lume a crescut cu 29 % în 2008. Cea mai mare creștere a fost înregistrată în America de Nord, însă numărul de laboratoare clandestine raportate a crescut și în Asia de

⁽⁶⁴⁾ Această analiză este preliminară, întrucât datele pentru Regatul Unit nu sunt încă disponibile pentru anul 2008.

⁽⁶⁵⁾ Datele privind capturile europene de droguri menționate în acest capitol se găsesc în tabelele SZR-11-SZR-18 din Buletinul statistic pentru 2010.

⁽⁶⁶⁾ Datele privind puritatea drogurilor europene menționate în acest capitol se găsesc în tabelul PPP-8 din Buletinul statistic pentru 2010.

⁽⁶⁷⁾ Datele privind prețurile europene ale drogurilor menționate în acest capitol se găsesc în tabelul PPP-4 din Buletinul statistic pentru 2010.

Producția de amfetamină în Europa

În 2009, OEDT și Europol au lansat o serie de publicații comune privind oferta de droguri ilegale în Europa. În urma rapoartelor privind consumul de metamfetamină și de cocaină, un al treilea raport din cadrul seriei publicate în 2010 oferă o imagine de ansamblu cuprinzătoare a aspectelor legate de producția și traficul de amfetamină în Europa și analizează răspunsurile la nivel european și internațional. Rapoartele privind oferta de alte droguri în Europa, inclusiv de ecstasy și heroină, vor fi adăugate seriei în anii următori.

Raportul este disponibil în format tipărit și pe internet doar în limba engleză, pe site-ul internet al OEDT.

Est și de Sud-Est. De asemenea, o activitate intensificată referitoare la producția de metamfetamină s-a raportat în America Latină și în Oceania. În 2008, au fost confiscate 17,9 tone de metamfetamină, continuându-se o tendință stabilă din 2004. Majoritatea drogurilor au fost capturate în Asia de Est și de Sud-Est (în special în China), urmate de America de Nord (ONU DC, 2010b).

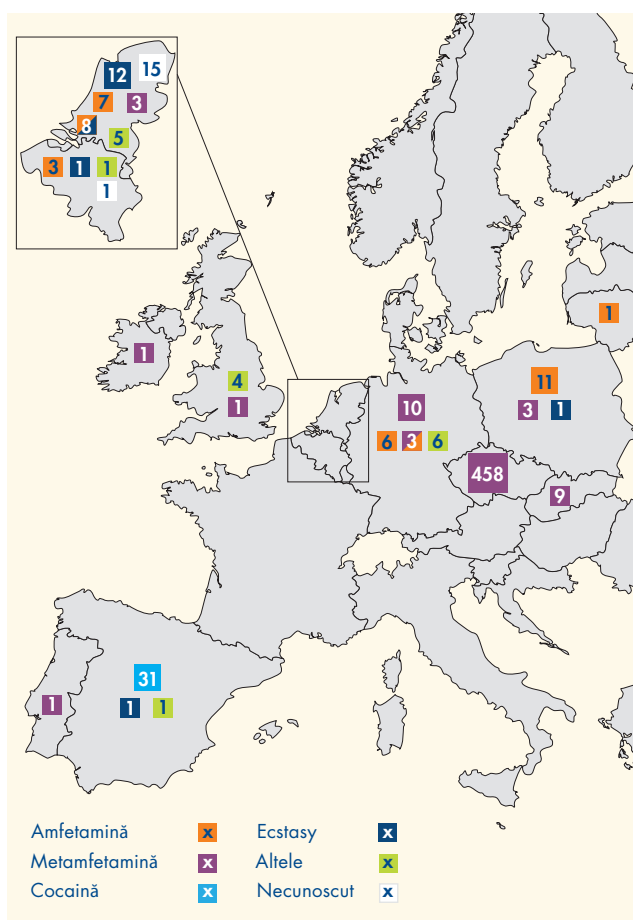
Producția ilegală de metamfetamină în Europa este limitată în mare parte la Republica Cehă, unde în 2008 au fost detectate 458 de unități de producție (figura 5). Acesta este cel mai ridicat număr de „laboratoare de bucătărie” pentru producția de metamfetamină raportat până în prezent de Republica Cehă. Capturile de substanțe chimice precursori au crescut, de asemenea, în 2008. Producția de droguri este, de asemenea, raportată în Lituania, Polonia și Slovacia.

În 2008, în Europa au fost raportate aproape 4 700 de capturi de metamfetamină, însumând aproximativ 300 kg de droguri. Între 2003 și 2008, numărul de capturi de metamfetamină a crescut constant. În aceeași perioadă, cantitatea de metamfetamină capturată a crescut la un nivel record în 2007 și a scăzut ușor în 2008, în special datorită unei scăderi a cantității recuperate în Norvegia, țara cu cele mai multe capturi și cantități recuperate pentru acest drog din Europa.

Ecstasy

Producția globală de ecstasy în 2008 este estimată între 57 și 136 de tone (ONU DC, 2010b). Producția drogului pare să fi continuat extinderea geografică, având loc mai aproape de piețele de consum din Asia de Est și de Sud-Est, America de Nord și Oceania. În pofida acestui aspect, Europa rămâne principala zonă de producție de ecstasy, aceasta concentrându-se în Țările de Jos și Belgia.

Figura 5: Unități de fabricare a drogurilor ilegale desființate în Uniunea Europeană astfel cum au fost raportate la Europol



NB: Pe baza datelor raportate la Europol de 11 state membre ale UE. Tipul de drog este indicat de culoare, împreună cu numărul de unități raportate în țara indicată. Unitățile care gestionează combinații de amfetamină și metamfetamină sau amfetamină și ecstasy sunt indicate prin simboluri în două culori. Unitățile care gestionează alte droguri sau combinații sintetice sunt clasificate ca „altele”. De asemenea, sunt indicate unitățile în cazul cărora substanțele sunt necunoscute. Unitățile raportate au inclus unități de producție, de dozare în comprimate sau de depozitare, care nu sunt diferențiate aici. Toate unitățile de cocaină raportate au fost implicate în transformarea sau extragerea secundară a drogului.

Sursă: Europol.

La nivel global, capturile de ecstasy au scăzut la o valoare foarte redusă în 2008 (2,3 tone) (ONU DC, 2010b). În Europa Centrală și de Vest, capturile raportate au scăzut de la 1,5 tone în 2007 la 0,3 tone în 2008.

În 2008, Europa a raportat peste 19 100 de capturi, acestea conducând la interceptarea a 13,7 milioane de comprimate de ecstasy. Totuși, această analiză este preliminară, întrucât, pentru 2008, nu sunt disponibile datele referitoare la Țările de Jos și la Regatul Unit, care au raportat împreună capturi de 18,4 milioane de comprimate în 2007.

Numărul capturilor de ecstasy raportate în Europa, după o stabilizare între 2003 și 2006, a scăzut ușor de atunci, în timp ce cantitățile capturate au scăzut în ansamblu între 2003 și 2008 ⁽⁶⁸⁾.

În Europa, majoritatea comprimatelor de ecstasy analizate în 2008 conțineau MDMA sau altă substanță de tipul ecstasy (MDEA, MDA) ca singură substanță psihoactivă prezentă, 19 țări raportând valabilitatea acestei situații cu privire la peste 60 % din toate comprimatele analizate. Șapte țări raportează în prezent cifre reduse ale comprimatelor de ecstasy cu MDMA sau substanțe analoage (Spania, Cipru, Letonia, Luxemburg, Slovenia, Regatul Unit, Croația). Unele țări raportează că mCPP, un drog care nu este reglementat în conformitate cu convențiile internaționale privind drogurile, a fost găsit într-o proporție considerabilă de comprimate de ecstasy analizate (a se vedea capitolul 8).

Conținutul de MDMA al comprimatelor de ecstasy analizate în 2008 a fost în general între 5 și 72 mg în cele 11 țări care au furnizat date. În plus, anumite țări (Belgia, Bulgaria, Germania, Estonia, Letonia, Țările de Jos, Slovacia, Norvegia) au raportat comprimate de ecstasy cu doze mari, conținând peste 130 mg de MDMA. Nu există tendințe clare în ceea ce privește conținutul de MDMA din tabletele de ecstasy.

În prezent, ecstasy este cu mult mai ieftin decât în anii '90, când a început să fie disponibil la scară largă. Deși s-a raportat și vânzarea de comprimate cu un preț mai mic de 2 EUR, majoritatea țărilor raportează prețuri medii la vânzarea cu amănuntul între 4 și 10 EUR pentru un comprimat. Datele disponibile pentru anii 2003-2008 sugerează faptul că prețul la vânzarea cu amănuntul, ajustat la inflație, a continuat să scadă în Europa.

Substanțele halucinogene

Consumul și traficul de LSD în Europa încă este considerat marginal. Numărul capturilor de LSD a crescut între anii 2003 și 2008, iar cantitățile capturate, după un nivel maxim atins în 2005 datorită capturilor record din Regatul Unit, au fluctuat la niveluri mult mai scăzute în această perioadă ⁽⁶⁹⁾. Prețurile de vânzare cu amănuntul pentru LSD (ajustate la inflație) au rămas stabile sau au înregistrat o ușoară scădere în opt țări începând cu 2003, în timp ce au fost raportate creșteri în Belgia și în Suedia. În 2008, prețul mediu unitar s-a situat între 5 EUR și 12 EUR în majoritatea celor 13 țări care au prezentat rapoarte.

Prevalența și tiparele de consum

Unele state membre ale UE (Republica Cehă, Estonia, Regatul Unit) au raportat niveluri relativ ridicate ale consumului de amfetamine sau ecstasy în rândul populației în general. În câteva țări, consumul de amfetamină și metamfetamină, adesea prin injectare, reprezintă o proporție semnificativă din numărul total de consumatori problematici de droguri și de persoane care solicită ajutor pentru problemele legate de droguri. Spre deosebire de aceste populații de consumatori cronici, există o asocieri mai generală între consumul de droguri sintetice, în special ecstasy, și cluburile de noapte și muzica dance. Aceasta are ca urmare raportarea unor niveluri considerabil mai mari ale consumului în rândul tinerilor și niveluri excesive de consum constatate în anumite medii sau subpopulații specifice. Consumul general de droguri halucinogene, precum dietilamida acidului lisergic (LSD) și ciupercile halucinogene sunt, în general, scăzute și în ultimii ani au fost în mare parte stabile.

Amfetaminele

Estimările privind prevalența drogurilor sugerează că aproximativ 12 milioane de europeni au încercat amfetaminele, iar circa 2 milioane au consumat drogul în ultimul an (a se vedea o sinteză a datelor în tabelul 5).

În rândul tinerilor adulți (15-34 de ani), prevalența consumului de amfetamine pe parcursul vieții variază considerabil între țări, de la 0,1 % la 15,4 %, cu o medie europeană ponderată de aproximativ 5,2 %. Consumul de amfetamine în ultimul an în această grupă de vârstă variază de la 0,1 % la 3,2 %, majoritatea țărilor raportând estimări ale prevalenței între 0,5 % și 2,0 %. Se estimează că 1,5 milioane (1,2 %) de tineri europeni au consumat amfetamine în ultimul an.

În rândul elevilor cu vârste cuprinse între 15 și 16 ani, prevalența amfetaminelor pe parcursul vieții variază între 1 % și 8 % în cele 26 de state membre, Norvegia și Croația, studiate în 2007, deși niveluri ale prevalenței mai mari de 5 % au fost raportate numai pentru Bulgaria, Letonia (ambele 6 %) și Austria (8 %). Cele cinci țări care au desfășurat în 2008 anchete în școli [Belgia (Comunitatea flamandă), Spania, Italia, Suedia, Regatul Unit] au raportat o prevalență a amfetaminelor pe parcursul vieții de 3 % sau mai scăzută ⁽⁷⁰⁾.

Consumul problematic de amfetamină

Indicatorul OEDT privind consumul problematic de droguri poate fi aplicat consumului de amfetamină, unde definește

⁽⁶⁸⁾ Această analiză este preliminară, întrucât datele pentru Țările de Jos și Regatul Unit nu sunt încă disponibile pentru anul 2008.

⁽⁶⁹⁾ Această analiză este preliminară, întrucât datele pentru Regatul Unit nu sunt încă disponibile pentru anul 2008.

⁽⁷⁰⁾ A se vedea tabelul EYE-11 din Buletinul statistic pentru 2010.

ca atare consumul prin injectare sau consumul pe termen lung și/sau frecvent al acestei substanțe. Finlanda a furnizat cea mai recentă estimare națională recentă a consumatorilor problematici de amfetamină, respectiv între 12 000 și 22 000 în 2005, ceea ce înseamnă de circa patru ori numărul estimat de consumatori problematici de opiacee din țară.

Proporția consumatorilor de droguri care au raportat că au început un tratament pentru consum de amfetamine ca drog primar este relativ mică (sub 5 %), în cele mai multe țări europene (18 din 27 de țări care au furnizat rapoarte), însă reprezintă o proporție considerabilă din numărul de tratamente începute raportate în Suedia (32 %), Finlanda (20 %) și Letonia (15 %). Alte cinci țări (Belgia, Danemarca, Germania, Ungaria, Țările de Jos) raportează între 6 % și 10 % dintre tratamentele începute de către pacienți care declară amfetamina drept drog

primar; în alte țări procentul este de sub 5 %. Amfetamina este raportată și ca drog secundar de alți pacienți care încep un tratament pentru consum de droguri ⁽⁷¹⁾.

Vârsta medie a consumatorilor de amfetamină care încep tratamentul este de 30 de ani, unii pacienți fiind chiar mai tineri (28 de ani). Raportul bărbați-femei în rândul consumatorilor de amfetamine care primesc tratament este de 2 bărbați la o femeie, mai scăzut decât pentru orice alt drog ilegal. Republica Cehă, Estonia, Letonia, Lituania, Suedia și Finlanda raportează toate niveluri relativ ridicate de injectare în rândul consumatorilor primari de amfetamine care încep tratamentul, cuprinse între 57 % și 82 % ⁽⁷²⁾.

Tendențele în ceea ce privește consumatorii de amfetamină care au început tratamentul între 2003 și 2008 au rămas în mare măsură stabile în majoritatea țărilor ⁽⁷³⁾.

Tabelul 5: Prevalența consumului de amfetamine în rândul populației generale – rezumatul datelor

Grupa de vârstă	Perioada consumului	
	Pe parcursul vieții	Anul trecut
15–64 de ani		
Număr estimat de consumatori în Europa	12 milioane	2 milioane
Media europeană	3,3 %	0,6 %
Interval	0,0–12,3 %	0,0–1,7 %
Țări cu prevalența cea mai scăzută	România (0,0 %) Grecia (0,1 %) Malta (0,4 %) Cipru (0,8 %)	România, Malta, Grecia (0,0 %) Franța (0,1 %) Portugalia (0,2 %)
Țări cu prevalența cea mai ridicată	Regatul Unit (12,3 %) Danemarca (6,3 %) Suedia (5,0 %) Republica Cehă (4,3 %)	Republica Cehă (1,7 %) Regatul Unit, Danemarca (1,2 %) Norvegia, Estonia (1,1 %)
15–34 de ani		
Număr estimat de consumatori în Europa	7 milioane	1,5 milioane
Media europeană	5,2 %	1,2 %
Interval	0,1–15,4 %	0,1–3,2 %
Țări cu prevalența cea mai scăzută	România (0,1 %) Grecia (0,2 %) Malta (0,7 %) Cipru (0,8 %)	România, Grecia (0,1 %) Franța (0,2 %) Cipru (0,3 %) Portugalia (0,4 %)
Țări cu prevalența cea mai ridicată	Regatul Unit (15,4 %) Danemarca (10,5 %) Republica Cehă (7,8 %) Letonia (6,1 %)	Republica Cehă (3,2 %) Danemarca (3,1 %) Estonia (2,5 %) Regatul Unit (2,3 %)
Estimările prevalenței pentru Europa se bazează pe mediile ponderate din cele mai recente anchete naționale derulate între 2001 și 2008/2009 (în principal 2004–2008), prin urmare nu pot fi asociate unui singur an. Prevalența medie pentru Europa a fost calculată printr-o medie ponderată în funcție de populația din segmentul de vârstă relevant din fiecare țară. În țările pentru care nu există informații disponibile, s-a atribuit prevalența medie UE. Populațiile folosite ca bază: 15–64 (334 de milioane) și 15–34 (133 de milioane). Datele rezumate aici sunt disponibile la „Anchete în rândul populației generale” din Buletinul statistic pentru 2010.		

⁽⁷¹⁾ A se vedea tabelele TDI-5 partea ii și TDI-22 din Buletinul statistic pentru 2010.

⁽⁷²⁾ A se vedea tabelele TDI-5 partea iv și TDI-37 din Buletinul statistic pentru 2010.

⁽⁷³⁾ Pentru o analiză completă, a se vedea Ediția specială privind consumul problematic de amfetamine și metamfetamine pentru 2010.

Ediție specială: Consumul problematic de amfetamină și metamfetamină, consecințe și răspunsuri asociate

Amfetaminele, în special metamfetamina, au fost raportate drept cauze ale unor probleme majore în diferite părți ale lumii. În Europa, doar un număr mic de țări raportează probleme considerabile cauzate de aceste droguri și numere semnificative de consumatori problematici de amfetamine și metamfetamine. O nouă ediție specială OEDT analizează evoluția istorică și recentă din aceste țări. Raportul tratează epidemiologia consumului de amfetamină și metamfetamină, în special consumul cronic sau intensiv, și aspectele sociale și de sănătate corelate. Acesta descrie, de asemenea, răspunsurile juridice, sociale și de sănătate elaborate pentru problemele asociate acestor droguri.

Ediția specială este disponibilă în format tipărit și pe internet doar în limba engleză, pe site-ul internet al OEDT.

Consumul problematic de metamfetamină

Spre deosebire de alte părți ale lumii, unde consumul de metamfetamină a crescut în ultimii ani, nivelurile consumului din Europa par limitate. În trecut, consumul acestui drog în Europa a fost concentrat în Republica Cehă și în Slovacia. În 2008, numărul de consumatori problematici de metamfetamină în Republica Cehă era estimat la aproximativ 20 700-21 800 (2,8-2,9 cazuri la 1 000 de persoane cu vârste între 15-64 de ani), aproape dublu față de numărul estimat al consumatorilor problematici de opiacee. În Slovacia s-au estimat aproximativ 5 800-15 700 de consumatori de metamfetamină (1,5-4,0 cazuri la 1 000 de persoane cu vârste între 15 și 64 de ani) în 2007, cu circa 20 % mai puțin decât numărul estimat al consumatorilor problematici de opiacee. De curând, metamfetamina a apărut pe piața drogurilor și în alte țări, în special în nordul Europei (Norvegia, Suedia, Letonia și, într-o măsură mai mică, Finlanda), unde se pare că înlocuiește parțial amfetamina, practic imposibil de diferențiat de către consumatori. În Europa, consumatorii problematici de metamfetamină în mod tipic injectează sau prizează drogul. Fumatul este raportat rar, din nou spre deosebire de alte părți ale lumii.

O mare parte din pacienții care încep tratamentul declară metamfetamina drept drog primar în Republica Cehă (59 %) și Slovacia (29 %). Injectarea este raportată ca principala modalitate de administrare a drogului de 80 % dintre pacienții consumatori de metamfetamină din Republica Cehă și de 36 % dintre cei din Slovacia ⁽⁷⁴⁾. De asemenea, deseori este declarat și consumul altor droguri,

în special heroină, canabis și alcool. Ambele țări raportează că consumul de metamfetamină ca substanță secundară este comun, în special în rândul persoanelor care urmează un tratament de substituție.

Consumatorii de metamfetamină care încep un tratament în Republica Cehă și Slovacia sunt relativ tineri, având în medie 25-26 de ani. Republica Cehă raportează că numărul femeilor care beneficiază de tratament pentru consumul primar de metamfetamină este în creștere, în special în rândul segmentelor de vârstă mai tinere. Între 2003 și 2008, numărul pacienților care încep tratamentul pentru metamfetamină pentru prima dată a continuat să crească în ambele țări ⁽⁷⁵⁾.

Ecstasy

Consumul de ecstasy este concentrat în rândul tinerilor adulți, bărbații raportând niveluri ale consumului mult mai ridicate decât femeile în toate țările, cu excepția Suediei și Finlandei. Din cei aproximativ 2,5 milioane (0,8 %) de adulți europeni care au consumat ecstasy în ultimul an, practic toți se încadrează în grupa de vârstă 15-34 de ani (a se vedea tabelul 6 pentru un rezumat al datelor). Niveluri încă ridicate de consum de ecstasy se găsesc în rândul grupului de 15-24 ani, prevalența pe parcursul vieții variază de la mai puțin de 1 % în Grecia și România la 20,8 % în Republica Cehă, urmată de Slovacia, Regatul Unit (ambele 9,9 %) și Letonia (9,4 %), deși majoritatea țărilor raportează estimări în intervalul 2,1-6,8 % ⁽⁷⁶⁾. Consumul de ecstasy în ultimul an în cadrul acestui grup de vârstă este estimat între 1,0 % și 3,7 % în majoritatea țărilor, deși există o diferență considerabilă între cea mai scăzută estimare națională, de 0,3 %, și cea mai ridicată, de 11,3 %.

În rândul elevilor cu vârste cuprinse între 15 și 16 ani, prevalența consumului de ecstasy de-a lungul vieții a variat între 1 % și 5 % în majoritatea celor 28 de țări examinate în 2007. Numai patru țări au raportat niveluri mai ridicate ale prevalenței: Bulgaria, Estonia, Slovacia (toate 6 %) și Letonia (7 %). Cele cinci țări care au desfășurat anchete în școli în 2008 [Belgia (Comunitatea flamandă), Spania, Italia, Suedia, Regatul Unit] au raportat o prevalență a consumului de ecstasy de-a lungul vieții de 4 % sau mai puțin ⁽⁷⁷⁾.

Un număr redus de consumatori de droguri apelează la tratament pentru consumul de ecstasy. În 2008, ecstasy a fost menționat ca drog primar de mai puțin de 1 % dintre pacienții care beneficiază de tratament pentru consumul de droguri în 21 din cele 27 de țări care au furnizat rapoarte. În alte țări, proporția variază între 1 % și 3 %.

⁽⁷⁴⁾ A se vedea tabelul TDI-5 partea ii și partea iv din Buletinul statistic pentru 2010.

⁽⁷⁵⁾ A se vedea tabelul TDI-3 din Buletinul statistic pentru 2010.

⁽⁷⁶⁾ A se vedea tabelul GPS-7 partea iv din Buletinul statistic pentru 2010.

⁽⁷⁷⁾ A se vedea tabelul EYE-11 din Buletinul statistic pentru 2010.

Cu o vârstă medie de 24 de ani, consumatorii de ecstasy sunt printre cei mai tineri care încep tratamentul pentru consumul de droguri. Încep tratamentul pentru ecstasy 2-3 bărbați la o femeie. Pacienții consumatori de ecstasy raportează frecvent consumul concomitent de alte substanțe, inclusiv alcool, cocaină și, într-o măsură mai mică, cannabis și amfetamine ⁽⁷⁸⁾.

LSD și ciupercile halucinogene

În rândul adulților tineri (15-34 ani), estimările prevalenței pe parcursul vieții pentru consumul de LSD variază între zero și 6,1 %, cu excepția Republicii Cehe, unde un studiu privind consumul de droguri desfășurat în 2008 a raportat un nivel mai mare al prevalenței (10,3 %). Niveluri mult mai scăzute ale prevalenței sunt raportate pentru consum în ultimul an ⁽⁷⁹⁾.

În puținele țări care furnizează date comparabile, consumul de LSD este deseori depășit de cel al ciupercilor halucinogene. Estimările privind prevalența pe parcursul vieții pentru adulții tineri variază între 0,3 % și 14,1 %, iar estimările prevalenței în ultimul an variază între 0,2 % și 5,9 %.

În rândul elevilor cu vârste cuprinse între 15 și 16 ani, estimările consumului de ciuperci halucinogene sunt mai ridicate decât cele pentru LSD și alte substanțe halucinogene în zece din cele 26 de țări care au raportat date privind aceste substanțe. Majoritatea țărilor raportează estimări ale prevalenței pe parcursul vieții pentru consumul de ciuperci halucinogene între 1 % și 4 %, niveluri mai ridicate fiind raportate de Slovacia (5 %) și de Republica Cehă (7 %) ⁽⁸⁰⁾.

Tabelul 6: Prevalența consumului de ecstasy în rândul populației generale – rezumatul datelor

Grupa de vârstă	Perioada consumului	
	Pe parcursul vieții	Anul trecut
15-64 de ani		
Număr estimat de consumatori în Europa	11 milioane	2,5 milioane
Media europeană	3,7 %	0,6 %
Interval	0,0- 12,3 %	0,0- 1,7 %
Țări cu prevalența cea mai scăzută	România (0,3 %) Grecia (0,4 %) Malta (0,7 %) Polonia (1,2 %)	România, Suedia (0,1 %) Malta, Grecia (0,2 %) Polonia (0,3 %)
Țări cu prevalența cea mai ridicată	Republica Cehă (9,6 %) Regatul Unit (8,6 %) Irlanda (5,4 %) Letonia (4,7 %)	Republica Cehă (3,7 %) Regatul Unit (1,8 %) Slovacia (1,6 %) Letonia (1,5 %)
15-34 de ani		
Număr estimat de consumatori în Europa	8 milioane	2,5 milioane
Media europeană	5,2 %	1,2 %
Interval	0,1 - 15,4 %	0,1 - 3,2 %
Țări cu prevalența cea mai scăzută	România, Grecia (0,6 %) Malta (1,4 %) Polonia (2,1 %) Cipru (2,4 %)	România, Suedia (0,2 %) Grecia (0,4 %) Polonia (0,7 %)
Țări cu prevalența cea mai ridicată	Republica Cehă (18,4 %) Regatul Unit (13,8 %) Irlanda (9,0 %) Letonia (8,5 %)	Republica Cehă (7,7 %) Regatul Unit (3,9 %) Slovacia, Letonia, Țările de Jos (2,7 %)
Estimările prevalenței pentru Europa se bazează pe mediile ponderate din cele mai recente anchete naționale derulate între 2001 și 2008/2009 (în principal 2004-2008), prin urmare nu pot fi asociate unui singur an. Prevalența medie pentru Europa a fost calculată printr-o medie ponderată în funcție de populația din segmentul de vârstă relevant pentru fiecare țară. În țările pentru care nu există informații disponibile, s-a atribuit prevalența medie UE. Populațiile folosite ca bază: 15-64 (334 milioane) și 15-34 (133 milioane). Datele rezumate aici sunt disponibile la „Anchete în rândul populației generale” din Buletinul statistic pentru 2010.		

⁽⁷⁸⁾ A se vedea tabelele TDI-5 și TDI-37 partea i, partea ii și partea iii din Buletinul statistic pentru 2010.

⁽⁷⁹⁾ A se vedea tabelul GPS-1 din Buletinul statistic pentru 2010.

⁽⁸⁰⁾ Date raportate de toate țările ESPAD, cu excepția Spaniei. A se vedea figura EYE-2 partea v din Buletinul statistic pentru 2010.

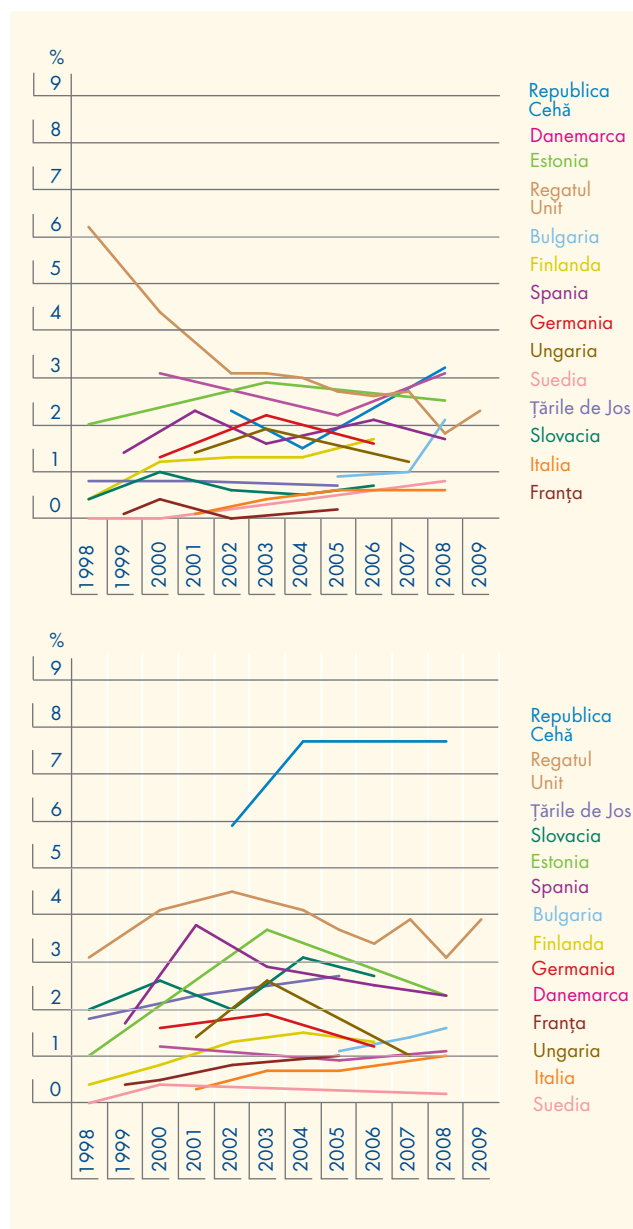
Tendențele în consumul de amfetamine și ecstasy

Tendențele de stabilizare ale consumului de amfetamine și ecstasy în Europa, observate în rapoartele precedente, sunt sprijinite de cele mai recente date. După creșteri generale în anii '90, anchetele în rândul populației indică în prezent o stabilizare generală a popularității ambelor droguri, deși se constată creșteri recente într-un număr mic de țări. Tendențele naționale din studiile desfășurate în rândul populației generale pot, totuși, să nu reflecte tendințele consumului de substanțe stimulatoare la nivel local sau în subpopulații diferite. Anchetele orientate desfășurate în cluburile de noapte sugerează că prevalența și tiparele consumului de droguri stimulatoare împreună cu alcool rămân ridicate, unele studii sugerând că tiparele consumului de droguri printre cei care frecventează cluburi de noapte devin din ce în ce mai polarizate față de cele ale consumului de droguri în rândul populației generale (Measham și Moore, 2009). În contrast, observațiile făcute recent în Germania arată că în această țară consumul de substanțe în cluburile de noapte este în scădere.

În Regatul Unit consumul de amfetamină în ultimul an în rândul tinerilor adulți (15-34 de ani) a scăzut de la 6,2 % în 1998 la 2,3 % în perioada 2008-2009. În Danemarca, consumul de amfetamină a crescut de la 0,5 % în 1994 la 3,1 % în 2000 și s-a stabilizat ulterior ⁽⁸¹⁾. În rândul celorlalte țări care au raportat anchete repetate într-o perioadă de timp similară (Germania, Grecia, Spania, Franța, Țările de Jos, Slovacia, Finlanda), tendințele sunt în general stabile (figura 6). În perioada 2003-2008, din cele 11 țări cu date suficiente privind prevalența consumului de amfetamină în ultimul an în grupul de vârstă 15-34 de ani, doar două raportează o schimbare mai mare de un punct procentual (Bulgaria, de la 0,9 % în 2005 la 2,1 % în 2008, și Republica Cehă, de la 1,5 % în 2004 la 3,2 % în 2008).

În țări care raportează niveluri ale consumului de ecstasy mai ridicate decât media, consumul drogului în rândul celor cu vârste cuprinse între 15 și 34 de ani a atins un maxim cuprins între 3 % și 5 % la începutul anului 2000 (Estonia, Spania, Slovacia, Regatul Unit; a se vedea figura 6). O excepție la această situație o reprezintă Republica Cehă, unde se estimează că 7,7 % dintre persoanele din segmentul de vârstă cuprins între 15 și 34 de ani au consumat ecstasy în ultimul an, cu o tendință în creștere în perioada 2003-2008. În această perioadă, majoritatea celorlalte țări raportează o tendință stabilă, cu excepția Estoniei și a Ungariei, unde prevalența consumului de ecstasy în ultimul an în rândul tinerilor adulți a crescut la începutul anului 2000 și a scăzut ulterior.

Figura 6: Tendențele prevalenței consumului de amfetamine (sus) și ecstasy (jos) în ultimul an în rândul adulților tineri (15-34 de ani)



NB: Sunt prezentate doar datele pentru țările în care s-au desfășurat cel puțin trei anchete în perioada 1998-2009. Pentru informații suplimentare, a se vedea figurile GPS-8 și GPS-21 din Buletinul statistic pentru 2010.

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

În opt țări (Danemarca, Franța, Spania, Irlanda, Italia, Austria, Portugalia, Regatul Unit), cele mai recente studii arată că anul trecut consumul de cocaină a depășit consumul de amfetamină și de ecstasy în rândul tinerilor adulți.

Anchetele realizate în școli în 2007 (ESPAD) și în 2008 indică, în ansamblu, puține schimbări în ceea ce privește nivelul experimentării cu amfetamină și ecstasy în rândul elevilor cu vârste cuprinse între 15 și 16 ani. Având în

⁽⁸¹⁾ În Danemarca, informațiile din 1994 se referă la „droguri tari”, considerate în principal a fi amfetamine.

vedere diferențele de cel puțin două puncte procentuale între 2003 și 2007, prevalența consumului de amfetamine pe parcursul vieții a crescut în nouă țări. Potrivit aceluiași tip de indicator, consumul de ecstasy a crescut în șapte țări. Scăderea prevalenței consumului de amfetamine pe parcursul vieții s-a observat numai în Estonia și în Italia, în timp ce Republica Cehă, Portugalia și Croația au raportat o scădere a consumului de ecstasy. Celelalte țări raportează o tendință stabilă.

Amfetaminele și ecstasy în locurile de recreere: consum și intervenții

Nouă țări au furnizat date privind prevalența consumului de droguri din studiile desfășurate în cluburile de noapte în 2008. Estimările indică variații considerabile între țări și contexte, între 10 % și 85 % pentru prevalența consumului de ecstasy pe parcursul vieții și între 5 % și 69 % pentru consumul de amfetamine. Trei dintre studii au raportat, de asemenea, estimări ale prevalenței pe parcursul vieții pentru ciupercile halucinogene, variind între 34 % și 54 %. Diferențe în prevalența și tiparele consumului de droguri raportate de clienții cluburilor de noapte în care se ascultă diferite genuri de muzică dance electronică au fost observate în 6 țări (Germania, Franța, Ungaria, Țările de Jos, România, Regatul Unit), consumul de ecstasy părând să fie în mod sistematic mai strâns corelat cu unele genuri de muzică decât cu altele. Consumul de ecstasy a fost de asemenea mai comun decât consumul de amfetamine în cluburile eșantionate în trei țări care au furnizat informații (Republica Cehă, Țările de Jos, Regatul Unit). De exemplu, 9 % dintre cei care frecventează cluburile în Amsterdam au raportat că au consumat ecstasy în cursul seriei anchetei și 42 % dintre cei care frecventează cluburile din Manchester au raportat că au consumat sau intenționau să consume ecstasy în cursul seriei anchetei. Cifrele corespunzătoare pentru consumul de amfetamine au fost de 3,6 % (Amsterdam) și 8 % (Manchester).

Doar 13 țări europene au raportat recent intervenții în cluburile de noapte. Furnizarea de informații și materialele privind reducerea riscurilor au fost principalele activități raportate, însă puține strategii informative au abordat credințele normative care stau la baza culturii tinerilor în ceea ce privește recreerea. Abordările de proximitate, precum mediile sănătoase în cluburi, securitatea transporturilor, programe privind activitățile polițienești în legătură cu vânzarea, zonele de relaxare, testele pentru depistarea prezenței alcoolului și intervențiile de urgență au fost raportate, individual sau în combinație, de șapte țări (Belgia, Danemarca, Germania, Spania, Luxemburg, Țările de Jos, Regatul Unit). Cooperarea între actorii

implicați în domeniul vieții de noapte – autoritățile municipale, poliția și proprietarii de restaurante sau de cluburi – este în prezent raportată, de asemenea, de Spania și de Italia.

Riscurile asociate consumului de alcool în cluburile de noapte sunt recunoscute din ce în ce mai mult în Europa. Strategii de proximitate privind alcoolul sunt raportate în Danemarca, Luxemburg, Suedia și Regatul Unit, precum și în unele regiuni din Spania. Printre diferitele intervenții puse în aplicare în aceste țări se numără: servirea cu responsabilitate a alcoolului, instruirea personalului, un impozit mai mare la vânzarea de limonade alcoolizate, vârsta minimă de 16 ani pentru achiziționarea de băuturi alcoolice și toleranță zero pentru tinerii șoferi.

Deoarece consumul de alcool și de alte droguri este strâns corelat cu cluburile de noapte, regulamente care vizează consumul de alcool ar putea reduce, de asemenea, consumul de substanțe stimulatoare. Un studiu recent al British Crime Survey a raportat că frecvența vizitării cluburilor de noapte este strâns asociată policonsumului de droguri ⁽⁸²⁾. Datele analizate de OEDT din anchetele în rândul populației generale în nouă țări europene arată că, printre consumatorii frecvenți sau intensivi de alcool, prevalența consumului de amfetamine sau de ecstasy este mult mai ridicată decât media (OEDT, 2009d). Analiza datelor unui studiu ESPAD în școli pentru 22 de țări arată că 85,5 % dintre elevii cu vârste cuprinse între 15 și 16 ani care au consumat ecstasy în ultima lună au băut și cel puțin cinci băuturi alcoolice o dată (OEDT, 2009d). De asemenea, potrivit datelor raportate de Țările de Jos, consumatorii pot lua droguri stimulatoare precum cocaina și amfetaminele pentru a-și reveni după consumul excesiv de alcool.

Tratament

În general, consumatorii de amfetamine beneficiază de tratament prin serviciile de tratament în ambulatoriu pentru consum de droguri care, în țările unde consumul de amfetamine a reprezentat o problemă semnificativă, pot fi specializate în tratarea acestui tip de probleme legate de consumul de droguri. Tratamentul pentru cei mai problematici consumatori de amfetamine poate fi acordat în cadrul serviciilor de tratament pentru consumul de droguri cu posibilități de spitalizare sau în clinici sau spitale de psihiatrie. Această posibilitate este utilizată în special atunci când dependența de amfetamine este complicată de tulburări psihiatrice care au apărut pe parcurs. În Europa, produsele farmaceutice (antidepresivele, sedativele sau medicamentele antipsihotice) sunt administrate pentru tratamentul

⁽⁸²⁾ Definit drept consumul a două sau mai multe droguri ilegale în aceeași perioadă de timp, de exemplu, în ultimul an.

simptomelor timpurii ale abstenenței la începutul dezintoxicării, tratament de care se beneficiază în general în secții psihiatrice specializate cu spitalizare. În Republica Cehă, consumatorii de metamfetamină care sunt trimiși la centrele de dezintoxicare ajung adesea într-o stare de psihoză toxică acută, care este însoțită în general de agresivitate atât față de ei înșiși, cât și față de cei din jur. Astfel de pacienți trebuie să fie adesea imobilizați, comunicarea cu aceștia este dificilă și resping de obicei orice îngrijire. Consumatorii cu afecțiuni psihotice sunt tratați cu medicamente antipsihotice atipice în unități psihiatrice cu internare. Republica Cehă raportează, de asemenea, că din cauza vârstei tinere a pacienților și a frecvenței ridicate a problemelor de familie, consumatorii de metamfetamine sunt frecvent tratați într-un context de terapie familială.

Lipsa unui substitut farmacologic pentru tratamentul dependenței de amfetamine este menționată de mai multe țări ca problemă pentru menținerea sub tratament a consumatorilor de amfetamine. Deși dexamfetamina este disponibilă ca substitut pentru tratarea consumatorilor extrem de problematici de amfetamine în Anglia și în Țara Galilor, orientările naționale privind gestionarea clinică a dependenței de droguri recomandă evitarea prescrierii dexamfetaminei în acest scop, din cauza lipsei unei eficacități demonstrate (NTA, 2007).

Eficacitatea tratamentului

Consumul cronic de metamfetamină poate cauza deteriorarea facultăților cognitive, care poate reduce capacitatea consumatorului de a răspunde favorabil la terapii psihologice, cognitive și de comportament (Rose și Grant, 2008). Aceasta ar putea explica eforturile de cercetare considerabile care sunt depuse în vedea elaborării de intervenții medicamentoase. În unele cazuri, medicamentele studiate urmăresc să permită pacienților să se supună unei intervenții psihologice.

Mai multe studii clinice privind produsele farmaceutice care trebuie să fie utilizate în tratarea dependenței de amfetamine au fost publicate recent sau sunt în desfășurare. Din cele nouă studii publicate, șase au fost publicate în Statele Unite, două în Suedia și unul în Australia. Substanțele investigate au inclus inhibitorii recaptării dopaminei, metilfenidat și bupropion, pentru facilitarea abstenenței la pacienții dependenți de metamfetamină; aripiprazol, un agent antipsihotic; ondansetron, un agent împotriva anxietății, amineptina, un medicament psihotrop; mirtazapina, o antihistamină,

Intervenții fundamentate

Consumul de droguri și de alcool în locurile de recreere poate genera o gamă largă de probleme sociale și de sănătate prin violență, contacte sexuale involuntare și neprotejate, accidente de circulație, consum de alcool în rândul minorilor și tulburarea liniștii publice. Un studiu recent privind eficiența intervențiilor în locurile de recreere a constatat că intervențiile aplicate pe scara cea mai largă nu se bazează pe dovezi (Calafat *et al.*, 2009). Acestea includ furnizarea de informații pentru a reduce efectele negative, promovarea moderației, servirea responsabilă a băuturilor alcoolice, instruirea paznicilor și programe privind șoferul desemnat (*designated driver*). În anumite cazuri, lipsa eficienței ar putea fi asociată aplicării necorespunzătoare.

Există dovezi potrivit cărora combinarea instruirii clienților și a personalului, cooperarea obligatorie între autorități, industria activităților de agrement și organele de aplicare a legii (eliberarea autorizațiilor, verificarea vârstei) a fost cea mai bună strategie de reducere a vătămărilor, tiparelor de consum problematic de alcool și accesului tinerilor la alcool. Din păcate, rezultatele privind consumul ilegal de droguri au fost evaluate doar sporadic.

Alte măsuri luate la nivelul societății care sunt eficiente în reducerea consumului de substanțe în cluburile de noapte includ impozitarea alcoolului, ore de vânzare restricționate, limitări ale densității pieței de desfacere, puncte de control al conducerii sub influența băuturilor alcoolice, limite reduse ale concentrației alcoolului în sânge, vârsta minimă legală pentru cumpărarea de băuturi alcoolice, și suspendarea autorizațiilor.

modafinil, un agent neuroprotectiv și naltrexona, un antagonist al receptorilor de opiacee. Dintre toate studiile, doar naltrexona a fost asociată cu un beneficiu semnificativ al tratamentului în termeni de reducere a consumului (demonstrată fie prin eșantioane de urină, fie raportată de pacient) și de rată a abstenenței continue. Studii desfășurate în Statele Unite cercetează, de asemenea, dacă citicolina, care poate îmbunătăți funcția psihică la subiecții dependenți de metamfetamină, îmbunătățește eficacitatea altor tratamente farmaceutice.

În sfârșit, un studiu controlat a arătat că tratamentul în ambulatoriu supravegheat de jurisdicția specializată în domeniul drogurilor a dat rezultate mai bune decât tratamentul nesupravegheat. Într-un studiu clinic, introducerea gestionării situațiilor neprevăzute a îmbunătățit rezultatele, în comparație cu tratamentul actual individual. Într-o disertație recentă, a fost descris și un vaccin cu anticorpi monoclonali antidrog pentru prevenirea supradozelor și a recidivelor.



Capitolul 5

Cocaina și cocaina crack

Introducere

Consumul de cocaină și capturile de cocaină au crescut în ultimul deceniu, iar cocaina este în prezent al doilea dintre cele mai consumate droguri din Europa, după canabis. Nivelurile consumului diferă considerabil între țări, consumul de cocaină fiind concentrat în țările din vestul și sudul Europei. Există, de asemenea, o diversitate considerabilă în rândul consumatorilor de cocaină, atât din punctul de vedere al tiparelor de consum, cât și din punct de vedere socio-demografic. Există consumatori ocazionali de cocaină, consumatori frecvenți integrați social și consumatori mai marginalizați și adesea dependenți, inclusiv foști și actuali consumatori de opiacee. Această diversitate complică evaluarea prevalenței consumului drogului, consecințele sale sociale și asupra sănătății și răspunsurile necesare.

Oferta și disponibilitatea

Producția și traficul

Cultivarea arbustului de coca, sursa cocainei, continuă să fie concentrată în trei țări din regiunea andină.

ONU DC (2010b) a estimat pentru anul 2009 că suprafața totală cultivată cu arbustul de coca se traduce într-o producție potențială între 842 și 1 111 tone de cocaină pură, comparativ cu o producție estimată de 865 de tone în 2008 (ONU DC, 2010b). Suprafața cultivată în 2009 este estimată la 158 000 de hectare, în scădere de la 167 600 de hectare în 2008. Această scădere de 5 % se datorează în principal unei reduceri a zonei de producție de coca în Columbia care nu este compensată de creșterile din Peru și Bolivia.

Transformarea frunzelor de coca în hidroclorură de cocaină este efectuată în special în Columbia, Peru și Bolivia, deși poate apărea și în alte țări. Importanța Columbiei în producerea de cocaină este coroborată cu informații privind laboratoarele desființate și capturile de permanganat de potasiu, un reactiv chimic folosit în producția hidroclorurii de cocaină. În 2008, au fost desființate 3 200 de laboratoare producătoare de cocaină (INCB, 2010b) și a fost capturată o cantitate totală de 42 de tone de permanganat de potasiu în Columbia (90 % din capturile la nivel mondial) (INCB, 2010a).

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

	Cocaină	Crack ⁽¹⁾
Estimarea producției globale (tone)	842-1 111	n. a.
Cantitatea globală capturată (tone)	711 ⁽²⁾	n. a.
Cantitatea capturată (tone)		
UE și Norvegia (inclusiv Croația și Turcia)	67 (67)	0,06 (0,06)
Numărul capturilor		
UE și Norvegia (inclusiv Croația și Turcia)	95 700 (96 300)	10 100 (10 100)
Prețul mediu cu amănuntul (EUR pe gram)		
Interval (Interval intercuartil) ⁽³⁾	37-107 (50-70)	45-82
Intervalul purității medii (%)	13-62	20-89

⁽¹⁾ Dat fiind numărul redus de țări care raportează informații, datele ar trebui interpretate cu precauție.

⁽²⁾ Estimările ONU DC estimează că această cifră este echivalentă cu 412 tone de cocaină pură.

⁽³⁾ Intervalul jumătății mijlocii a prețurilor medii raportate.

NB: Toate datele sunt pentru 2008, cu excepția estimărilor producției globale (2009); n. a., date nedisponibile.

Sursă: ONU DC (2010b) pentru valori globale, punctele focale naționale Reitox pentru datele europene.

Informațiile disponibile arată că traficul de cocaină către Europa continuă pe diferite rute aeriene și maritime. Transporturile de cocaină tranzitează țări printre care Argentina, Brazilia, Ecuador, Venezuela și Mexic, înainte de a ajunge în Europa. Insulele Caraibe sunt, de asemenea, folosite în mod frecvent pentru transbordarea drogului spre a fi transportat către Europa. În ultimii ani, au fost identificate rute alternative prin Africa de Vest (OEDT și Europol, 2010). Deși în 2008 a fost raportată o „reducere considerabilă” a capturilor de cocaină care tranzitează Africa de Vest (ONU DC, 2009), este posibil ca o cantitate semnificativă de cocaină încă să tranziteze regiunea (OEDT și Europol, 2010).

Peninsula Iberică, în special Spania, și regiunea Benelux, în special Țările de Jos, par să fie punctele de intrare a cocainei introduse prin contrabandă în Europa. Franța, Italia și Regatul Unit sunt menționate frecvent drept importante țări de tranzit sau de destinație în Europa. Rapoarte recente indică, de asemenea, că traficul de cocaină se poate extinde spre est (OEDT și Europol, 2010; INCB, 2010b). Cifrele agregate pentru zece țări din Europa Centrală și de Est indică o creștere a numărului capturilor de cocaină, de la 469 de cazuri în 2003 la 1 212 în 2008, însă acestea reprezintă în continuare doar aproximativ 1 % din numărul total de capturi la nivel european.

Capturi

Cocaina este cel mai traficant drog din lume, după plantele de canabis și rășina de canabis. În 2008, capturile globale de cocaină au rămas, în mare măsură, stabile la aproximativ 711 tone (tabelul 7) (ONU DC, 2010b). America de Sud a continuat să raporteze cele mai mari cantități capturate, reprezentând 60 % din cifra globală (CND, 2009), aceasta fiind urmată de America de Nord cu 28 % și de Europa de Vest și Centrală cu 11 % (ONU DC, 2009).

În Europa, numărul de capturi de cocaină a crescut în ultimii 20 de ani, în special din 2004. În 2008, numărul de capturi globale de cocaină a crescut la aproximativ 96 000 de cazuri, deși cantitatea totală interceptată a scăzut la 67 de tone, de la 121 de tone în 2006 și 76 de tone în 2007. La scăderea cantității totale de cocaină capturată contribuie în mare măsură cantitățile recuperate începând cu 2006 în Spania și în Portugalia⁽⁸³⁾. Această situație poate fi explicată de schimbări ale rutelor sau ale practicilor de trafic, sau de schimbări în prioritățile de punere în aplicare a legislației. În 2008, Spania a fost în continuare țara care a raportat cea mai mare cantitate de cocaină capturată și cel mai ridicat număr de capturi ale acestui drog – aproape

Laboratoare de „extracție secundară” a cocainei în Europa

Laboratoarele clandestine înființate de traficanții de droguri pentru prelucrarea cocainei în Europa au o funcție diferită comparativ cu laboratoarele de cocaină din America de Sud, unde cocaina bază sau hidrociorura este extrasă din frunzele de coca sau din pasta de coca. Majoritatea laboratoarelor descoperite de agențiile europene de aplicare a legii par să extragă cocaină din materialele în care a fost încorporată înainte de a fi exportată.

Hidrociorura de cocaină și, mai puțin frecvent, cocaina bază au fost descoperite într-o serie de materiale „de transport” de o mare diversitate, precum ceara de albine, îngrășăminte, articole de îmbrăcăminte, plante și lichide. Procesul de incorporare poate avea un grad de sofisticare variat, de la simpla înmuiere a articolelor de îmbrăcăminte într-o soluție formată din cocaină și apă, la incorporarea drogului în plastic. În acest ultim caz, este necesar un proces chimic invers pentru a extrage cocaina. După extracție, substanța poate fi adulterată cu ajutorul unor diferiți agenți de adulterare și presată în cărămizi de cocaină cu embleme care desemnează cocaină cu un grad ridicat de puritate în țările producătoare.

Europol a primit rapoarte referitoare la descoperirea unui număr de aproximativ 30 de laboratoare „de extracție secundară” a cocainei de diferite dimensiuni în 2008, toate fiind amplasate în Spania. În Țările de Jos, un laborator de dimensiuni medii care extrăgea cocaina din pudră de cacao și băuturi alcoolice a fost închis în Roosendaal, în provincia Brabant. Cu un an înainte, autoritățile olandeze desființaseră deja două laboratoare „de extracție secundară” în aceeași provincie, unde au capturat opt tone de plastic (polipropilenă) care conținea cocaină. Documentele recuperate din laboratoare indicau faptul că peste 50 de tone de plastic fuseseră importate din Columbia în cursul aceluși an.

jumătate din total – din Europa. Această analiză este preliminară, deoarece datele pentru 2008 nu sunt încă disponibile pentru Țările de Jos, care au raportat următoarea cantitate de cocaină interceptată ca mărime în 2007.

Puritatea și prețul

Puritatea tipică a eșantioanelor de cocaină testate a variat între 25 % și 55 % pentru majoritatea țărilor care au furnizat rapoarte în 2008, deși au fost raportate valori mai scăzute în Danemarca (doar la vânzarea cu amănuntul, 23 %) și în unele părți din Regatul Unit (Scoția, 13 %) și valori mai ridicate în Belgia (59 %), Franța (60 %) și România (62 %) ⁽⁸⁴⁾. Douăzeci și una de țări au furnizat date suficiente pentru analiza tendințelor purității cocainei în perioada 2003-2008, 17 dintre acestea raportând

⁽⁸³⁾ A se vedea tabelele SZR-9 și SZR-10 din Buletinul statistic pentru 2010.

⁽⁸⁴⁾ Pentru datele privind puritatea și prețul, a se vedea tabelele PPP-3 și PPP-7 din Buletinul statistic pentru 2010.

o scădere, trei o situație stabilă (Germania, Grecia, Franța), iar Portugalia înregistrând o creștere.

În 2008, prețul tipic la vânzarea cu amănuntul a cocainei a variat între 50 EUR și 70 EUR pentru un gram în cele 18 țări care raportează date. Prețuri mai scăzute au fost raportate în Polonia și în Portugalia, și mai mari în Republica Cehă, Italia, Letonia și Suedia. Cu o singură excepție, toate țările cu date suficiente pentru o comparație au raportat o scădere a prețului de vânzare cu amănuntul a cocainei între 2003 și 2008. Doar Polonia a raportat o creștere pentru această perioadă, deși s-a înregistrat o scădere în 2008.

Prevalența și tiparele de consum

Consumul de cocaină la nivelul populației generale

În ansamblu, cocaina rămâne al doilea dintre cele mai consumate droguri ilegale din Europa, după canabis, deși consumul variază mult între țări. Se estimează că aproximativ 14 milioane de europeni au consumat cocaină cel puțin o dată în viață, în medie 4,1 % dintre adulții cu vârste între 15 și 64 de ani (a se vedea tabelul 8 pentru un rezumat al datelor). Cifrele naționale variază de la 0,1 % la 9,4 %, 12 din 24 de țări, inclusiv majoritatea țărilor din Europa Centrală și de Est, raportând niveluri scăzute de prevalență pe parcursul vieții (0,5-2 %).

Se estimează că aproximativ 4 milioane de europeni au consumat drogul în ultimul an (în medie 1,3 %), deși există și în acest caz variații între țări. Anchetele naționale recente raportează estimări ale prevalenței pe parcursul ultimului an între zero și 3,1 %. Estimarea prevalenței pentru consumul de cocaină în ultima lună din Europa reprezintă aproximativ 0,5 % din populația adultă, sau aproximativ 2 milioane de persoane.

Un număr redus de țări raportează niveluri ale consumului de cocaină superioare mediei europene (Danemarca, Spania, Irlanda, Italia, Regatul Unit). În toate țările cu excepția uneia, cocaina este drogul ilegal cel mai des consumat. Excepția este reprezentată de Danemarca, unde prevalența raportată este similară pentru consumul de cocaină și de amfetamine.

Consumul de cocaină în rândul tinerilor adulți

În Europa, se estimează că aproximativ 8 milioane de adulți tineri (15-34 de ani), sau în medie 5,9 %, au consumat cocaină cel puțin o dată în viață. Cifrele naționale variază de la 0,1 % la 14,9 %. Media

europenă pentru consumul de cocaină în ultimul an în rândul acestui grup de vârstă este estimată la 2,3 % (aproximativ 3 milioane), iar pentru consumul din ultima lună la 0,9 % (1,5 milioane).

Consumul este foarte ridicat în rândul bărbaților tineri (15-34 de ani), prevalența consumului de cocaină raportată în ultimul an situându-se între 4 % și 8,4 % în Danemarca, Spania, Irlanda, Italia și Regatul Unit ⁽⁸⁵⁾. În 12 dintre țările care au furnizat date, raportul dintre bărbați și femei în ceea ce privește prevalența consumului de cocaină din ultimul an la tinerii adulți este de cel puțin 2 bărbați la o femeie ⁽⁸⁶⁾.

Potrivit anchetelor transversale în cadrul populației și anchetelor specifice, consumul de cocaină este asociat cu stiluri de viață și locații specifice. De exemplu, o analiză a datelor furnizată de British Crime Survey pentru 2008/2009 a estimat că 14,2 % dintre persoanele cu vârste între 16 și 24 de ani care au vizitat un club de noapte de patru ori sau mai mult în ultima lună raportează consum de cocaină în ultimul an, în comparație cu 4,0 % în rândul celor care nu au vizitat un astfel de club (Hoare, 2009). Anchetele specifice desfășurate recent în cluburile de dans sau muzică electronică din Republica Cehă, Țările de Jos, Austria și Regatul Unit au raportat un consum foarte ridicat de cocaină pe parcursul vieții, variind de la 17,6 % la 86 %. De asemenea, consumul de cocaină poate fi direct asociat cu aceste locații: într-o anchetă din Amsterdam în rândul celor care au frecventat cluburile în 2008, 4,6 % dintre cei 646 de respondenți au afirmat că au consumat cocaină în cursul seriei anchetei, în timp ce o anchetă la fața locului printre 323 de persoane care frecventează cluburi în Regatul Unit a raportat că 22 % dintre aceștia au consumat sau intenționau să consume cocaină în cursul seriei.

Datele studiilor efectuate în rândul populației generale indică, de asemenea, că prevalența consumului episodic intensiv de alcool ⁽⁸⁷⁾ este mult mai ridicată în rândul consumatorilor de cocaină decât la nivelul populației generale (OEDT 2009d). Țările de Jos raportează, de asemenea, că aceștia pot lua cocaină pentru a-și reveni în urma consumului excesiv de alcool.

Consumul de cocaină în rândul elevilor

Estimările prevalenței consumului de cocaină în rândul elevilor sunt mult mai scăzute decât cele corespunzătoare consumului de canabis. Prevalența consumului de cocaină pe parcursul vieții în rândul elevilor de 15-16 ani în ancheta ESPAD s-a situat între 1 % și 2 % în jumătate dintre cele 28 de țări care au raportat date. Majoritatea

⁽⁸⁵⁾ A se vedea figura GPS-13 din Buletinul statistic pentru 2010.

⁽⁸⁶⁾ A se vedea tabelul GPS-5 partea iii și partea iv din Buletinul statistic pentru 2010.

⁽⁸⁷⁾ Definit drept consumul de cel puțin șase pahare dintr-o băutură alcoolică cu aceeași ocazie cel puțin o dată pe săptămână în ultimele 12 luni.

Tabelul 8: Prevalența consumului de cocaină în rândul populației generale – rezumatul datelor

Grupa de vârstă	Perioada consumului		
	Pe parcursul vieții	Anul trecut	Luna trecută
15–64 de ani			
Număr estimat de consumatori din Europa	14 milioane	4 milioane	2 milioane
Media europeană	4,1 %	1,3 %	0,5 %
Interval	0,1–9,4 %	0,0–3,1 %	0,0–1,5 %
Țări cu prevalența cea mai scăzută	România (0,1 %) Malta (0,4 %) Lituania (0,5 %) Grecia (0,7 %)	România (0,0 %) Grecia (0,1 %) Ungaria, Polonia, Lituania (0,2 %) Malta (0,3 %)	România, Grecia (0,0 %) Malta, Suedia, Polonia, Lituania, Estonia, Finlanda (0,1 %)
Țări cu prevalența cea mai ridicată	Regatul Unit (9,4 %) Spania (8,3 %) Italia (7,0 %) Irlanda (5,3 %)	Spania (3,1 %) Regatul Unit (3,0 %) Italia (2,1 %) Irlanda (1,7 %)	Regatul Unit (1,5 %) Spania (1,1 %) Italia (0,7 %) Austria (0,6 %)
15–34 de ani			
Număr estimat de consumatori din Europa	8 milioane	3 milioane	1,5 milioane
Media europeană	5,9 %	2,3 %	0,9 %
Interval	0,1–14,9 %	0,1–6,2 %	0,0–2,9 %
Țări cu prevalența cea mai scăzută	România (0,1 %) Lituania (0,7 %) Malta (0,9 %) Grecia (1,0 %)	România (0,1 %) Grecia (0,2 %) Polonia, Lituania (0,3 %) Ungaria (0,4 %)	România (0,0 %) Grecia, Polonia, Lituania (0,1 %) Ungaria, Estonia (0,2 %)
Țări cu prevalența cea mai ridicată	Regatul Unit (14,9 %) Spania (11,8 %) Danemarca (9,5 %) Irlanda (8,2 %)	Regatul Unit (6,2 %) Spania (5,5 %) Danemarca (3,4 %) Irlanda (3,1 %)	Regatul Unit (2,9 %) Spania (1,9 %) Italia (1,1 %) Irlanda (1,0 %)
Estimările prevalenței pentru Europa se bazează pe mediile ponderate din cele mai recente anchete naționale derulate între 2001 și 2008/2009 (în principal 2004-2008), prin urmare nu pot fi asociate unui singur an. Prevalența medie pentru Europa a fost calculată printr-o medie ponderată în funcție de populația din segmentul de vârstă relevant din fiecare țară. În țările pentru care nu există informații disponibile, s-a atribuit prevalența medie UE. Populațiile folosite ca bază: 15-64 (334 de milioane), 15-34 (133 de milioane). Datele rezumate aici sunt disponibile la „Anchete în rândul populației generale” din Buletinul statistic pentru 2010.			

țărilor rămase au raportat niveluri ale prevalenței cuprinse între 3 % și 4 %, în timp ce Franța, Italia și Regatul Unit au raportat 5 %, respectiv 6 %. Atunci când sunt disponibile date pentru elevii mai în vârstă (17-18 ani), prevalența consumului de cocaină pe parcursul vieții este în general mai ridicată, de până la 8 % în Spania ⁽⁸⁸⁾.

Comparații internaționale

În ansamblu, prevalența estimată a consumului de cocaină în ultimul an este mai scăzută în rândul tinerilor adulți din Uniunea Europeană (2,3 %) decât în Australia (3,4 % printre tinerii cu vârste între 14 și 39 de ani), Canada (4,0 %) și Statele Unite (4,5 % printre tinerii cu vârste între 16 și 34 de ani). Totuși, Danemarca raportează aceeași cifră ca Australia, în timp ce Spania și Regatul Unit raportează cifre mai mari decât Canada și Statele Unite (figura 7).

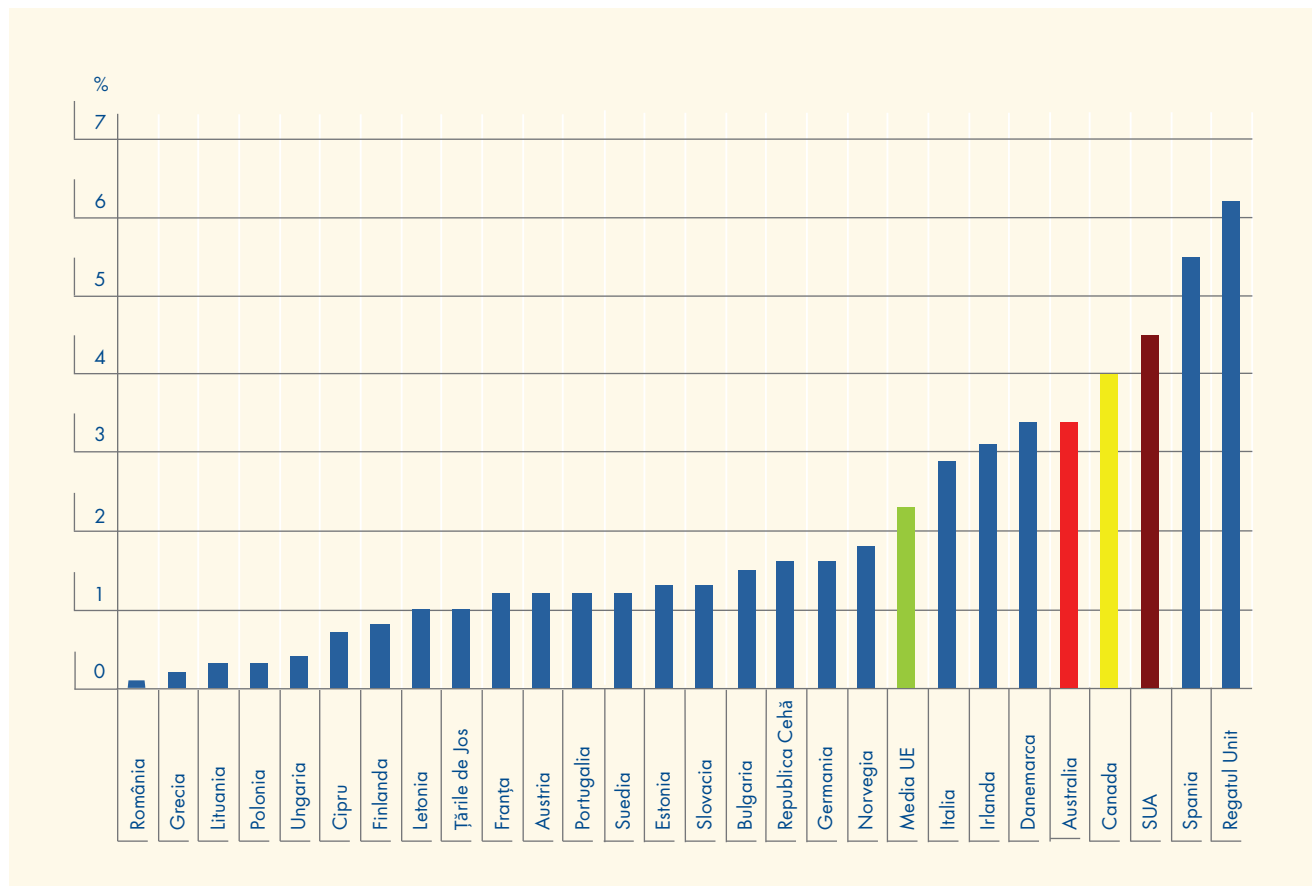
Tendențe în consumul de cocaină

Tendențele în ceea ce privește consumul de cocaină în Europa au tipare diferite. În cele două țări cu cea mai

mare prevalență a consumului de cocaină (Spania și Regatul Unit), consumul drogului a crescut foarte mult la sfârșitul anilor '90, înainte de a trece la o tendință mai stabilă, deși în general ascendentă. În alte trei țări (Danemarca, Irlanda, Italia), creșterea prevalenței a fost mai puțin accentuată și a survenit mai târziu. Cu toate acestea, nivelurile consumului în aceste țări sunt ridicate, conform standardelor europene. În rândul celorlalte țări în care au fost realizate studii repetate între 1998 și 2008/2009, prevalența în ultimul an în rândul tinerilor adulți (15-34 de ani) este mai stabilă, situându-se sub nivelul de 2 % pe parcursul perioadei (figura 8).

Analiza tendințelor mai recente în cele 15 țări în care s-au desfășurat anchete repetate în perioada 2003-2008 relevă că prevalența din ultimul an în rândul tinerilor adulți (15-34 de ani) este cel puțin dublă, însă a rămas sub 2 % în trei țări (Bulgaria, Republica Cehă, Letonia). Aceasta a crescut cu aproape 50 % în două țări (Irlanda, Regatul Unit) și a rămas stabilă sau s-a redus în opt țări (Germania, Estonia, Lituania, Ungaria, Austria, Polonia, Slovacia, Finlanda).

⁽⁸⁸⁾ A se vedea tabelele EYE-3-EYE-10 din Buletinul statistic pentru 2010.

Figura 7: Prevalența consumului de cocaină în ultimul an în rândul adulților tineri (15-34 de ani) în Europa, Australia, Canada și SUA

NB: Datele provin din ultima anchetă disponibilă pentru fiecare țară. Rata medie europeană a prevalenței a fost calculată ca medie a ratelor prevalenței naționale ponderată la populația națională între 15 și 34 de ani (2006, preluate de la Eurostat). Datele din SUA și Australia au fost recalculat pe baza rezultatelor anchetelor inițiale pentru segmentele de vârstă 16-34 de ani, respectiv 14-39 de ani. Pentru informații suplimentare, a se vedea figura GPS-20 din Buletinul statistic pentru 2010.

Sursă: Punctele focale naționale Reitox.

SAMHSA (SUA), Office of Applied Studies. National survey on drug use and health, 2008.

Canada: Canadian Alcohol and Drug Use Monitoring Survey.

Australian Institute of Health and Welfare 2008. 2007 National Drug Strategy Household Survey: detailed findings. Statistici privind drogurile seria nr. 22. Cat. nr. PHE 107. Canberra: AIHW.

În anchetele ESPAD efectuate în școli în 2007, prevalența consumului de cocaină pe parcursul vieții în rândul elevilor cu vârste cuprinse între 15 și 16 ani a crescut cu cel puțin două puncte procentuale din 2003 în Franța, Cipru, Malta, Slovenia și Slovacia. Ancheta din școlile din Spania a raportat o scădere cu două puncte procentuale în perioada 2004-2007. În cele cinci țări în care s-au desfășurat anchete în școli în 2008, nu s-a raportat nicio schimbare mai mare de 1 %.

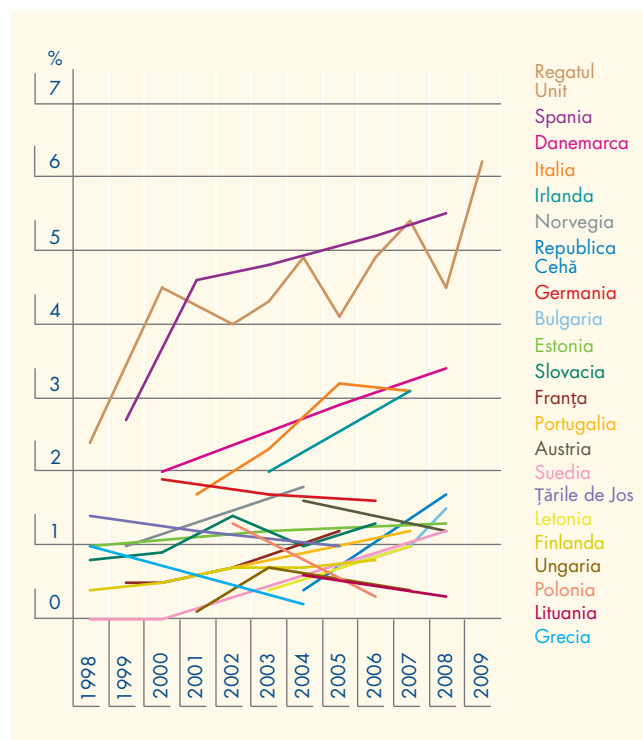
Tiparele consumului de cocaină

În unele țări europene, un număr considerabil de persoane consumă cocaină doar o dată sau de două ori (Van der Poel et al., 2009). Dintre consumatorii de cocaină mai frecvenți sau intensivi, se diferențiază două grupuri extinse. Primul grup este format din consumatori „integrați social” care tind să consume cocaină la sfârșit

de săptămână, la petreceri sau la alte ocazii speciale, uneori în cantități mari (consum excesiv) sau frecvent. Numeroși consumatori integrați social raportează controlul consumului de cocaină prin stabilirea de reguli, de exemplu, referitoare la cantitate, frecvență sau contextul consumului (Decorte, 2000). Unii dintre acești consumatori pot suferi de probleme de sănătate asociate consumului de cocaină sau dezvoltă un tipar de dependență care necesită tratament. Studiile sugerează totuși că un număr considerabil dintre cei care au probleme de sănătate asociate consumului de cocaină se pot recupera fără tratament oficial (Cunningham, 2000).

Cel de al doilea grup include consumatorii mai „marginalizați” sau „excluzi”, inclusiv foști și actuali consumatori de opiacee care pot consuma cocaină crack sau își pot injecta cocaină. De asemenea, în acest grup sunt incluși cei cu consum intens de cocaină și de „crack”

Figura 8: Tendințe ale prevalenței consumului de cocaină în ultimul an în rândul adulților tineri (15-34 de ani)



NB: Pentru informații suplimentare, a se vedea figura GPS-14 (partea i) din Buletinul statistic pentru 2010.
Sursă: Punctele focale naționale Reitox.

care aparțin unor grupuri dezavantajate din punct de vedere social, precum persoanele care lucrează în industria sexului sau imigranții (Prinzleve et al., 2004).

Consecințele consumului de cocaină asupra sănătății

Consecințele consumului de cocaină asupra sănătății pot fi subestimate. Aceasta se datorează parțial naturii deseori nespecifice sau cronice a patologiilor care rezultă de obicei din consumul de cocaină pe termen lung, precum și dificultății de stabilire a unor asocieri cauzale între afecțiunea respectivă și consumul drogului ⁽⁸⁹⁾. Consumul regulat de cocaină, inclusiv prin prizare, poate fi asociat cu probleme cardiovasculare, neurologice și psihiatrice și cu riscul de accidente sau de transmitere a unor boli infecțioase prin contacte sexuale neprotejate (Brugal et al., 2009). Un studiu desfășurat în Statele Unite a arătat, de asemenea, că aproximativ 5 % dintre consumatorii de cocaină pot deveni dependenți în primul an de consum, deși cel mult 20 % dintre consumatori au devenit dependenți pe parcursul unei perioade lungi (Wagner și Anthony, 2002).

Studii desfășurate în țările cu niveluri ridicate de consum arată că o proporție considerabilă de probleme cardiace la tineri poate fi asociată consumului de cocaină (Qureshi et al., 2001). În aceste țări, consumul de cocaină pare să fie implicat și într-un număr considerabil de urgențe spitalicești legate de droguri; de exemplu, 32 % în Țările de Jos, și majoritatea în Spania și în Statele Unite. Un studiu recent desfășurat în Spania care a inclus 720 de consumatori frecvenți de cocaină cu vârste cuprinse între 18 și 20 de ani, care nu erau consumatori frecvenți de heroină, a constatat că 27 % dintre aceștia au suferit o intoxicație acută cu cocaină în ultimul an. Dintre aceștia, 35 % au prezentat simptome de psihoză (halucinații sau delir) și peste 50 % dureri toracice (Santos et al., în curs de apariție).

Consumul de cocaină prin injectare și consumul de cocaină crack sunt asociate cu cele mai ridicate riscuri pentru sănătate, inclusiv probleme cardiovasculare și de sănătate mintală. Acestea sunt în general agravate de marginalizarea socială și de probleme specifice suplimentare, precum riscurile asociate injectării, inclusiv transmiterea bolilor infecțioase și supradoze (OEDT, 2007c).

În ansamblu, există indicii potrivit cărora există probleme de sănătate legate de consumul de cocaină în Europa care sunt considerabile și probabil în creștere și care nu sunt încă pe deplin identificate și recunoscute. De asemenea, recent au fost exprimate îngrijorări referitoare la legătura dintre consumul de cocaină și infracțiunile violente din viața de noapte (Measham și Moore, 2009).

Consumul problematic de cocaină și cererea de tratament

Consumatorii frecvenți de cocaină, cei care consumă acest drog pe perioade lungi și cei care își injectează substanța sunt definiți de OEDT drept consumatori problematici de cocaină. Estimări ale dimensiunii acestei populații oferă o aproximare a numărului de persoane care ar putea avea nevoie de tratament. Consumatorii problematici de cocaină integrați social sunt totuși subreprezențați în cadrul acestor estimări, deși și aceștia ar putea avea nevoie de tratament. Estimările naționale ale consumului problematic de cocaină sunt disponibile doar pentru Italia, estimări regionale și privind cocaina crack sunt disponibile pentru Regatul Unit (Anglia). În Italia, numărul consumatorilor problematici de cocaină a fost estimat la aproximativ 172 000 (între 4,2 și 4,6 la 1 000 de persoane cu vârste cuprinse între 15 și 64 de ani) în 2008 ⁽⁹⁰⁾. Datele tendințelor privind consumul problematic

⁽⁸⁹⁾ A se vedea caseta „Decesele cauzate de cocaină” în capitolul 7.

⁽⁹⁰⁾ A se vedea tabelul PDU-102 partea i din Buletinul statistic pentru 2010.

Levamisolul ca agent de adulterare a cocainei

Agenții de adulterare sau de diluare sunt substanțe adăugate în mod intenționat la droguri, în special la drogurile sub formă de praf, pentru a crește valoarea de vânzare și avantajele economice. Acești agenți se disting de impurități, care sunt mici cantități de substanțe nedorite rezultate din procesul de sinteză (King, 2009).

Cocaina, datorită valorii sale ridicate, poate fi diluată de mai multe ori cu una sau mai multe substanțe. Aceste substanțe pot fi diluanți inerți (cum ar fi glucidele și amidonul) care cresc volumul drogului. Agenții de adulterare farmacologic activi pot fi, de asemenea, utilizați pentru a spori sau a imita efectele drogului sau pentru a-i îmbunătăți aspectul. Această categorie include analgezicele (de exemplu, paracetamolul), anestezicele locale (de exemplu, lidocaina), antihistaminicele (de exemplu, hidroxizina), diltiazemul și atropina (Meijers, 2007).

Utilizarea levamisolului (l-tetramisol) ca agent de adulterare a cocainei a fost raportată în Statele Unite și în Europa din 2004. Levamisolul este utilizat ca agent antiparazitar în medicina veterinară și a fost utilizat anterior în medicina umană ca imunostimulator. Dacă este utilizat pe perioade lungi de timp și în doze mari, poate cauza efecte adverse, cel mai alarmant dintre acestea fiind agranulocitoza ⁽¹⁾.

Levamisolul nu este identificat de obicei în capturile de cocaină și este rar cuantificat. Informațiile disponibile indică, totuși, o creștere atât a proporției eșantioanelor de cocaină adulterată cu levamisol, cât și a concentrației de levamisol din drog. Aceasta a determinat emiterea de către sistemul european de avertizare timpurie (a se vedea capitolul 8) a unui avertisment și inițierea unei colectări suplimentare de date. Un avertisment de sănătate publică emis în Statele Unite anunța că peste 70 % din capturile de cocaină analizate în 2009 conțineau levamisol ⁽²⁾ și până la sfârșitul celui an, în această țară au fost raportate 20 de cazuri probabile sau confirmate de agranulocitoză (cu două decese). Numărul acestor cazuri în comparație cu numărul consumatorilor de cocaină este, totuși, extrem de scăzut.

⁽¹⁾ Agranulocitoza este o afecțiune hematologică ce poate cauza infecții care se dezvoltă rapid și pot pune viața în pericol.

⁽²⁾ Comunicat de presă al SAMHSA.

de cocaină și alte surse de date indică o creștere treptată a consumului de cocaină în Italia.

Consumul de cocaină crack este extrem de neobișnuit printre consumatorii de cocaină integrați social și apare în special în rândul grupurilor marginalizate și dezavantajate precum lucrătoarele sexuale, consumatorii problematici de opiacee și, uneori, minorități etnice specifice (de exemplu, Franța, Țările de Jos, Regatul Unit). Această situație este

observată îndeosebi în unele orașe europene (Prinzleve *et al.*, 2004; Connolly *et al.*, 2008). Majoritatea cererilor de tratament asociate consumului de cocaină crack și majoritatea capturilor de cocaină crack din Europa sunt raportate de Regatul Unit. Consumul de cocaină crack este, de asemenea, considerat o componentă majoră a problemelor cauzate de droguri în Londra. Estimările consumului problematic de cocaină crack în Anglia în intervalul 2006/2007 variază între 1,4 și 17 cazuri la 1 000 de locuitori cu vârste cuprinse între 15 și 64 de ani, media națională fiind de 5,2-5,6 cazuri la 1 000 de locuitori ⁽⁹¹⁾. Se estimează că peste două treimi din consumatorii problematici de cocaină crack sunt și consumatori problematici de opiacee.

În țările cu cele mai ridicate niveluri ale prevalenței, cocaina crack sau praf este consumată adesea de consumatorii de opiacee care urmează un tratament de substituție (în special în Spania, Italia, Țările de Jos, Regatul Unit). Consumul de cocaină și de alcool sunt, de asemenea, corelate în rândul pacienților care urmează un tratament de substituție.

Cererea de tratament

Cocaina, în special cocaina praf, a fost citată drept motiv principal pentru începerea tratamentului de circa 17 % dintre toți pacienții aflați în tratament pentru consum de droguri în 2008, corespunzând unui număr de aproximativ 70 000 de cazuri raportate în 27 de țări europene. Printre cei care încep un tratament pentru prima dată, proporția celor care raportează cocaina ca drog principal a fost mai ridicată (24 %).

Există o mare variație de la o țară la alta în ceea ce privește proporția și numărul pacienților consumatori de cocaină. Cele mai mari proporții sunt raportate de Spania (46 %), Țările de Jos (33 %) și Italia (28 %). În Belgia, Irlanda, Cipru, Luxemburg și Regatul Unit, consumatorii de cocaină reprezintă între 11 % și 15 % din totalul pacienților consumatori de droguri. În alte părți ale Europei, cocaina reprezintă mai puțin de 10 % dintre pacienții care urmează un tratament pentru consumul de droguri, opt țări raportând sub 1 % ⁽⁹²⁾.

Numărul pacienților aflați în tratament pentru consumul primar de cocaină este în creștere în Europa de mai mulți ani, deși această tendință este puternic influențată de câteva țări (Spania, Italia, Țările de Jos, Regatul Unit). Potrivit celor 17 țări care au furnizat rapoarte, numărul consumatorilor de cocaină care încep un tratament a crescut de la aproximativ 37 000 în 2003 la 52 000 în 2008, în timp ce proporția lor a crescut de la 17 % la

⁽⁹¹⁾ A se vedea tabelul PDU-103 partea ii din Buletinul statistic pentru 2010.

⁽⁹²⁾ A se vedea figura TDI-2 și tabelele TDI-5 partea i și partea ii și TDI-24 din Buletinul statistic pentru 2010; datele pentru Spania se referă la 2007.

19 % din totalul pacienților. Printre pacienții care încep un tratament pentru consum de droguri pentru prima oară, numărul pacienților consumatori de cocaină a crescut de la aproximativ 18 000 la 28 000, iar proporția lor de la 22 % la 27 % (pe baza datelor furnizate de 18 țări). În rândul țărilor cu cei mai numeroși pacienți care urmează un tratament pentru consumul de cocaină, începând cu 2005, Spania, Italia și Țările de Jos raportează o situație stabilă sau în scădere a numărului și proporției pacienților noi care menționează cocaina drept drog principal, în timp ce Regatul Unit raportează o creștere ⁽⁹³⁾.

Profilul pacienților aflați în tratament

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

În rândul pacienților consumatori de cocaină tratați în ambulatoriu se întâlnește cel mai mare raport dintre bărbați și femei (cinci bărbați pentru fiecare femeie) și una dintre cele mai ridicate medii de vârstă (aproximativ 32 de ani) în rândul pacienților aflați în tratament. Acesta este în special cazul în unele țări unde numărul consumatorilor primari de cocaină este mare, în special Italia, unde raportul între sexe este de 6 bărbați la o femeie, iar vârsta medie este de 34 de ani. Consumatorii primari de cocaină raportează o vârstă mai înaintată la primul consum al drogului lor principal (22,3 ani, 87 % înainte de 30 de ani), spre deosebire de consumatorii primari de alte droguri, iar decalajul mediu dintre primul consum de cocaină și începerea tratamentului pentru prima dată este de aproximativ nouă ani.

Majoritatea pacienților care încep un tratament pentru consumul de cocaină prizează (63 %) sau fumează (31 %) drogul și doar 3 % raportează injectarea acestuia ⁽⁹⁴⁾. Aproximativ jumătate dintre aceștia au consumat drogul de 1-6 ori pe săptămână în luna precedentă inițierii tratamentului, 26 % l-au consumat zilnic și 25 % nu l-au consumat în această perioadă ⁽⁹⁵⁾. O analiză a datelor referitoare la tratamente efectuată în 14 țări în 2006 a arătat că aproximativ 63 % dintre consumatorii de cocaină sunt policonsumatori de droguri. Dintre aceștia, 42 % consumă și alcool, 28 % cannabis și 16 % heroină. Cocaina este, de asemenea, menționată ca drog secundar de 32 % dintre pacienții tratați în

ambulatoriu, în special de consumatorii primari de heroină (OEDT, 2009d).

Potrivit datelor pentru 2008, aproximativ 10 000 de clienți au început un tratament în ambulatoriu pentru consumul primar de cocaină crack, reprezentând 16 % din totalul pacienților aflați în tratament pentru cocaină și 3 % din totalul pacienților aflați în tratament ambulatoriu pentru consumul de droguri. Majoritatea pacienților aflați în tratament pentru cocaină crack (aproximativ 7 500) sunt raportați de către Regatul Unit, unde aceștia reprezintă 42 % dintre pacienții aflați în tratament pentru consum de cocaină și 5,6 % din totalul pacienților consumatori de droguri. Țările de Jos raportează, de asemenea, că pacienții consumatori de cocaină crack au reprezentat o proporție importantă din totalul celor care au început un tratament pentru consum de droguri în 2008 ⁽⁹⁶⁾.

În general, au fost identificate două grupuri de pacienți aflați în tratament pentru consumul de cocaină: persoanele integrate social care consumă praf de cocaină și un grup mai marginalizat de pacienți care consumă cocaină, deseori cocaină crack, în combinație cu opiacee. Primul grup raportează în mod obișnuit prizarea drogului și uneori consumul acestuia împreună cu alte substanțe, precum alcool și cannabis, însă nu cu opiacee. Unii membri ai acestui grup sunt trimiși la tratament de către sistemul de justiție penală. Al doilea grup raportează deseori cazuri de injectare de droguri, consum atât de cocaină, cât și de opiacee, fumat de cocaină crack și prezintă o stare a sănătății și condiții sociale precare. În acest grup, care include foștii consumatori de heroină care reîncep tratamentul pentru consum de cocaină, identificarea drogului primar poate fi dificilă (NTA, 2010) ⁽⁹⁷⁾.

Tratamentul și reducerea riscurilor

Furnizarea tratamentului

În Europa, tratamentul pentru dependența de cocaină și de cocaină crack este furnizat în general în servicii de tratament ambulatoriu specializate. În lipsa unei farmacoterapii eficiente în prezent, pacienții consumatori de cocaină beneficiază de tratament psihosocial, precum consiliere și terapii cognitiv-comportamentale. Unele țări furnizează orientări pentru tratarea problemelor asociate consumului de cocaină (de exemplu, Germania, Regatul

⁽⁹³⁾ A se vedea figurile TDI-1 și TDI-3 din Buletinul statistic pentru 2010.

⁽⁹⁴⁾ A se vedea tabelul TDI-17 partea iv din Buletinul statistic pentru 2010.

⁽⁹⁵⁾ A se vedea tabelul TDI-18 partea ii din Buletinul statistic pentru 2010.

⁽⁹⁶⁾ Începând cu 2008, Țările de Jos consideră pacienții consumatori de cocaină care raportează „fumatul” ca principal mod de administrare drept consumatori de cocaină crack. Aceasta a determinat o creștere pronunțată a numerelor raportate în anii precedenți. Identificarea insuficientă a pacienților consumatori de cocaină crack poate exista și în alte țări.

⁽⁹⁷⁾ A se vedea tabelele TDI-10, TDI-11 partea iii, TDI-21 și TDI-103 partea ii din Buletinul statistic pentru 2010.

Unit). Orientările din Regatul Unit recomandă, în funcție de nevoile pacientului, trei până la douăzeci de ședințe de tratament care vizează eliminarea ambivalenței cu privire la schimbare, îmbunătățirea recunoașterii și controlul impulsurilor și al nevoii de a consuma cocaină, reducerea riscurilor asociate consumului de cocaină și prevenirea recidivei (NTA, 2006).

În Europa, farmacoterapia este utilizată în general pentru ameliorarea simptomelor dependenței de cocaină, în special a anxietății. Un studiu calitativ care investighează practicile actuale de tratament pentru consumul de cocaină în Franța a constatat că, în pofida dovezilor limitate privind eficacitatea, au fost prescrise medicamente specifice, precum metilfenidat, modafinil sau topiramat, în vederea reducerii dorinței de consum sau în scopul substituției (Escots și Suderie, 2009).

Unitățile publice de tratament pentru consumul de droguri din Europa sunt în cea mai mare parte orientate către nevoile consumatorilor de opiacee, iar consumatorii de cocaină praf integrați social ar putea fi reticenți în ceea ce privește prezentarea pentru tratament, din cauza stigmatizării percepute. Prin urmare, Danemarca, Irlanda, Italia și Austria au elaborat programe specifice pentru această populație. O particularitate comună este aceea că tratamentul poate fi furnizat în afara orarelor obișnuite de program, în vederea compatibilității cu viața profesională și pentru a oferi discreție.

Două studii recente au investigat eficacitatea tratamentului psihosocial oferit consumatorilor de cocaină praf (NTA, 2010) și consumatorilor de cocaină crack (Marsden *et al.*, 2009) în centrele de tratament din Anglia. Ambele au comparat schimbările în legătură cu consumul de droguri cu șase luni înainte și după șase luni de tratament (sau mai devreme, în cazul finalizării tratamentului). În primul studiu, 61 % dintre consumatorii de cocaină praf (reprezentând 1 864 din 3 075 de persoane) au încetat consumul drogului și alți 11 % au redus considerabil consumul acestuia. În cel de al doilea studiu, 52 % dintre consumatorii de cocaină crack (3 941 din 7 636 de persoane) erau abștinenți după șase luni de tratament. O situație mai puțin pozitivă a fost constatată în cazul tratamentului de substituție pentru opiacee, care nu a fost la fel de eficient în cazul pacienților consumatori de heroină și de cocaină crack precum în cazul celor care consumă doar heroină. Rezultatul confirmă efectele dăunătoare ale consumului concomitent de cocaină sau de cocaină crack asupra rezultatelor tratamentului de substituție și subliniază necesitatea elaborării unor noi strategii în vederea tratării dependenței combinate de heroină și cocaină sau cocaină crack.

Vaccinul împotriva consumului de cocaină

Un vaccin împotriva consumului de cocaină a fost testat inițial la începutul anilor '90 în studii pe animale. Odată administrat, acesta induce producția de anticorpi care se leagă de moleculele de cocaină în fluxul sanguin și, astfel, permit enzimelor de origine naturală să le transforme în molecule inactive.

Primul studiu controlat randomizat al vaccinului a fost efectuat în Statele Unite și a implicat 115 subiecți care urmau un tratament de substituție pentru opiacee. Studiul a constatat că subiecții cărora li s-a administrat vaccinul și au obținut un nivel adecvat de anticorpi au rămas abștinenți. Totuși, doar circa patru din zece (38 %) consumatori de opiacee vaccinați au atins un nivel de anticorpi care a oferit un blocaj de două luni al consumului de cocaină (Martell *et al.*, 2009). Rezultate similare au fost observate într-un studiu ulterior care a inclus zece consumatori de cocaină de sex masculin care fumau drogul, erau dependenți și nu solicitau tratament pentru consumul de droguri.

Studii recente privind tratamentul dependenței de cocaină

Peste 50 de medicamente diferite au fost evaluate în vederea tratării dependenței de cocaină. Până în prezent nu s-a constatat eficacitatea clară a niciunui și nici Agenția Europeană pentru Medicamente, nici Administrația pentru Alimente și Medicamente din Statele Unite ale Americii (*U.S. Food and Drug Administration*) nu au autorizat vreun medicament pentru tratarea dependenței de cocaină (Kleber *et al.*, 2007). Totuși, sunt înregistrate peste 100 de studii controlate randomizate în curs de desfășurare pentru testarea unor substanțe noi, uneori în asociere cu intervențiile psihologice.

Utilizarea disulfiramului, o substanță care intervine în metabolismul alcoolului, a fost asociată cu o reducere a consumului de cocaină în rândul pacienților care suferă și de alcoolism. Reducerea a fost atribuită diminuării dezinhibării asociate alcoolului și deteriorării discernământului. Studiile recente au constatat și un impact direct al disulfiramului asupra metabolismului cocainei. Cu toate acestea, dată fiind calitatea limitată a dovezilor, s-a propus ca medicii practicieni să analizeze raportul dintre posibilele beneficii și potențialele efecte adverse ale disulfiramului (Pani *et al.*, 2010).

Utilizarea unui număr de agenți anticonvulsivi a fost evaluată în 15 studii care au inclus 1 066 de pacienți (Minozzi *et al.*, 2009). Medicamentele nu au avut un efect semnificativ mai bun decât placebo în privința menținerii pacienților sub tratament, a reducerii numărului și tipului de reacții adverse sau a reducerii consumului de cocaină.

Agenții antipsihotici au fost evaluați în șapte studii care au inclus 293 de pacienți (Amato *et al.*, 2009). Studiile au avut în general dimensiuni prea reduse pentru ca efectele posibile să fie confirmate, însă rezultatele disponibile nu sprijină consumul acestor medicamente în tratarea dependenței de cocaină.

Printre pacienții care urmează un tratament de substituție pentru opiacee, s-a constatat că utilizarea bupropionului, dextroamfetaminei și modafinilului este asociată cu rate mai ridicate de abținere susținută de la consumul de cocaină decât sunt obținute prin administrarea de placebo (Castells *et al.*, 2010).

Printre intervențiile nefarmacologice, unele intervenții psihosociale au oferit rezultate pozitive în reducerea ratei renunțării la tratament, reducerea consumului de cocaină și îmbunătățirea participării, în special atunci când sunt furnizate împreună cu gestionarea situațiilor neprevăzute pe bază de cupoane (Knapp *et al.*, 2007). Mai multe studii în curs investighează în continuare efectele intervențiilor bazate pe stimulente, în unele cazuri în asociere cu terapia comportamentală și cu intervențiile farmacologice. În sfârșit, tratamentul cu acupunctură auriculară nu a oferit rezultate considerabile (Gates *et al.*, 2006).

Reducerea riscurilor

Intervențiile pentru reducerea riscurilor care se adresează consumatorilor de cocaină și cocaină crack reprezintă un domeniu de lucru nou în multe state membre. Un motiv pentru limitarea intervențiilor în acest domeniu, în special în ceea ce privește consumatorii de cocaină crack, ar putea consta în lipsa de cunoștințe în rândul persoanelor-cheie care lucrează în domeniu cu privire la drog, grupul-țintă și nevoile acestor persoane. O evaluare

recentă a intervențiilor pentru reducerea riscurilor în cazul consumatorilor de droguri stimulatoare a constatat că s-a acordat mai multă atenție specificării riscurilor asociate consumului de cocaină decât elaborării de intervenții în vederea reducerii acestora (Grund *et al.*, 2010).

De obicei, statele membre pun la dispoziția consumatorilor care consumă cocaină prin injectare aceleași servicii și unități ca în cazul consumatorilor de opiacee, inclusiv: recomandări pentru un consum mai sigur, instruire pentru o injectare mai sigură, programe pentru schimbul de ace și seringi. Cu toate acestea, injectarea cocainei poate fi asociată cu riscuri sporite de utilizare în comun a echipamentelor și cu injectarea frecventă, ceea ce poate genera blocarea venelor și injectarea în părți ale corpului cu risc mai ridicat (de exemplu, picioare, mâini, laba piciorului și zona inghinală). Prin urmare, recomandările pentru un consum mai sigur ar trebui adaptate acestor riscuri specifice și ar trebui evitate politicile de schimbare a unei singure seringi pentru o alta. Datorită potențialei frecvențe ridicate a injectării, furnizarea de materiale sterile celor care își injectează drogul nu trebuie să fie restricționată (van Beek *et al.*, 2001). Pipe curate pentru cocaină sunt, de asemenea, puse la dispoziție în unele agenții cu acces necondiționat (Spania, Franța).

Intervențiile pentru reducerea riscului adresate consumatorilor de cocaină praf în locuri de recreere se concentrează în primul rând pe creșterea nivelului de conștientizare. Programele oferă tinerilor sfaturi și informații privind riscurile asociate cu consumul de alcool și de droguri în general, incluzând de obicei materiale privind riscurile consumului de cocaină. În mare măsură, pe lângă creșterea gradului de conștientizare, opțiunile de reducere a riscurilor pentru acest grup-țintă, care constituie marea majoritate a consumatorilor de cocaină din Europa, sunt aproape inexistente.

Capitolul 6

Consumul de opiacee și injectarea de droguri

Introducere

Consumul de heroină, în special prin injectare, este strâns asociat problemelor sociale și de sănătate publică din Europa încă din anii '70. Astăzi, acest drog continuă să cauzeze cel mai mare procent de morbiditate și mortalitate în legătură cu consumul de droguri din Uniunea Europeană. Spre sfârșitul anilor '90 și în primii ani ai noului secol, a fost observată o scădere a consumului de heroină și a problemelor asociate, deși date mai recente arată că în unele țări este posibil ca tendința să se fi schimbat. În plus, rapoarte privind consumul de opiacee sintetice, cum ar fi fentanilul, și injectarea de droguri stimulatoare, cum ar fi cocaina sau amfetaminele, reflectă natura complexă a consumului problematic de droguri în Europa.

Oferta și disponibilitatea

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

Producția și traficul

Heroina consumată în Europa provine în cea mai mare parte din Afganistan, țară care asigură cea mai mare parte din producția globală de opiu ilegal. Celelalte țări producătoare sunt Myanmar, care aprovizionează în special piețele din Asia de Est și de Sud-Est, Pakistan, Laos, urmate de Mexic și Columbia, care sunt considerate cei mai mari furnizori de heroină către Statele Unite (ONU DC, 2009). Se estimează că producția globală de opiu a scăzut, de la o valoare de vârf în 2007, în principal ca urmare a unei scăderi a producției afgane de la 8 200 de

tone la 6 900 de tone în 2009. Cea mai recentă estimare a producției potențiale globale de heroină este de 657 de tone, în scădere de la niveluri estimate de aproximativ 750 de tone în 2007 și 2008 (ONU DC, 2010b).

Heroina pătrunde în Europa prin două rute principale de trafic. Ruta tradițională balcanică aduce heroina produsă în Afganistan prin Pakistan, Iran și Turcia, apoi prin alte țări de tranzit sau de destinație (Albania, Ungaria, Bulgaria, Republica Cehă, fostele republici iugoslave, România, Slovacia, Austria, Italia). Heroina intră în Europa și pe „drumul mătășii”, prin Asia Centrală și Rusia, apoi prin Belarus, Polonia și Ucraina către, printre altele, țările scandinave prin Lituania (INCB, 2010b). În interiorul Uniunii Europene, Țările de Jos și, într-o măsură mai mică, Belgia joacă un rol important ca centre de distribuție secundară.

Tabelul 9: Producția, capturile, prețul și puritatea heroinei

Producție și capturi	Heroina
Estimarea producției globale (tone)	657
Cantitatea globală capturată (tone)	
Heroină	75
Morfină	17
Cantitatea capturată (tone)	
UE și Norvegia (inclusiv Croația și Turcia)	8 (24)
Numărul de capturi	
UE și Norvegia (inclusiv Croația și Turcia)	54 400 (56 600)
Prețul și puritatea în Europa ⁽¹⁾	Heroină brună
Prețul mediu cu amănuntul (EUR pe gram)	
Interval	25–133
Interval intercuartil ⁽²⁾	(33–80)
Puritate medie (%)	
Interval	7–43
⁽¹⁾ Deoarece puține țări raportează prețul mediu cu amănuntul și puritatea heroinei albe, datele nu sunt prezentate în tabel. Acestea pot fi consultate în tabelele PPP-2 și PPP-6 din Buletinul statistic pentru 2010.	
⁽²⁾ Intervalul jumătății mijlocii a prețului sau purității medii raportate.	
NB: Datele sunt valabile pentru 2008, cu excepția estimării producției globale (2009).	
Sursă: ONU DC (2010b) pentru valori globale, punctele focale naționale Reitox pentru datele europene.	

Capturi

Capturile de opiacee raportate la nivel mondial au crescut semnificativ între 2007 și 2008, de la 510 la 657 de tone (tabelul 9). Iranul a înregistrat peste 80 % din totalul capturilor, iar Afganistanul aproximativ 7 %. Capturile de heroină raportate la nivel mondial au crescut la 75 de tone în 2008, în timp ce capturile de morfină raportate la nivel mondial au scăzut la 17 tone (ONUDD, 2010b).

În Europa, un număr estimat de 56 600 de capturi a determinat interceptarea a 23,6 tone de heroină în 2008. Regatul Unit a continuat să raporteze cel mai ridicat număr de capturi, în timp ce Turcia a raportat încă o dată cea mai mare cantitate capturată, în 2008 fiind recuperate 15,5 tone ⁽⁹⁸⁾. Datele pentru anii 2003-2008 din 26 de țări care au prezentat rapoarte indică faptul că numărul capturilor a crescut începând cu 2003. Tendința generală în ceea ce privește cantitatea de heroină interceptată în Turcia diferă de cea observată în Uniunea Europeană (figura 9). Deși Turcia a raportat o creștere de trei ori a cantității de heroină capturate între 2003 și 2008, cantitatea capturată în Uniunea Europeană a indicat un declin limitat în această perioadă, în principal datorită scăderilor raportate în Italia și în Regatul Unit, cele două țări care au capturat cele mai mari cantități din Uniunea Europeană ⁽⁹⁹⁾.

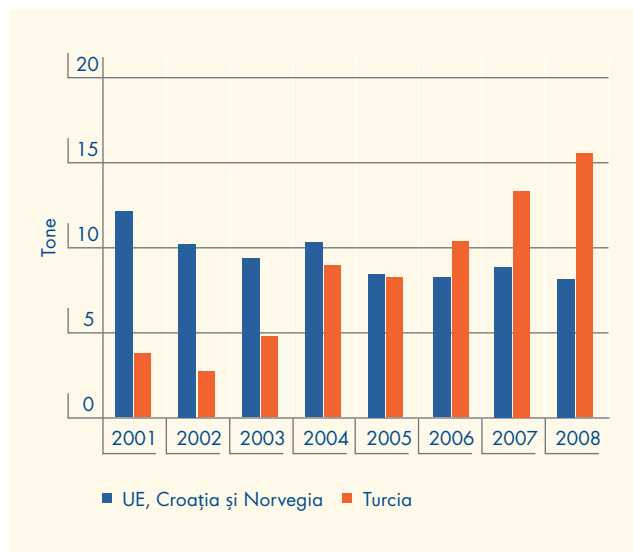
Capturile globale de anhidridă acetică (folosită în producția de heroină) au crescut de la 57 300 de litri în 2007 la 199 300 de litri în 2008, cele mai mari cantități capturate fiind raportate de Slovenia (86 100 de litri) și Ungaria (63 600 de litri). INCB încurajează Comisia Europeană și statele membre UE să prevină deturnarea anhidridei acetice de pe piața internă (INCB, 2010a).

Puritatea și prețul

În 2008, în majoritatea țărilor care au transmis rapoarte, puritatea medie a heroinei brune a variat între 15 % și 30 %, valori medii mai scăzute fiind raportate în Franța (11 %), Austria (doar la vânzarea cu amănuntul, 11 %) și Turcia (doar la vânzarea cu amănuntul, 7 %), și valori medii mai ridicate în Bulgaria (31 %), Portugalia (32 %), România (43 %) și Norvegia (31 %). Între 2003 și 2008, puritatea heroinei brune a crescut în opt țări, în timp ce în alte patru a rămas stabilă sau a scăzut. Puritatea medie a heroinei albe a fost în general mai ridicată (30-50 %) în cele câteva țări europene care au furnizat date ⁽¹⁰⁰⁾.

Prețul de vânzare cu amănuntul al heroinei brune a continuat să fie mai ridicat în țările nordice decât în

Figura 9: Cantitățile estimate ale capturilor de heroină în Uniunea Europeană, Croația, Norvegia și Turcia



NB: Cantitatea totală a capturilor de heroină se bazează pe date de la toate țările care furnizează rapoarte către OEDT (27 de state membre ale UE, Croația, Turcia și Norvegia). Datele care lipsesc au fost extrapolate de la date din anii adiacenți.

Sursă: Punctele focale naționale Reitox.

restul Europei, Suedia raportând un preț mediu de 133 EUR pentru un gram, iar Danemarca 107 EUR. În alte opt țări care au furnizat date, prețul cu amănuntul al heroinei brune a variat între 25 EUR și 80 EUR pe gram. În perioada 2003-2008, prețul de vânzare cu amănuntul al heroinei brune a scăzut în cinci din nouă țări europene care au raportat tendințe temporale și a crescut în patru. În câteva țări europene care au raportat prețul de vânzare cu amănuntul al heroinei albe, acesta a variat între 24 EUR și 213 EUR pentru un gram în 2008.

Estimările prevalenței consumului problematic de opiacee

Datele din această secțiune au ca sursă indicatorul consumului problematic de droguri (CPD) al OEDT, care include în principal consumul de droguri prin injectare și consumul de opiacee, deși în câteva țări consumatorii de amfetamine sau cocaină reprezintă o componentă importantă. Dată fiind prevalența relativ scăzută și natura ascunsă a consumului problematic de droguri, sunt necesare extrapolări statistice pentru a obține estimări ale prevalenței din sursele de date disponibile (în special date privind tratamentul pentru consumul de droguri și date privind aplicarea legii). Majoritatea țărilor pot oferi estimări specifice privind „consumatorii problematici de

⁽⁹⁸⁾ A se vedea tabelele SZR-7 și SZR-8 din Buletinul statistic pentru 2010. Trebuie reținut că, atunci când lipsesc datele pentru 2008, sunt folosite datele pentru 2007 pentru a estima valorile totale din Europa.

⁽⁹⁹⁾ Această analiză este preliminară deoarece datele pentru Regatul Unit nu sunt încă disponibile pentru 2008.

⁽¹⁰⁰⁾ A se vedea tabelele PPP-2 și PPP-6 din Buletinul statistic pentru 2010 pentru datele privind puritatea și prețurile.

opiacее”, dar trebuie menționat faptul că aceștia sunt adeseori policonsumatori de droguri, iar cifrele prevalenței sunt adesea mult mai ridicate în zonele urbane și în rândul grupurilor excluse social.

Estimările prevalenței consumului problematic de opiacee în țările europene în perioada 2003-2008 variază între unu și opt cazuri la 1 000 de persoane cu vârste între 15 și 64 de ani (figura 10); prevalența generală a consumului problematic de droguri este estimată între două și zece cazuri la 1 000 de persoane. Țările care raportează cele mai ridicate estimări bine documentate ale consumului problematic de opiacee sunt Irlanda, Malta, Italia și Luxemburg, în timp ce cele mai scăzute estimări sunt raportate de Republica Cehă, Cipru, Letonia, Polonia și Finlanda (atât Republica Cehă, cât și Finlanda au un număr ridicat de consumatori problematici de amfetamine). Doar Turcia raportează cifre de mai puțin de un caz la 1 000 de persoane cu vârste între 15 și 64 de ani.

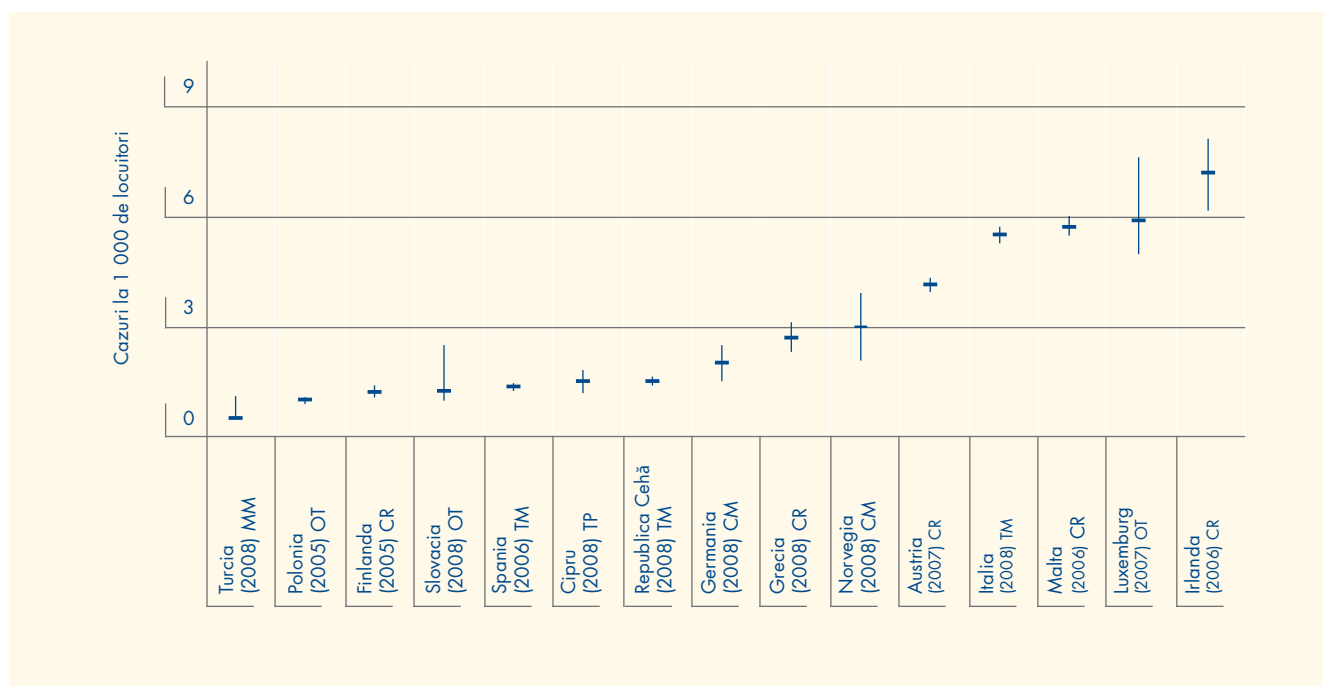
Prevalența medie a consumatorilor problematici de opiacee în Uniunea Europeană și în Norvegia este estimată la

aproximativ 3,6 și 4,4 cazuri la 1 000 de persoane cu vârste între 15 și 64 de ani. Aceasta corespunde unui număr de aproximativ 1,35 milioane (1,2-1,5 milioane) de utilizatori problematici de opiacee în Uniunea Europeană și în Norvegia în 2008 ⁽¹⁰¹⁾. Această estimare include consumatorii aflați în tratament de substituție, însă deținuții, în special cei cu sentințe mai lungi, pot fi subreprezențați.

Consumatorii de opiacee aflați în tratament

Opiaceele au continuat să fie menționate drept drog principal de majoritatea (53 %) celor care au început un tratament specializat pentru consum de droguri în 2008 în Europa, heroina fiind menționată de 48 % din totalul pacienților ⁽¹⁰²⁾. Cu toate acestea, există diferențe considerabile în Europa în ceea ce privește procentul consumatorilor de droguri care încep un tratament pentru aceste droguri, consumatorii de opiacee reprezentând peste 90 % dintre cei care încep un tratament în Bulgaria, Estonia și Slovenia, între 50 % și 90 % în 15 țări și între 10 % și 49 % în alte nouă țări ⁽¹⁰³⁾. Pe lângă cei

Figura 10: Estimările prevalenței anuale a consumului problematic de opiacee (în rândul populației între 15 și 64 de ani)



NB: O linie orizontală indică o estimare punctuală; o linie verticală indică un interval de incertitudine a estimării: un interval de încredere de 95 % sau un interval bazat pe analiza sensibilității. Grupurile-țintă pot varia ușor din cauza diferitelor metode de estimare și surse de date; prin urmare, comparațiile trebuie făcute cu precauție. În studiile din Finlanda (15-54), Malta (12-64) și Polonia (toate vârstele) nu au fost folosite grupurile de vârstă obișnuite. Toate cele trei grupuri au fost ajustate la populația cu vârste între 15 și 64 de ani. Pentru Germania, intervalul reprezintă limita superioară a tuturor estimărilor și limita inferioară a acestora, iar estimarea punctuală exprimă o medie simplă a punctelor de mijloc. Metodele de estimare sunt abreviate: CR = captură-recaptură; TM = multiplicator tratament; MM = multiplicator mortalitate; CM = metode combinate; TP = Poisson truncat; OT = alte metode. Pentru detalii suplimentare, a se vedea figura PDU-1 partea ii și tabelul PDU-102 din Buletinul statistic pentru 2010.

Sursă: Punctele focale naționale Reitox.

⁽¹⁰¹⁾ Această estimare a fost ajustată de la 1,4 la 1,35 milioane în baza datelor noi. Din cauza intervalelor de încredere mari și a faptului că estimarea se bazează pe date din ani diferiți, nu este posibil ca noua estimare să indice o scădere a prevalenței consumului problematic de opiacee în Europa.

⁽¹⁰²⁾ A se vedea figura TDI-2 partea ii și tabelele TDI-5 și TDI-113 din Buletinul statistic pentru 2010.

⁽¹⁰³⁾ A se vedea tabelul TDI-5 partea ii din Buletinul statistic pentru 2010.

aproximativ 200 000 de pacienți care au început un tratament, care au declarat opiaceele ca drog principal în 2008, alți 47 000 de consumatori de alte droguri au menționat opiaceele drept drog secundar ⁽¹⁰⁴⁾.

Mulți consumatori de opiacee sunt înscriși în programe care asigură asistență medicală pe termen lung. Această situație se reflectă în proporția mai ridicată de consumatori primari de opiacee în rândul consumatorilor de droguri care urmează deja tratament din anii precedenți. În urma unei analize recente a datelor furnizate de nouă țări s-a constatat că procentul consumatorilor primari de opiacee reprezintă 61 % din totalul pacienților aflați în tratament pentru consum de droguri, însă doar 38 % din pacienții aflați pentru prima dată sub tratament ⁽¹⁰⁵⁾.

Tendințe în consumul problematic de opiacee

Numărul limitat al estimărilor repetate ale incidenței și prevalenței consumului problematic de opiacee, împreună cu incertitudinea statistică legată de estimările individuale, contribuie la dificultatea de monitorizare a tendințelor temporale. Datele din opt țări cu estimări repetate ale prevalenței în perioada 2003-2008 indică totuși o situație relativ stabilă. O creștere aparentă observată în Austria până în 2005 nu este susținută de cea mai recentă estimare, care este în prezent sub nivelul din 2003. Irlanda a raportat o creștere între 2001 și 2006, care a fost mai puțin pronunțată în Dublin (21 %) decât în afara capitalei (164 %) ⁽¹⁰⁶⁾.

În cazul în care nu sunt disponibile estimări adecvate și actualizate privind incidența și prevalența consumului problematic de opiacee, poate fi posibilă analiza tendințelor în timp, folosind alți indicatori, în special indirecti, precum date privind cererea de tratament. Pe baza unui eșantion de 19 țări, numărul total de consumatori primari de heroină care încep tratamentul și al celor care încep tratamentul pentru prima dată a crescut între 2003 și 2008 ⁽¹⁰⁷⁾. În ceea ce privește perioada mai recentă, numărul pacienților care au început tratament pentru consumul primar de heroină a crescut în 11 țări între 2007 și 2008. Pentru pacienții care au început un tratament pentru prima dată, tendința generală ascendentă s-a stabilizat în 2008, deși șase țări au raportat încă numere crescute ⁽¹⁰⁸⁾.

Datele privind decesele induse de droguri în 2008, care sunt în cea mai mare parte asociate cu consumul de

opiacee, nu conțin nicio indicație privind revenirea la tendința descendentă observată până în 2003 (a se vedea capitolul 7). Peste jumătate dintre țările care au transmis rapoarte au înregistrat din ce în ce mai multe decese induse de droguri în 2007 și 2008 ⁽¹⁰⁹⁾. Numărul capturilor de heroină din Europa a crescut, de asemenea, începând cu 2003, în timp ce cantitățile capturate au scăzut în Uniunea Europeană. Trecerea de la o tendință descendentă la tendința ascendentă raportată anul trecut pentru infracțiunile asociate consumului de heroină este confirmată în prezent, cu creșteri în perioada 2003-2008 în majoritatea țărilor europene care au furnizat date suficiente.

Consumul de heroină și de medicamente opiacee de către grupuri noi, inclusiv de către persoane integrate social și participanți la petrecerile „teho”, a fost raportat de sistemul francez „TREND”, care se bazează pe date calitative, dar și cantitative. Alte studii calitative (Eisenbach-Stangl *et al.*, 2009) au raportat, de asemenea, o mică proporție de consumatori de heroină în rândul eșantioanelor specifice de persoane integrate social. Acestea pot include consumatori experimentali și persoane care își pot controla modul în care consumă drogul (Shewan și Dalgarno, 2005; Warburton *et al.*, 2005).

Datele disponibile indică faptul că tendința descendentă a indicatorilor pentru opiacee observată până în 2003 s-a stabilizat. Probabil că acest lucru este mai vizibil din 2003 în ceea ce privește capturile și decesele induse de droguri, iar după 2004 în ceea ce privește noile cereri de tratament în legătură cu consumul de heroină. Aceste schimbări s-au produs în contextul unei producții sporite de opiu în Afganistan până în 2007, ceea ce a sporit preocupările legate de faptul că aceste evenimente ar putea fi corelate printr-o disponibilitate crescută a heroinei pe piața europeană.

Consumul de droguri prin injectare

Consumatorii de droguri prin injectare se expun celui mai ridicat risc de probleme de sănătate rezultate din consumul de droguri, precum infecțiile transmisibile prin sânge (de exemplu, HIV/SIDA, hepatită) sau supradoze de droguri. În majoritatea țărilor europene, injectarea este asociată în mod obișnuit cu consumul de opiacee, deși, în

⁽¹⁰⁴⁾ A se vedea tabelul TDI-22 din Buletinul statistic pentru 2010.

⁽¹⁰⁵⁾ A se vedea tabelul TDI-38 din Buletinul statistic pentru 2010.

⁽¹⁰⁶⁾ A se vedea tabelele PDU-6 partea ii și PDU-102 din Buletinul statistic pentru 2010 pentru informații complete, inclusiv intervalele de încredere.

⁽¹⁰⁷⁾ A se vedea figurile TDI-1 și TDI-3 din Buletinul statistic pentru 2010.

⁽¹⁰⁸⁾ O parte din variația în timp poate fi datorată schimbărilor în acoperirea datelor sau în disponibilitatea tratamentului, iar tendințele generale pot fi puternic influențate de Italia și de Regatul Unit, care furnizează cele mai mari numere de pacienți noi care încep un tratament pentru consum de heroină.

A se vedea tabelele TDI-3 și TDI-5 din Buletinul statistic pentru 2009 și din Buletinul statistic pentru 2010.

⁽¹⁰⁹⁾ A se vedea tabelul DRD-2 partea i din Buletinul statistic pentru 2010.

Consumul problematic de opiacee și consumul de droguri prin injectare în țările învecinate cu Uniunea Europeană

Printre țările vecine ale Uniunii Europene, Rusia are cea mai mare populație de consumatori de opiacee, estimările raportate variind între 1,5 și 6 milioane de consumatori (ONU DC, 2005). Un studiu recent bazat pe metoda extrapolării tratamentului – una dintre metodele recomandate de OEDT – a furnizat o estimare de 1,68 de milioane de consumatori problematici de opiacee, ceea ce înseamnă 16 la 1 000 de persoane cu vârste între 15 și 64 de ani (ONU DC, 2009). Serviciul federal de control al drogurilor din Federația Rusă estimează că 10 000 de consumatori de heroină mor anual din cauza supradozelor (INCB, 2010b). Pe locul al doilea în ceea ce privește numărul de consumatori de opiacee la granițele Uniunii Europene pare să fie Ucraina, cu un număr estimat între 323 000 și 423 000 de consumatori de opiacee. Această cifră reprezintă 10-13 cazuri la 1 000 de persoane cu vârste între 15 și 64 de ani (ONU DC, 2009). Creșteri percepute ale consumului de opiacee au fost raportate la ONU DC în 2008 și de Albania, Belarus și Moldova.

În 2007, s-a estimat că ar putea exista 1 825 000 de consumatori de droguri prin injectare actuali (17,8 la 1 000 de locuitori cu vârste între 15 și 64 de ani) în Rusia și 375 000 (11,6 la 1 000 de locuitori) în Ucraina, aproximativ 40 % dintre aceștia fiind infectați cu HIV în ambele țări (Mathers *et al.*, 2008). Rata noilor cazuri de infectare cu HIV raportate în rândul consumatorilor de droguri prin injectare este, de asemenea, mai ridicată în Rusia (79 la un milion de locuitori în 2006) și în Ucraina (153 la un milion de locuitori în 2006) decât în alte țări și zone ale lumii, precum Australia, Canada, Uniunea Europeană și SUA (Wiessing *et al.*, 2009).

unele țări, aceasta este asociată cu consumul de amfetamine. Doar 14 țări au putut furniza estimări recente ale nivelului de consum de droguri prin injectare ⁽¹¹⁰⁾, în pofida importanței acestora pentru sănătatea publică. Îmbunătățirea nivelului de informații disponibile privind această populație specifică rămâne în continuare o provocare importantă pentru elaborarea de sisteme de monitorizare a sănătății în Europa.

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

15 cazuri la 1 000 de persoane raportat în Estonia. Atunci când aceasta din urmă este exclusă, ca fiind o valoare extremă, media ponderată este de aproximativ 2,6 cazuri la 1 000 de persoane cu vârste între 15 și 64 de ani ⁽¹¹¹⁾, medie care, dacă ar fi extrapolată la populația Uniunii Europene, ar corespunde unui total de 750 000-1 000 000 de consumatori activi de droguri prin injectare. Este posibil ca numărul foștilor consumatori de droguri prin injectare să fie mai mare (Sweeting *et al.*, 2008), însă nu este cunoscut pentru toate țările europene.

Consumatorii de opiacee care încep un tratament specializat pentru consum de droguri raportează adesea injectarea ca mod obișnuit de administrare. În această situație se încadrează peste jumătate dintre pacienții consumatori de opiacee din 16 țări, între 25 % și 50 % dintre pacienții consumatori de opiacee din șase țări și sub 25 % dintre cei din alte cinci țări. Cele mai mici proporții ale consumatorilor prin injectare în rândul consumatorilor de opiacee care încep un tratament sunt raportate de Țările de Jos (5 %) și de Spania (19 %), în timp ce proporțiile cele mai ridicate sunt raportate de Lituania (99 %), România (95 %), Estonia (91 %) și Slovacia (86 %) ⁽¹¹²⁾.

Formularea unor concluzii cu privire la tendințele temporale în ceea ce privește prevalența consumului prin injectare este dificilă din cauza lipsei datelor și a intervalelor de încredere mari ale estimărilor. Datele disponibile indică totuși o situație stabilă în Republica Cehă, Grecia, Cipru și Norvegia ⁽¹¹³⁾. O reducere semnificativă din punct de vedere statistic a fost observată în Regatul Unit, între anii 2004 și 2006. În rândul consumatorilor de heroină care încep un tratament, proporția consumatorilor prin injectare a scăzut în ultimii ani, scăderi considerabile din punct de vedere statistic între 2002 și 2007 fiind raportate de 13 țări. Creșteri în această perioadă au fost raportate doar de trei țări (Bulgaria, Lituania, Slovacia) ⁽¹¹⁴⁾. Proporția consumatorilor prin injectare este, de asemenea, în general ușor mai scăzută în rândul consumatorilor de opiacee care au început un tratament pentru prima dată (38 %) decât în rândul tuturor consumatorilor de opiacee care au început un tratament (42 %). Aceasta este situația în 20 din 23 de țări care au furnizat date. O analiză mai detaliată a prevalenței și a tendințelor consumului de droguri prin injectare este disponibilă în alt document (OEDT, 2010c).

⁽¹¹⁰⁾ A se vedea figura PDU-2 din Buletinul statistic pentru 2010.

⁽¹¹¹⁾ Media ponderată este de 0,26 %, cu un interval de nesiguranță (mediile ponderate ale limitelor inferioare și superioare ale estimărilor pe țară) între 0,23 % și 0,30 %, care are ca rezultat o valoare estimată de 886 606 (788 778-1 040 852) pentru 2008. Această estimare trebuie avută în vedere cu precauție, deoarece se bazează pe datele furnizate de doar 12 din cele 27 de state membre UE și Norvegia.

⁽¹¹²⁾ A se vedea tabelul TDI-5 din Buletinul statistic pentru 2010.

⁽¹¹³⁾ A se vedea tabelul PDU-6 partea iii din Buletinul statistic pentru 2010.

⁽¹¹⁴⁾ A se vedea tabelul PDU-104 din Buletinul statistic pentru 2010.

Consumul de opiacee prin alte metode decât injectarea

În urma stabilizării sau declinului consumului de opiacee prin injectare în mai multe țări europene, s-a acordat o mai mare atenție altor căi de administrare, precum inhalarea substanței ca abur fierbinte (metoda „*Chasing the dragon*”, fumat) sau ca praf (prizare) sau ingerarea acestuia. Un număr mic de țări au raportat estimări ale populațiilor de consumatori de opiacee prin alte metode decât injectarea, din care doar Norvegia a furnizat o cifră recentă. În 2008, s-a estimat că fumatul a fost singura cale de administrare a drogului pentru 1 450 de consumatori de heroină sau aproximativ 15 % dintre toți consumatorii de heroină estimați în Norvegia. Datele privind consumatorii care încep să beneficieze de tratament specializat pentru consumul de droguri confirmă prezența unor grupuri semnificative de consumatori care fumează sau prizează drogul în rândul populațiilor care consumă opiacee din anumite țări. De exemplu, fumatul a fost raportat drept cale principală de administrare pentru un număr situat între jumătate și trei sferturi din consumatorii primari de opiacee care încep un tratament în ambulatoriu în Belgia, Irlanda, Spania, Țările de Jos și Regatul Unit. Prizatul a fost, de asemenea, raportat drept cale principală de administrare de aproximativ o treime din pacienții consumatori de opiacee din Austria și de o jumătate din pacienții consumatori de opiacee din Grecia și Franța ⁽¹⁾.

Alegerea căii de administrare depinde de mai mulți factori, precum eficiența acesteia, presiunea din partea mediului social, preocupări cu privire la consecințele asupra sănătății (Bravo et al., 2003) și tipul de opiaceu consumat. De exemplu, heroina brună, disponibilă la scară largă (o formă chimică de bază), care provine în principal din Afganistan, este consumată în principal prin fumat și prin inhalare. Heroina albă (o formă de sare), care provine în mod obișnuit din Asia de Sud-Est, poate fi prizată ușor pe nas sub formă de pulbere; de asemenea, poate fi dizolvată în apă rece fără aditivi și injectată, însă administrarea prin fumat și prin inhalare este foarte inefficientă. Medicamentele de substituție pentru opiacee sunt distribuite, de obicei, mai degrabă în formă lichidă, decât sub formă de tablete, sau pot conține substanțe adăugate care reduc sau modifică efectele drogului în cazul injectării.

⁽¹⁾ A se vedea tabelul TDI-17 partea ii din Buletinul statistic pentru 2010.

Tratamentul consumului problematic de opiacee

Datele colectate de indicatorul OEDT privind cererea de tratament pot fi utilizate pentru a descrie caracteristicile unui subgrup considerabil de consumatori de droguri care încep un tratament și, mai specific, ale celor care au

beneficiat de servicii de tratament specializat pentru consumul de droguri pe parcursul anului.

Pacienții care încep tratamentul în ambulatoriu pentru consumul primar de opiacee au o vârstă medie de 34 de ani, femeile și persoanele care încep tratamentul pentru consum de opiacee pentru prima dată fiind mai tinere ⁽¹¹⁵⁾. Aproape toate țările raportează o creștere a vârstei medii a pacienților consumatori de opiacee începând cu 2003. Raportul general dintre bărbați și femei în rândul pacienților aflați în tratament pentru consum de opiacee este de 3,5 bărbați la o femeie, deși femeile reprezintă un procent mai ridicat în rândul pacienților aflați în tratament pentru consumul de opiacee în țările nordice (de exemplu, Suedia, Finlanda) și mai scăzut în țările sudice (de exemplu, Grecia, Spania, Italia) ⁽¹¹⁶⁾.

Consumatorii de opiacee care încep tratamentul au rate mai ridicate ale șomajului, niveluri mai scăzute de educație și niveluri mai crescute de probleme psihiatrice decât pacienții care raportează alte droguri primare ⁽¹¹⁷⁾. Aproape toți consumatorii de opiacee care încep tratamentul raportează începerea acestuia înainte de 30 de ani, iar aproape jumătate înainte de 20 de ani. Este raportat un decalaj mediu de aproape opt ani între primul consum de opiacee și primul contact cu tratamentul pentru droguri ⁽¹¹⁸⁾.

Furnizarea tratamentului și acoperirea acestuia

Tratamentul pentru consumatorii de opiacee se desfășoară mai ales în ambulatoriu, ceea ce include centre specializate, cabinete ale medicilor generaliști și unități cu acces necondiționat (a se vedea capitolul 2). În câteva țări, centrele cu internare reprezintă o componentă majoră a sistemului de tratament pentru droguri, în special în Bulgaria, Grecia, Letonia, Polonia, România, Finlanda și Suedia ⁽¹¹⁹⁾. Gama de opțiuni disponibile în Europa pentru tratamentul dependenței de opiacee este largă și din ce în ce mai diferențiată, deși variază geografic din punctul de vedere al accesibilității și acoperirii. Tratamentele fără droguri și cele de substituție pentru consumul de opiacee sunt disponibile în toate statele membre ale UE, precum și în Croația și Norvegia. În Turcia, utilizarea tratamentului de substituție este în prezent în curs de analiză.

Tratamentul fără droguri reprezintă o metodă terapeutică prin care pacienților li se solicită în general să se abțină de la orice substanțe, inclusiv medicamente de substituție. Pacienții participă la activitățile cotidiene și primesc asistență psihologică intensivă. Deși tratamentul fără

⁽¹¹⁵⁾ A se vedea tabelele TDI-10, TDI-32 și TDI-103 din Buletinul statistic pentru 2010.

⁽¹¹⁶⁾ A se vedea tabelele TDI-5 și TDI-21 din Buletinul statistic pentru 2010.

⁽¹¹⁷⁾ A se vedea capitolul 2.

⁽¹¹⁸⁾ A se vedea tabelele TDI-11, TDI-33, TDI-107 și TDI-109 din Buletinul statistic pentru 2010.

⁽¹¹⁹⁾ A se vedea tabelul TDI-24 din Buletinul statistic pentru 2010.

droguri poate avea loc atât cu internare, cât și în ambulatoriu, tipul de tratament raportat cel mai frecvent de statele membre îl reprezintă programele rezidențiale care aplică principiile comunității terapeutice sau modelul Minnesota. Franța și Republica Cehă efectuează în prezent evaluări privind rezultatele comunităților lor terapeutice, rezultatele fiind așteptate în 2010. Conform planului de acțiune francez, disponibilitatea acestei modalități de tratament urmează să fie extinsă în viitor. Comunitățile terapeutice reprezintă cel mai însemnat tip de tratament pentru consumul de droguri din Polonia. Totuși, din motive economice și datorită schimbării profilurilor pacienților, se raportează că durata programelor de tratament se scurtează treptat. În sfârșit, Croația și Portugalia au elaborat recent orientări privind comunitățile terapeutice.

Tratamentul de substituție, în general integrat cu îngrijirea psihosocială, este furnizat în mod obișnuit în centre specializate de tratament în ambulatoriu. Treisprezece țări raportează că acesta este furnizat, de asemenea, de către medici generaliști, de obicei în regim de îngrijire comună cu centre de tratament specializate. Medicii de familie pot obține rezultate mai bune decât centrele specializate în ceea ce privește reținerea sub tratament, ratele de abținere și consumul concomitent de alte droguri. Această situație a fost constatată într-un studiu naturalistic de 12 luni care include 2 694 de pacienți care urmează un tratament de substituție în Germania (Wittchen *et al.*, 2008). Alte studii au observat că punerea în aplicare a tratamentului de substituție în unitățile de îngrijiri primare nu este doar posibilă, ci poate fi și rentabilă (Gossop *et al.*, 2003; Hutchinson *et al.*, 2000).

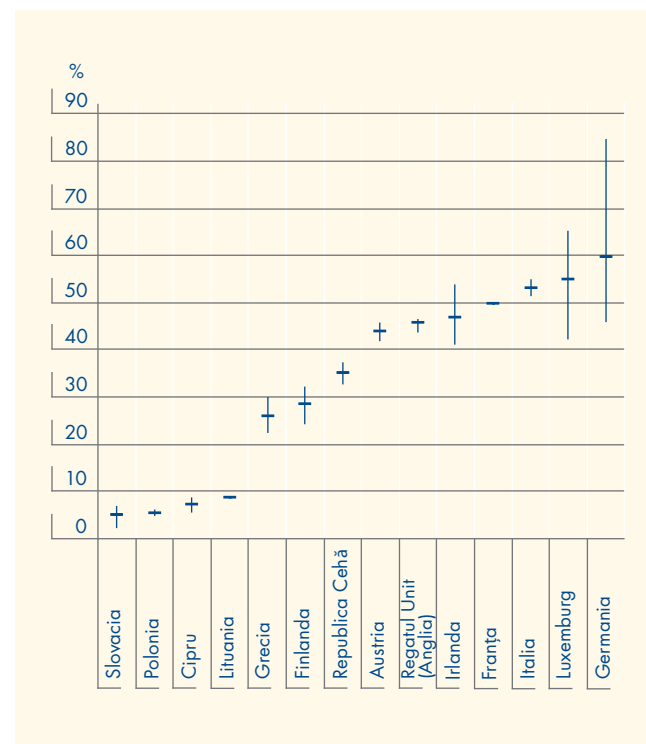
Numărul total de consumatori problematici de opiacee care beneficiază de tratament de substituție în Uniunea Europeană, Croația și Norvegia este încă în creștere, cu un număr estimat de 670 000 de pacienți în 2008, de la 650 000 în 2007 ⁽¹²⁰⁾ și aproximativ o jumătate de milion în 2003. Cifrele referitoare la pacienți au arătat o anumită creștere în anumite țări din Europa Centrală și de Est, însă țările care au aderat la Uniunea Europeană după 2004 continuă să reprezinte doar aproximativ 2 % din numărul total de consumatori problematici de opiacee care beneficiază de tratament de substituție în Uniunea Europeană ⁽¹²¹⁾.

O comparație între numărul de consumatori care beneficiază de tratament de substituție în Uniunea Europeană și numărul estimat de consumatori problematici de opiacee indică o rată de acoperire a tratamentului de aproximativ 50 %. Totuși, acoperirea variază considerabil

în funcție de țări, existând rate mai mici de 40 % raportate de șapte din cele 14 țări pentru care sunt disponibile estimări ale numărului de consumatori problematici de opiacee, iar patru dintre aceste țări raportează o acoperire mai mică de 10 % (a se vedea figura 11). Cu toate acestea, se poate estima că doi din trei consumatori problematici de opiacee din Uniunea Europeană trăiesc în țări cu o acoperire a tratamentului de substituție ridicată ⁽¹²²⁾.

Majoritatea pacienților care urmează un tratament de substituție în Europa primesc metadonă (70-75 %), însă numărul țărilor în care aceasta este singura substanță disponibilă se află în scădere. Buprenorfina cu dozaj ridicat este disponibilă în prezent în toate țările membre ale UE, cu patru excepții (Bulgaria, Spania, Ungaria, Polonia), și este utilizată în 20-25 % din totalul tratamentelor de substituție furnizate în Europa și în peste 50 % din totalul tratamentelor de substituție din Republica Cehă, Franța, Cipru, Letonia, Suedia și Croația. În Franța, unde buprenorfina a predominat întotdeauna, metadona este prescrisă în prezent unei proporții în creștere de pacienți care urmează un tratament de substituție. Combinația buprenorfină-naloxonă, care a fost aprobată

Figura 11: Proporția estimată a consumatorilor problematici de opiacee care urmează un tratament de substituție



NB: Pentru informații suplimentare, a se vedea figura HSR-1 din Buletinul statistic pentru 2010.

Sursă: Punctele focale naționale Reitox.

⁽¹²⁰⁾ A se vedea tabelul HSR-3 din Buletinul statistic pentru 2010.

⁽¹²¹⁾ A se vedea figura HSR-2 din Buletinul statistic pentru 2010.

⁽¹²²⁾ Aceste estimări ar trebui să fie luate în considerare cu precauție, întrucât încă există lipsă de exactitate în privința acestor seturi de date.

de Agenția Europeană pentru Medicamente în 2006, a fost introdusă în 14 țări. Alte opțiuni, care reprezintă un procentaj redus din totalul tratamentelor de substituție, includ morfina cu eliberare lentă (Bulgaria, Austria, Slovenia), codeina (Germania, Cipru, Austria) și diacetilmorfina (heroină). Prescrierea de heroină a devenit în prezent o opțiune de tratament stabilită în Danemarca, Germania și Țările de Jos; aceasta există și în Spania și în Regatul Unit și există proiecte-pilot în curs de pregătire în Belgia și în Luxemburg.

Accesul la tratament

Reglementările privind furnizarea și distribuția de tratament de substituție pentru consumul de opiacee sunt esențiale pentru accesibilitatea acestuia. Cadrele juridice pot permite tuturor medicilor de familie (Belgia, Republica Cehă, Danemarca, Germania, Franța, Italia, Cipru, Țările de Jos, Portugalia, Regatul Unit, Croația) sau celor care au fost formați sau acreditați în mod specific (Germania, Irlanda, Luxemburg, Austria, Slovenia, Norvegia) să prescrie una sau mai multe substanțe de substituție. În unele țări (Bulgaria, Estonia, Grecia, Spania, Lituania, Ungaria, Polonia, România, Slovacia, Finlanda, Suedia), doar centrele de tratament specializate pot furniza tratamente de substituție.

În majoritatea țărilor europene, medicamentele de substituție pot fi distribuite de medicii de familie, în farmacii sau în unități de proximitate mobile. Totuși, nu aceasta este situația în Bulgaria, Estonia, Grecia, Lituania, Polonia și Slovacia, unde doar centrele de tratament specializate pot distribui medicația. Buprenorfina cu doza ridicată poate fi distribuită de toți medicii de familie din Republica Cehă, sau de orice farmacie din Letonia. În România, Ungaria și Finlanda, farmaciile sunt autorizate să distribuie doar combinația buprenorfina-naloxonă. S-a raportat că acest medicament este disponibil doar de curând și este foarte scump în Ungaria și România și doar un număr redus de pacienți îl primesc în aceste două țări.

Informațiile privind prețul pentru pacienți al medicamentelor utilizate în tratamentul de substituție pentru opiacee au fost colectate de curând. Printre cele 26 de țări care au furnizat date, 17 au indicat că medicația (în majoritatea cazurilor, metadona) este gratuită, cu excepția cazului în care este solicitat tratament de la furnizori privați. În Belgia și Luxemburg, pacientul trebuie să plătească o parte din costurile medicației doar dacă aceasta este prescrisă de un medic de familie. În Republica Cehă, Letonia, Portugalia, Ungaria și Finlanda, tratamentul cu metadona este gratuit, însă buprenorfina sau combinația buprenorfina-naloxonă trebuie să fie

plătită integral sau parțial de pacient. În Letonia, de exemplu, costul lunar pentru o doză zilnică de 8 mg de buprenorfina este de aproximativ 250 EUR. Metadona este în general mai ieftină decât alte medicamente de substituție cu eficacitate similară, precum buprenorfina (OMS, 2009), ceea ce explică parțial de ce multe sisteme de asigurări de sănătate naționale preferă să ofere rambursarea completă a metadonei mai degrabă decât a altor medicamente de substituție. Variantele generice ale buprenorfinei cu dozaj ridicat, care sunt mai ieftine, sunt disponibile din 2006 în Franța, unde sunt prescrise unui număr de aproximativ 30 000 de pacienți (30 % din totalul pacienților care iau buprenorfina).

Informațiile privind costurile, furnizarea tratamentului de substituție și distribuția de medicamente în tratamentul de substituție arată diferențe regionale în Europa. Țările din nordul și din estul Europei aplică adesea un model de acces mai concentrat și cu criterii mai stricte, în timp ce multe țări din vestul Europei pun în aplicare un model de acces la tratament multicentric și cu acces necondiționat. Aceste diferențe pot reflecta diferite modele de îngrijire, în unele țări acordându-se prioritate obiectivului abinenței și abordărilor psihosociale, iar în altele, stabilizării și reținerii pacienților și abordărilor de reducere a riscurilor.

Eficacitatea și calitatea tratamentului

Tratamentul de substituție pentru opiacee, combinat cu intervenții psihosociale, a fost considerat a fi cea mai eficace opțiune de tratament pentru consumatorii de opiacee. În comparație cu dezintoxicarea sau cu lipsa tratamentului, tratamentele cu metadona sau cu buprenorfina în doze mari indică rezultate semnificativ mai bune în ceea ce privește consumul de droguri, activitatea infracțională, comportamentele de risc și transmiterea HIV,

Analiza OEDT privind tratamentul asistat cu heroină

Tratamentul asistat cu heroină este furnizat în prezent unui număr de aproximativ 1 500 de consumatori problematici cronici de opiacee în cinci state membre ale UE.

Majoritatea acestor țări, precum și Elveția și Canada au desfășurat anchete experimentale pentru evaluarea rezultatelor acestui tip de tratament. În 2011, cu sprijinul unei echipe de cercetători și medici internaționali, OEDT va publica un studiu privind acest tip de tratament, în care vor fi examinate dovezile științifice colectate în anii recenti.

Analiza va viza, de asemenea, evoluția, furnizarea operativă și practicile clinice ale tratamentului asistat cu heroină și va descrie unele dintre provocările asociate punerii în aplicare a acestuia. Va fi prezentat și un set de standarde minime de calitate.

supradoze și mortalitatea globală, precum și rate mai bune de reținere la tratament (OMS, 2009).

Rezultatele în ceea ce privește sevrajul în legătură cu opiaceele sunt în general reduse pe termen lung (Mattick *et al.*, 2009), însă pot ajuta pacienții, dacă aceștia apelează la acest tip de tratament în urma unei alegeri informate. În unitățile de tratament în ambulatoriu sau cu internare, dezintoxicarea se realizează prin diminuarea dozelor de metadonă sau buprenorfină (ca tratamente preferate), sau de agonști alpha-2. Tehnicile de sevraj accelerat care utilizează antagoniști ai opiaceelor în

combinație cu sedarea puternică nu sunt recomandate datorită problemelor de siguranță (Gowing *et al.*, 2010). După sevrajul la opiacee, pacienților care sunt motivați să se abțină de la consumul de opiacee ar trebui să li se recomande utilizarea naltrexonei pentru prevenirea recidivei.

Combinția buprenorfină-naloxonă (comercializată sub numele de Suboxonă) a fost creată pentru a preveni injectarea buprenorfinei. Cu toate acestea, eficacitatea acesteia în prevenirea utilizării pe cale intravenoasă a buprenorfinei nu este încă demonstrată (Bruce *et al.*, 2009; Simojoki *et al.*, 2008).

Capitolul 7

Boli infecțioase și decese legate de consumul de droguri

Introducere

Consumul de droguri poate determina o gamă largă de consecințe negative, cum ar fi accidente, dereglări ale sănătății mintale, boli pulmonare, probleme cardiovasculare, șomaj sau pierderea locuinței. Efectele dăunătoare sunt prevalente îndeosebi în rândul consumatorilor problematici de droguri, a căror sănătate generală și situație socio-economică pot fi mult inferioare celor din rândul populației generale.

Consumul de opiacee și consumul de droguri prin injectare sunt două forme de consum de droguri strâns asociate cu astfel de efecte nocive, în special supradoze și transmiterea bolilor infecțioase. Numărul supradozelor fatale raportate în Uniunea Europeană în ultimele două decenii echivalează cu aproximativ un deces prin supradoză la fiecare oră. Cercetările au arătat, de asemenea, că, în ultimele două decenii, un număr mare de consumatori de droguri au decedat din alte cauze, precum SIDA sau sinucidere.

Reducerea mortalității și a morbidității asociate consumului de droguri reprezintă un aspect central în strategiile europene în domeniul drogurilor. Principalele eforturi în acest domeniu sunt depuse prin intervenții orientate către grupurile expuse în cea mai mare măsură riscurilor și care vizează comportamentele asociate în mod direct efectelor nocive în legătură cu drogurile.

Boli infecțioase legate de droguri

Bolile infecțioase, precum HIV și hepatita B și C, sunt printre cele mai grave consecințe ale consumului de droguri asupra sănătății. Chiar în țările în care prevalența HIV în rândul consumatorilor de droguri prin injectare este scăzută, alte boli infecțioase, inclusiv hepatita A, B și C, bolile cu transmitere sexuală, tuberculoza, tetanosul, botulismul, antraxul și virusul uman T-limfotropic pot afecta

în mod disproporționat consumatorii de droguri. OEDT monitorizează în mod sistematic infecția cu HIV și hepatita B și C în rândul consumatorilor de droguri prin injectare ⁽¹²³⁾.

HIV și SIDA

Până la sfârșitul anului 2008, rata infecțiilor noi cu HIV diagnosticate în rândul consumatorilor de droguri prin injectare a rămas scăzută în cele mai multe țări ale Uniunii Europene, iar situația în ansamblu în UE pare relativ pozitivă într-un context global (ECDC și OMS-Europa, 2009; Wiessing *et al.*, 2009). Aceasta s-ar putea datora, cel puțin parțial, disponibilității sporite a măsurilor de prevenire, tratare și reducere a riscurilor, inclusiv a tratamentului de substituție și a programelor pentru ace și seringi (Wiessing *et al.*, 2009). Este posibil ca și alți factori să fi avut un rol important, de exemplu, scăderea consumului de droguri prin injectare constatată în unele țări. Cu toate acestea, în anumite părți ale Europei, datele sugerează că transmiterea HIV asociată consumului de droguri prin injectare s-a menținut la niveluri relativ ridicate în 2008, accentuând necesitatea de a se asigura accesibilitatea și eficiența practicilor de prevenire la nivel local.

Tendențe în infecția cu HIV

Datele privind cazurile nou diagnosticate legate de consumul de droguri prin injectare în 2008 sugerează că ratele infecției încă sunt, în general, în scădere la nivelul Uniunii Europene, după nivelul maxim atins în perioada 2001-2002, din cauza unor focare în Estonia, Letonia și Lituania ⁽¹²⁴⁾. În 2008, rata totală a infecțiilor nou diagnosticate în rândul consumatorilor de droguri prin injectare în cele 23 de state membre ale UE pentru care sunt disponibile date naționale a fost de 2,6 cazuri la un milion de persoane, în scădere de la 3,7 cazuri la un milion de persoane în 2007 ⁽¹²⁵⁾. Din cele patru țări care

⁽¹²³⁾ Pentru detalii referitoare la metode și definiții, a se vedea Buletinul statistic pentru 2010.

⁽¹²⁴⁾ Procedurile de raportare privind infecția cu HIV s-au schimbat în ultimii ani și în prezent sunt disponibile date în funcție de anul diagnosticării mai degrabă decât în funcție de anul raportului (ECDC și OMS-Europa, 2009). Aceasta determină cifre mai scăzute în anumite țări care sunt predispuse să reflecte mai exact incidența reală (de exemplu, Portugalia). Totuși, în anumite cazuri întârzierile în raportare pot cauza, de asemenea, subestimarea incidenței.

A se vedea tabelul INF-104 din Buletinul statistic pentru 2010.

⁽¹²⁵⁾ Nu sunt disponibile date naționale pentru Danemarca, Spania, Italia și Austria.

raportează cele mai înalte rate de infecții nou diagnosticate (Estonia, Letonia, Lituania, Portugalia), toate au continuat să raporteze o tendință descendentă, cu o scădere accentuată în Estonia și Letonia (figura 12). În Estonia, scăderea raportată a fost de la 86 de cazuri la un milion de persoane în 2007 la 27 în 2008, iar în Letonia de la 62 de cazuri la un milion de persoane în 2007 la 44 de cazuri la un milion de persoane în 2008.

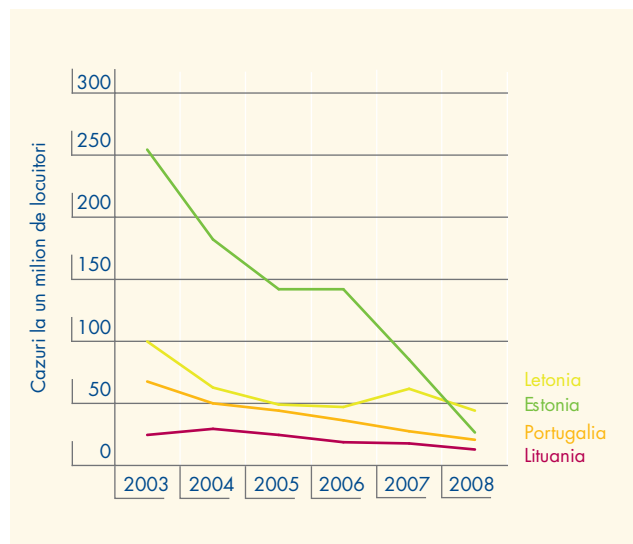
În general, în perioada 2003-2008, nu s-a observat nicio creștere pronunțată a infecțiilor cu HIV nou diagnosticate, iar ratele raportate continuă să fie scăzute. Totuși, în Bulgaria, rata consumatorilor prin injectare s-a accelerat de la 0,0 cazuri noi la un milion de persoane în 2003, la 6,8 cazuri noi la un milion de persoane în 2008, în timp ce în Suedia, în 2007, s-a observat un nivel maxim de 6,7 cazuri, sugerând potențialul permanent de apariție a epidemiilor de HIV în rândul consumatorilor de droguri prin injectare.

Datele privind tendințele, provenind din monitorizarea prevalenței HIV în eșantioane de consumatori de droguri prin injectare, reprezintă o completare importantă a datelor provenind din raportarea cazurilor de HIV. Sunt disponibile date din 24 de țări pe perioada 2003-2008 ⁽¹²⁶⁾. În 16 țări, prevalența HIV a rămas neschimbată în această perioadă. În șapte țări (Bulgaria, Spania, Franța, Italia, Polonia, Portugalia, Norvegia) prevalența HIV a indicat scăderi. Șase din aceste analize s-au bazat pe eșantioane naționale, în timp ce în Franța tendința raportată este bazată pe datele din cinci orașe. Au fost raportate creșteri regionale în trei țări: în Bulgaria (Sofia); în Italia, în două din cele 21 de regiuni, și în Lituania (Vilnius). Există totuși o tendință descendentă în ceea ce privește cazurile nou diagnosticate de infecție cu HIV în rândul consumatorilor de droguri prin injectare în aceste trei țări.

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

În pofida tendințelor de scădere rapidă, rata infecțiilor cu HIV nou diagnosticate în 2008 în legătură cu consumul de droguri prin injectare este încă ridicată în Letonia (44 de cazuri la un milion de persoane), Estonia (27), Portugalia (20,7) și Lituania (12,5), ceea ce arată că transmiterea infecției încă intervine în rândul consumatorilor de droguri prin injectare în aceste țări.

Figura 12: Tendințe în infecțiile HIV nou raportate la consumatorii de droguri prin injectare în patru state membre ale UE care raportează rate ridicate de infecție



NB: Datele raportate la sfârșitul lunii octombrie 2009.
Sursă: ECDC și OMS-Europa.

Alte indicii cu privire la transmiterea continuă a HIV sunt oferite de rapoartele privind nivelurile de prevalență de peste 5 % în rândul consumatorilor de droguri prin injectare tineri (eșantioane de 50 sau mai mulți consumatori de droguri prin injectare cu vârste sub 25 de ani) în mai multe țări: Estonia (două regiuni, 2005), Franța (cinci orașe, 2006), Letonia (un oraș, 2007), Lituania (un oraș, 2006) și Polonia (un oraș, 2005) ⁽¹²⁷⁾. Deși precauția este necesară, deoarece dimensiunile unora dintre eșantioane sunt reduse, datele indică creșteri considerabile din punct de vedere statistic în prevalența HIV în rândul consumatorilor de droguri prin injectare tineri între 2003 și 2008 în Belgia (Comunitatea flamandă) și Bulgaria, în timp ce pot fi observate scăderi în Suedia și Spania. Datele privind prevalența HIV în rândul noilor consumatori de droguri prin injectare (perioada de injectare este mai mică de doi ani) sprijină în continuare o posibilă scădere în acest grup în Suedia ⁽¹²⁸⁾.

Incidența SIDA și accesul la HAART

Informațiile privind incidența SIDA sunt importante pentru a indica apariții noi ale unor boli simptomatice, deși acestea nu reprezintă un bun indicator al transmiterii HIV. Ratele indicate de incidență a SIDA în anumite țări europene pot indica faptul că mulți consumatori de droguri prin injectare infectați cu HIV nu beneficiază de terapia antiretrovirală puternic activă (*highly active antiretroviral treatment*, HAART) într-o etapă suficient de timpurie pentru

⁽¹²⁶⁾ A se vedea tabelul INF-108 din Buletinul statistic pentru 2010.

⁽¹²⁷⁾ A se vedea tabelul INF-109 din Buletinul statistic pentru 2010.

⁽¹²⁸⁾ A se vedea tabelul INF-110 din Buletinul statistic pentru 2010.

a obține beneficii maxime în urma tratamentului. O evaluare recentă confirmă că această situație poate fi încă valabilă în unele state membre ale UE (Mathers *et al.*, 2010).

Estonia rămâne țara cu cea mai mare incidență a SIDA în legătură cu consumul de droguri prin injectare, existând un număr estimat de 30,6 de cazuri noi la un milion de persoane în 2008, în scădere de la 33,5 de cazuri noi la un milion de persoane în 2007. De asemenea, sunt raportate niveluri relativ ridicate de incidență a SIDA pentru Letonia, Lituania, Portugalia și Spania: 25,5, 10,7, 10,2 și 8,9 cazuri noi la un milion de persoane. Dintre aceste patru țări, tendința este descendentă în Spania și Portugalia, nu și în Letonia și Lituania ⁽¹²⁹⁾.

Hepatita B și C

În timp ce niveluri ridicate ale prevalenței infecției cu HIV se constată numai în unele state membre ale UE, hepatita virală și, mai ales, infecția provocată de virusul hepatitei C (VHC) au o prevalență mult mai ridicată în rândul consumatorilor de droguri prin injectare din Europa. Nivelurile de anticorpi VHC în rândul eșantioanelor

naționale de consumatori de droguri prin injectare în 2007-2008 variază de la aproximativ 12 % la 85 %, opt din cele 12 țări raportând niveluri de peste 40 % ⁽¹³⁰⁾. Trei țări (Republica Cehă, Ungaria, Slovenia) raportează o prevalență sub 25 % în eșantioanele naționale de consumatori de droguri prin injectare, deși ratele de infectare chiar la acest nivel constituie o problemă semnificativă de sănătate publică.

În interiorul țărilor, nivelurile de prevalență ale VHC pot varia considerabil, reflectând atât diferențe regionale, cât și caracteristicile populației eșantionate. De exemplu, în Italia, estimările regionale variază între 31 % și 87 % (figura 13).

Studiile recente (2007-2008) raportează o gamă largă a nivelurilor de prevalență în rândul consumatorilor de droguri prin injectare sub 25 de ani și al celor care consumă droguri prin injectare de mai puțin de doi ani, ceea ce sugerează niveluri diferite de incidență a VHC în rândul acestor populații din Europa ⁽¹³¹⁾. Totuși, aceste studii indică, de asemenea, că mulți contractează virusul la începutul istoricului personal de consum prin injectare. Aceasta presupune că există doar un interval de timp redus pentru inițierea măsurilor eficace de prevenire a VHC.

Prevalența anticorpilor pentru virusul hepatitei B (VHB) variază în mare măsură, posibil și datorită diferențelor în nivelul de vaccinare, deși pot fi implicați și alți factori. Setul cel mai complet de date disponibile pentru VHB este cel referitor la anticorpii împotriva antigenului de nucleu al hepatitei B (anti-HBc), care indică antecedente ale infecției. În 2007-2008, patru din cele nouă țări care au furnizat date privind prezența acestui virus în rândul consumatorilor de droguri prin injectare raportează niveluri ale prevalenței anti-HBc de peste 40 % ⁽¹³²⁾.

S-a observat că prevalența VHC este în scădere în nouă țări și în creștere în alte trei țări, în timp ce seturile de date din alte patru țări indică ambele tendințe, deși este necesar ca datele să fie luate în considerare cu precauție, dată fiind dimensiunea limitată a eșantioanelor în anumite cazuri ⁽¹³³⁾. Studiile referitoare la consumatorii de droguri prin injectare tineri (sub 25 de ani) sugerează în principal o prevalență stabilă și unele tendințe de declin, deși este raportată o creștere într-o regiune din Grecia (Attica). Acest aspect este confirmat în datele referitoare la noii consumatori de droguri prin injectare (perioada de injectare este mai mică de 2 ani) pentru Grecia, atât la nivel național, cât și în Attica. Datele privind noii consumatori de droguri prin injectare indică, de asemenea, o creștere în Slovenia, deși dimensiunile

Apariția antraxului în rândul consumatorilor de heroină din Regatul Unit și Germania

Antraxul este o boală infecțioasă acută cauzată de bacteria *Bacillus anthracis*. Apare cel mai adesea la animalele sălbatice și domestice și este endemică într-un număr de țări, în principal agrare, însă este foarte rară în Europa.

În decembrie 2009, în Regatul Unit a fost emisă o alertă care a raportat o epidemie de antrax în rândul consumatorilor de droguri prin injectare din Scoția. Până la 31 mai 2010, au fost confirmate în Scoția 42 de cazuri, dintre care 13 au dus la deces, alte trei cazuri (două fatale) în Anglia, și două cazuri (unul fatal) în Germania. Tulpina de antrax descoperită în Germania și Anglia nu era diferită de cea descoperită în Scoția, ceea ce indică o sursă comună de infecție. De asemenea, deoarece toate cazurile raportate au apărut în rândul consumatorilor de heroină, este posibil ca sursa să fi fost un pachet cu heroină contaminat. Totuși, nu a fost descoperită nicio dovadă de spori de antrax în eșantioanele de heroină analizate în Scoția la sfârșitul lunii mai 2010.

Centrul European de Prevenire și Control al Bolilor (ECDC) și OEDT efectuează analize de risc comune asociate acestei epidemii. De asemenea, au fost puse în mod periodic la dispoziție informații actualizate, ceea ce a condus la rapoarte ulterioare privind grupuri de decese la consumatorii de droguri din alte țări. Totuși, s-a dovedit că aceste decese nu au avut legătură cu infectarea cu antrax.

⁽¹²⁹⁾ A se vedea figura INF-1 și tabelul INF-104 partea ii din Buletinul statistic pentru 2010.

⁽¹³⁰⁾ A se vedea tabelul INF-111 din Buletinul statistic pentru 2010.

⁽¹³¹⁾ A se vedea figura INF-6 partea ii și partea iii din Buletinul statistic pentru 2010.

⁽¹³²⁾ A se vedea tabelul INF-115 din Buletinul statistic pentru 2010.

⁽¹³³⁾ A se vedea tabelul INF-111 din Buletinul statistic pentru 2010.

eșantioanelor sunt reduse, și scăderi în Portugalia (la nivel național) și Suedia (Stockholm).

Tendențele în ceea ce privește cazurile notificate de hepatită B și C prezintă caracteristici diferite, însă sunt dificil de interpretat, deoarece calitatea datelor este scăzută. Cu toate acestea, date referitoare la epidemiologia acestor infecții pot fi furnizate de proporția consumatorilor de droguri prin injectare în toate cazurile notificate în care factorii de risc sunt cunoscuți (Wiessing *et al.*, 2008). În cazul hepatitei B, procentul de consumatori de droguri prin injectare a scăzut între 2003 și 2008 în opt din cele 17 țări. În cazul hepatitei C, proporția consumatorilor de droguri prin injectare din totalul cazurilor notificate a scăzut în șase țări în perioada 2003-2008 și a crescut în alte trei țări (Republica Cehă, Malta, Regatul Unit) ⁽¹³⁴⁾.

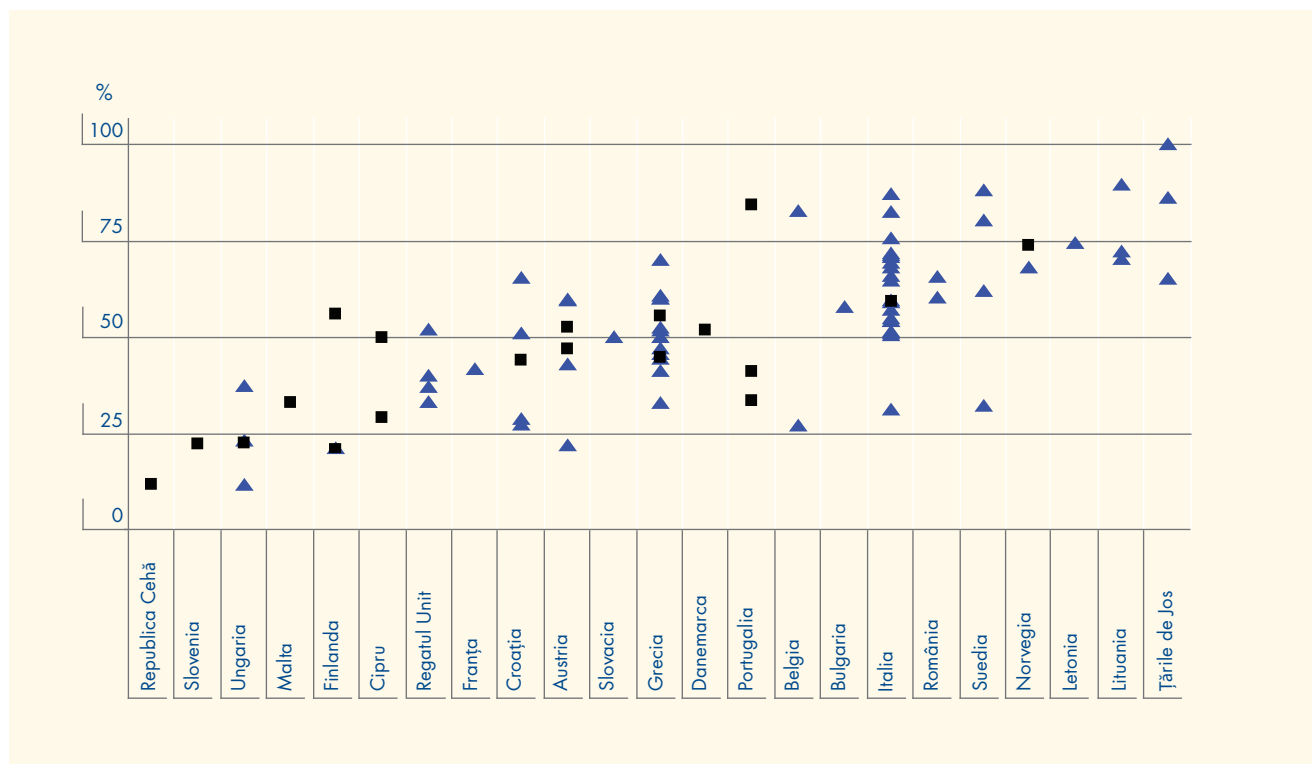
Prevenirea bolilor infecțioase și răspunsul la acestea

Prevenirea bolilor infecțioase în rândul consumatorilor de droguri este un obiectiv important al Uniunii Europene în ceea ce privește sănătatea publică și o componentă

a politicilor majorității statelor membre în materie de droguri. Țările răspund la răspândirea bolilor infecțioase în rândul consumatorilor de droguri prin abordări combinate, care includ: tratament pentru consumul de droguri, în special tratament de substituție pentru opiacee, furnizarea de materiale sterile de injectare și a altor accesorii pentru injectare și activități desfășurate în comunitate care furnizează informații, servicii educaționale, analize și intervenții comportamentale, deseori prin intermediul agențiilor de intervenție sau cu acces necondiționat ⁽¹³⁵⁾. Aceste măsuri, împreună cu terapia antiretrovirală și diagnosticarea și tratamentul tuberculozei, au fost promovate de agențiile ONU drept intervenții principale pentru prevenirea, tratarea și îngrijirea HIV pentru consumatorii de droguri prin injectare (OMS, ONUDC și ONU-SIDA, 2009).

În Europa, disponibilitatea tratamentului pentru consumul de droguri și a măsurilor de reducere a riscurilor a crescut considerabil începând de la mijlocul anilor '90. Atât tratamentul de substituție pentru opiacee, cât și programele de schimb pentru ace și seringi există în prezent în toate țările, cu excepția Turciei. Deși furnizarea

Figura 13: Prevalența anticorpilor HCV în rândul consumatorilor de droguri prin injectare



NB: Date pentru anii 2007 și 2008. Pătratele negre sunt eșantioane cu acoperire națională; triunghiurile albastre sunt eșantioane cu acoperire la nivel subnațional (local sau regional). Diferențele dintre țări trebuie să fie interpretate cu precauție, din cauza diferențelor în ceea ce privește tipurile de situații și metode de studiu; strategiile naționale de eșantionare variază. Țările sunt prezentate în funcție de creșterea prevalenței, pe baza mediei datelor naționale sau, dacă acestea nu sunt disponibile, a datelor la nivel subnațional. Pentru informații suplimentare, a se vedea figura INF-6 din Buletinul statistic pentru 2010.

Sursă: Punctele focale naționale Reitox.

⁽¹³⁴⁾ A se vedea tabelele INF-105 și INF-106 din Buletinul statistic pentru 2010.

⁽¹³⁵⁾ Pentru informații suplimentare referitoare la prioritățile naționale și nivelurile furnizării, a se vedea tabelul HSR-6 din Buletinul statistic pentru 2009.

acestor intervenții rămâne limitată în mai multe țări, se estimează că unul din doi consumatori problematici de opiacee din Europa ar putea beneficia în prezent de tratament de substituție pentru opiacee (a se vedea capitolul 6). O evaluare recentă (Kimber *et al.*, 2010) concluzionează că nu există dovezi suficiente potrivit cărora acest tip de tratament reduce transmiterea HIV și comportamentul riscant în legătură cu injectarea raportat de consumator, însă dovezile unei reduceri a transmiterii hepatitei C sunt și mai limitate. Un studiu de cohortă efectuat în Amsterdam a constatat, totuși, că „participarea totală” la programele pentru ace și seringi și la tratamentul de substituție pentru opiacee a fost asociată cu o incidență mult mai redusă atât a HIV, cât și a VHC în rândul consumatorilor de droguri prin injectare (Van den Berg *et al.*, 2007), în timp ce un studiu de cohortă efectuat recent în Regatul Unit a asociat tratamentul de substituție pentru opiacee cu reduceri considerabile din punct de vedere statistic a incidenței VHC (Craine *et al.*, 2009).

Intervenții

Prioritatea cel mai frecvent raportată constă în accesul la materiale sterile de injectare. Datele privind furnizarea de seringi prin programe specializate pentru ace și seringi în perioada 2007-2008 sunt disponibile pentru toate țările, cu excepția a patru dintre acestea ⁽¹³⁶⁾. Datele arată că anual se distribuie aproximativ 40 de milioane de seringi prin aceste programe. Această cifră reprezintă echivalentul unei medii de 80 de seringi pentru fiecare consumator de droguri prin injectare estimat din țările care furnizează date referitoare la seringi.

Numărul mediu de seringi distribuite anual unui consumator de droguri prin injectare poate fi calculat pentru 13 țări europene (figura 14). În șapte dintre aceste țări, numărul mediu de seringi distribuite prin programe specializate echivalează cu un număr de mai puțin de 100 pentru fiecare consumator de droguri prin injectare, cinci țări oferă între 140 și 175 de seringi, iar Norvegia raportează distribuția a peste 320 de seringi fiecărui consumator de droguri prin injectare ⁽¹³⁷⁾. Pentru prevenirea infecției cu HIV, agențiile ONU consideră că 100 de seringi distribuite anual pentru fiecare consumator de droguri prin injectare reprezintă o cifră redusă, iar 200 o cifră ridicată (OMS, ONUDC și ONU-SIDA, 2009).

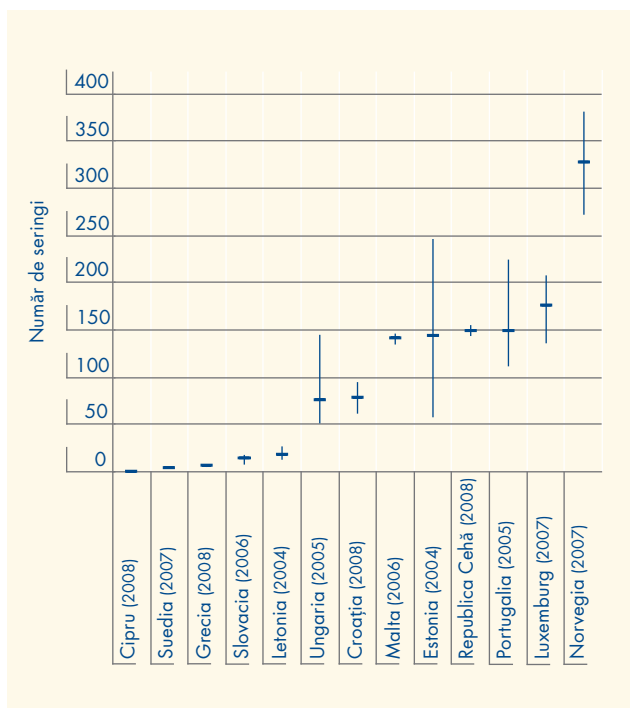
Un studiu recent privind raportul cost-eficiență al programelor pentru ace și seringi în Australia, unde sunt distribuite anual 30 de milioane de seringi, estimează că s-au prevenit peste 32 000 de cazuri de infecție cu HIV și

aproximativ 100 000 de cazuri de hepatită C, de la introducerea acestora în anul 2000 (National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research, 2009).

Datele noi pentru anul 2008 raportate de 14 țări indică creșteri în furnizarea de seringi consumatorilor de droguri din Belgia (Comunitatea flamandă), Republica Cehă, Estonia, Ungaria, Regatul Unit (Irlanda de Nord) și Croația, confirmând astfel tendințele anterioare. Au fost raportate creșteri și în Portugalia și Lituania, unde cifrele fuseseră anterior în scădere. O scădere în comparație cu 2007 a fost raportată în Grecia, România și Slovacia, precum și în Luxemburg și Polonia, unde tendința descendentă a fost observată deja cu un an înainte. Programul din Cipru nu a fost utilizat de consumatorii de droguri.

Programele pentru ace și seringi din Europa oferă din ce în ce mai mult o serie de alte articole asociate injectării (de exemplu, recipiente pentru amestec), pentru a preveni utilizarea în comun a acestora. Acestea furnizează, de asemenea, materiale care pot fi utilizate pentru forme de consum de droguri care nu implică injectare, de exemplu

Figura 14: Seringi distribuite prin programe specializate, per consumator estimat de droguri prin injectare



NB: Pe baza datelor privind consumul prin injectare estimat pentru anii indicați și a celor mai recente date disponibile privind numărul de seringi furnizate prin programe specializate pentru ace și seringi (2006-2008). Pentru note și surse complete, a se vedea figura HSR-3 din Buletinul statistic pentru 2010.

Sursă: Punctele focale naționale Reitox.

⁽¹³⁶⁾ A se vedea tabelul HSR-6 din Buletinul statistic pentru 2009 și tabelul HSR-5 din Buletinul statistic pentru 2010. Pentru 2007/2008, datele privind numărul de seringi nu erau disponibile pentru Danemarca, Germania, Italia și Regatul Unit.

⁽¹³⁷⁾ Aceste cifre nu includ vânzările din farmacii, care pot reprezenta o sursă importantă de seringi sterile pentru consumatorii de droguri din mai multe țări.

pipe sau folie de aluminiu, pentru a încuraja consumatorii să întrerupă consumul prin injectare. Un alt exemplu de acest gen este raportat de Republica Cehă, unde agențiile cu acces necondiționat au început să furnizeze celor care consumă metamfetamine prin injectare capsule de gelatină dură care pot fi umplute cu drog și înghițite.

Țările europene au raportat evoluții recente înregistrate în diagnosticarea, prevenirea și tratamentul hepatitei cronice. Acestea includ adoptarea unor programe sau a unor planuri de acțiune specifice (de exemplu, Danemarca, Franța, Regatul Unit – Anglia, Scoția și Irlanda de Nord). Intervențiile existente includ materiale cu informații specifice; instruire privind injectarea în condiții mai sigure care se adresează consumatorilor de droguri prin injectare noi și tineri, aplicate de echipe de proximitate (de exemplu, în România) sau prin educația între colegi (de exemplu, în închisorile din Spania și Luxemburg) și consiliere și testare gratuită și ușor accesibilă. Regatul Unit raportează, de asemenea, utilizarea managementului situațiilor neprevăzute pentru a încuraja testarea. Alte măsuri raportate vizează păstrarea unor niveluri de injectare scăzute, prin reținerea la tratamentul pentru consumul de droguri și integrarea serviciilor în legătură cu hepatita virală în unități destinate consumatorilor de droguri, și revizuirea orientărilor privind tratamentul VHC în vederea îmbunătățirii accesului la un astfel de tratament (de exemplu, în Republica Cehă). Mai multe țări au lansat, de asemenea, inițiative care urmăresc sporirea cunoștințelor și creșterea gradului de conștientizare în ceea ce privește hepatita virală cronică în rândul furnizorilor de servicii sociale și de îngrijire a sănătății (Austria) și în rândul publicului (de exemplu, Germania, Irlanda, Țările de Jos).

Decese și mortalitate legate de consumul de droguri

Consumul de droguri este una dintre principalele cauze ale problemelor de sănătate și mortalității în rândul tinerilor din Europa și poate reprezenta o proporție considerabilă din totalitatea deceselor în rândul adulților. Studiile au constatat că un procent între 10 % și 23 % din mortalitatea persoanelor cu vârste cuprinse între 15 și 49 de ani poate fi atribuit consumului de opiacee (Bargagli *et al.*, 2006; Bloor *et al.*, 2008).

Mortalitatea legată de consumul de droguri cuprinde decesele cauzate în mod direct sau indirect de consumul de droguri. Sunt incluse decesele cauzate de supradoze (decese induse de droguri), HIV/SIDA, accidente de

circulație – în special în combinație cu alcoolul – violența, sinuciderea și problemele de sănătate cronică cauzate de consumul repetat de droguri (de exemplu, probleme cardiovasculare la consumatorii de cocaină) ⁽¹³⁸⁾.

Decesele induse de droguri

În perioada 1995-2007, statele membre ale UE, Croația, Turcia și Norvegia au raportat anual între 6 400 și 8 500 de decese induse de droguri. În 2007, Regatul Unit și Germania au raportat aproape jumătate din totalitatea deceselor induse de droguri. Ratele mortalității populației cauzate de supradoze variază de la o țară la alta, fiind cuprinse între 2 și puțin sub 85 de decese la o populație de un milion cu vârste între 15 și 64 de ani (cu o medie de 21 de decese la un milion în Europa). Rate de peste 20 de decese la un milion sunt constatate în 14 din 28 de țări europene și rate de peste 40 de decese la un milion sunt constatate în șase țări. În rândul europenilor cu vârste între 15 și 39 de ani, supradoza de droguri a reprezentat 4 % din totalul deceselor ⁽¹³⁹⁾. Zone cu o prevalență mai ridicată a consumului problematic de droguri pot fi afectate în proporție foarte mare. De exemplu, în 2008, rata deceselor induse de droguri în Scoția a fost de 112,5 la un milion de persoane, mult mai ridicată decât rata pentru Regatul Unit (38,7 la un milion).

Numărul raportat de decese induse de droguri poate fi influențat de prevalența și tiparele consumului de droguri (injectare, policonsum de droguri), vârsta și comorbiditățile consumatorilor de droguri și disponibilitatea serviciilor de tratament și de urgență, precum și de calitatea colectării și raportării datelor. Îmbunătățirile în ceea ce privește fiabilitatea datelor europene au permis descrieri mai bune ale tendințelor europene și naționale, iar cele mai multe țări au adoptat în prezent o definiție de caz în conformitate cu cea a OEDT ⁽¹⁴⁰⁾. Totuși, astfel de comparații între țări trebuie făcute cu precauție, deoarece există diferențe de la o țară la alta în ceea ce privește calitatea practicilor de constatare și raportare a cazurilor.

Decese legate de consumul de opiacee

Heroina

Opiaceele, în special heroina sau metaboliții acesteia, sunt prezente în majoritatea cazurilor de decese legate de consumul de droguri raportate în Europa. În cele 20 de țări care au furnizat date, opiaceele au reprezentat mai mult de trei sferturi din toate cazurile (77-100 %), 11 dintre aceste țări raportând procentaje de peste

⁽¹³⁸⁾ A se vedea „Mortalitatea legată de consumul de droguri: un concept complex” din raportul anual pentru 2008.

⁽¹³⁹⁾ A se vedea figura DRD-7 partea i și tabelele DRD-5 partea ii și DRD-107 partea i din Buletinul statistic pentru 2010.

⁽¹⁴⁰⁾ Pentru informații metodologice detaliate, a se vedea Buletinul statistic pentru 2010.

85 % ⁽¹⁴¹⁾. Substanțele descoperite adesea, pe lângă heroină, includ alcoolul, benzodiazepinele, alte opiacee și, în unele țări, cocaina. Aceasta sugerează că o proporție substanțială din toate decesele induse de droguri poate apărea într-un context de policonsum.

Bărbații sunt afectați de majoritatea deceselor prin supradoză de heroină care se produc în Europa (81 %). În majoritatea țărilor, vârsta medie a celor care sunt victimele supradozelor este de treizeci și cinci de ani, iar în multe cazuri crește, ceea ce sugerează o posibilă stabilizare sau o scădere a numărului de tineri consumatori de heroină, și o cohortă în curs de îmbătrânire de consumatori problematici de opiacee. În total, 13 % din decesele prin supradoză raportate în Europa survin în rândul celor cu vârste sub 25 de ani, deși Austria, România și Malta (numere reduse) raportează procentaje de peste 40 %. Aceasta poate indica o populație mai tânără de consumatori de heroină sau de consumatori de droguri prin injectare în aceste țări ⁽¹⁴²⁾.

Un număr de factori sunt asociați cu supradozele de heroină fatale și nefatale. Aceștia includ injectarea și consumul concomitent de alte substanțe, în special alcool, benzodiazepine și unele antidepresive. Asociate supradozelor sunt și consumul de droguri ocazional excesiv, comorbiditatea, lipsa unei locuințe, problemele de sănătate mintală (de exemplu, depresia), lipsa tratamentului pentru consumul de droguri, existența unor supradoze precedente și lipsa de sprijin în momentul supradozei (Rome *et al.*, 2008). Perioada imediat ulterioară eliberării din închisoare sau a încheierii tratamentului pentru consum de droguri este deosebit de riscantă în ceea ce privește supradozele, astfel cum se ilustrează în mai multe studii longitudinale (OMS, 2010).

Alte opiacee

Tratamentul de substituție pentru opiacee reduce considerabil riscul de supradoză fatală, astfel cum se ilustrează într-un studiu norvegian în care au fost incluse 3 800 de persoane cu până la șapte ani de monitorizare, care au indicat o reducere a mortalității în timpul tratamentului comparativ cu perioada anterioară tratamentului. Reducerea riscurilor a fost semnificativă atât pentru decesele prin supradoză (risc relativ 0,2), cât și pentru mortalitatea din orice cauză (risc relativ 0,5) (Clausen *et al.*, 2008).

Decesele care indică prezența substanțelor utilizate în tratamentul de substituție pentru opiacee sunt, de asemenea, raportate anual. Aceasta reflectă numărul mare

Supradozele nefatale de opiacee

Studiile raportează că majoritatea consumatorilor de opiacee (de obicei 50-60 %) au supraviețuit unei supradoze și că 8-12 % au luat o supradoză în ultimele șase luni, unii consumatori luând mai mult de o supradoză. Pentru fiecare deced indus de droguri, se estimează că există între 20-25 de supradoze nefatale. Numărul supradozelor nefatale care survin anual în Europa nu poate fi estimat cu precizie, deoarece monitorizarea este extrem de limitată, iar definițiile pot varia de la o țară la alta. Totuși, informațiile disponibile sugerează că ar putea exista între 120 000 și 175 000 de supradoze nefatale anual în Europa.

Supraviețuirea în cazul unei supradoze crește considerabil riscul de deces în urma unei supradoze ulterioare (Stoové *et al.*, 2009). De asemenea, supradozele nefatale pot cauza o gamă largă de boli morbide, inclusiv insuficiență pulmonară, pneumonie și deficiențe musculare. Supradozele pot cauza, de asemenea, leziuni neurologice, iar numărul de supradoze suferite este un important element predictiv al slăbirii funcției cognitive. Este posibil ca morbiditatea globală să fie mai ridicată în rândul consumatorilor mai în vârstă, mai experimentați și dependenți (Warner-Smith *et al.*, 2001).

Recunoașterea din timp a simptomelor unei supradoze de opiacee și intervenția serviciilor de urgență pot fi esențiale pentru prevenirea decesului. Contactul cu serviciile de urgență, precum și tratamentul pentru intoxicații acute reprezintă o posibilitate de a primi informații privind prevenirea supradozelor și trimiterea către consiliere și tratament.

Monitorizarea supradozelor nefatale poate permite validarea comparativă a informațiilor privind decesele legate de consumul de droguri. În Republica Cehă, de exemplu, spitalizarea pentru supradozele nefatale cu opiacee s-a redus între 2001 și 2008, reflectând reducerea numărului de decese cauzate de consumul de opiacee. În același timp, numărul supradozelor nefatale și al deceselor legate de consumul de metamfetamine a crescut.

de consumatori de droguri care urmează acest tip de tratament și nu implică faptul că aceste substanțe au fost cauza decesului. Decesele prin supradoză în rândul pacienților care urmează un tratament de substituție pot fi rezultatul policonsumului de droguri, deoarece unii pacienți care urmează un tratament pentru consum de droguri consumă încă opiacee vândute în stradă, consumă în mod regulat cantități excesive de alcool și consumă substanțe psihoactive prescrise. Cu toate acestea, majoritatea deceselor cauzate de substanțele de substituție (adesea consumate în combinație cu alte substanțe) survin în rândul

⁽¹⁴¹⁾ Deoarece majoritatea cazurilor de decese induse de droguri raportate OEDT sunt supradoze cu opiacee (în special heroină), caracteristicile generale ale deceselor induse de droguri raportate sunt prezentate pentru a descrie și analiza decesele legate de consumul de heroină. A se vedea figura DRD-1 din Buletinul statistic pentru 2010.

⁽¹⁴²⁾ A se vedea figurile DRD-2 și DRD-3 și tabelul DRD-1 partea i din Buletinul statistic pentru 2010.

persoanelor care nu urmează un tratament de substituție (Heinemann *et al.*, 2000).

Decesele cauzate de intoxicația cu buprenorfină sunt puțin frecvente, în pofida consumului în creștere al acestei substanțe în tratamentul de substituție în Europa (a se vedea capitolul 6). Totuși, în Finlanda, buprenorfina rămâne cel mai comun opiaceu detectat în autopsiile medico-legale, însă în general în combinație cu alte substanțe precum alcoolul, amfetaminele, canabisul și medicamentele sau administrată prin injectare.

În Estonia, majoritatea deceselor induse de droguri raportate în 2007 și 2008 au fost asociate consumului de 3-metilfentanil. În Finlanda, au fost raportate opiacee precum oxicodonul, tramadolul sau fentanilul, deși rolul acestor droguri în decese nu a fost specificat.

Decese legate de alte droguri

Decesele cauzate de intoxicația acută cu cocaină par să fie relativ puțin frecvente ⁽¹⁴³⁾. Totuși, deoarece supradozele de cocaină sunt mai dificil de definit și de identificat decât cele asociate opiaceelor, acestea ar putea fi subestimate.

În 2008, în 15 țări au fost raportate aproximativ 1 000 de decese legate de cocaină. Există indicii că într-un număr din ce în ce mai mare de decese induse de droguri raportate în țările europene a fost detectată cocaina, însă din cauza absenței comparabilității datelor disponibile, nu este posibilă descrierea unei tendințe la nivel european. O creștere accentuată a numărului de decese legate de cocaină din ultimii ani a fost observată în cele două țări cu cea mai ridicată prevalență a consumului de cocaină în rândul populației generale. În Spania, decesele în care a fost prezentă cocaina în absența opiaceelor au indicat o creștere accentuată între 2002 și 2007. În Regatul Unit, numărul certificatelor de deces care menționează cocaina s-a dublat între 2003 (161) și 2008 (325).

Decesele în care este identificată prezența ecstasy sunt raportate rar, iar în multe dintre aceste cazuri drogul nu a fost identificat drept cauză directă a decesului ⁽¹⁴⁴⁾. Ediția specială OEDT din 2010 privind consumul problematic de amfetamine și metamfetamine examinează datele privind decesele legate de cele două substanțe.

Tendințe în decesele induse de droguri

Numărul deceselor induse de droguri a crescut puternic în Europa în anii '80 și la începutul anilor '90, în paralel cu creșterea consumului de heroină și a consumului de droguri prin injectare, rămânând ulterior la niveluri ridicate ⁽¹⁴⁵⁾.

Decesele cauzate de cocaină

Decesele cauzate de cocaină reprezintă un fenomen mult mai complex decât supradozele de opiacee, care au o prezentare clinică relativ clară. Prin urmare, multe decese cauzate de cocaină pot să nu ajungă în atenția poliției sau a experților medico-legali din cauza formei prezentării lor și din cauza profilului social al victimelor.

Consumul de cocaină poate provoca decesul prin diferite mecanisme. Există și supradoze de cocaină pură prin mecanisme farmacologice, însă decesele sunt în general asociate doar ingerării masive a drogului. Majoritatea deceselor asociate consumului de cocaină sunt cauzate de accidente cardiovasculare sau cerebrale (Sporer, 1999). Acestea nu sunt dependente de doze, și pot surveni și în rândul consumatorilor ocazionali sau în cazul dozelor mici, în special la persoane cu probleme cardiovasculare sau cerebrale preexistente. Majoritatea deceselor în care este implicat consumul de cocaină survin, totuși, în rândul consumatorilor problematici afectați de patologii cauzate de consumul cronic de droguri (ateroscleroză coronariană, hipertrofie ventriculară sau alte probleme) (Darke *et al.*, 2006). Acestea pot fi agravate de consumul de alcool (Kolodgie *et al.*, 1999) și de fumat. Există o proporție necunoscută de decese legate de consumul de droguri în care legătura cu consumul drogului ar putea să nu fie recunoscută, din cauza absenței specificității clinice și deoarece decesul poate surveni la câteva zile sau săptămâni de la problema acută. Patologiile cauzate de consumul regulat de cocaină pot sta, de asemenea, la baza infarcturilor miocardice ulterioare declanșate de alți factori, precum consumul de tutun.

Evaluarea situației reale a problemelor de sănătate și a deceselor asociate consumului de cocaină prezintă provocări specifice și va necesita metode diferite de cele utilizate pentru decesele prin supradoze cu opiacee.

Între anii 2000 și 2003, majoritatea statelor membre ale UE au raportat o scădere (23 %), urmată de o creștere substanțială (11 %) a deceselor în perioada 2003-2007. Datele preliminare disponibile pentru 2008 indică o cifră cel puțin egală cu cea pentru anul anterior, 11 din 18 țări unde a fost posibilă o comparare raportând creșteri. Regatul Unit și Germania, unde se înregistrează majoritatea cazurilor raportate în Europa, indică o creștere progresivă, de la an la an, începând cu 2003, respectiv 2006. Alte țări (de exemplu, Franța, Finlanda, Norvegia) raportează, de asemenea, o creștere.

Motivele care stau la baza numerelor confirmate ale deceselor induse de droguri sunt dificil de explicat, în special având în vedere indiciile cu privire la scăderea consumului de droguri prin injectare și creșterea numărului de consumatori de opiacee care intră în contact cu

⁽¹⁴³⁾ A se vedea caseta „Decesele cauzate de cocaină”.

⁽¹⁴⁴⁾ Pentru date privind decesele legate de consumul de droguri altele decât heroina, a se vedea tabelul DRD-108 din Buletinul statistic pentru 2010.

⁽¹⁴⁵⁾ A se vedea figurile DRD-8 și DRD-11 din Buletinul statistic pentru 2010.

tratamentul și serviciile de reducere a riscului. Explicații posibile care necesită o analiză suplimentară includ: niveluri sporite de policonsum de droguri (OEDT, 2009d) sau comportamentul cu grad ridicat de risc, o creștere a numărului de consumatori de opiacee care recidivează la terminarea pedepselor cu închisoarea sau a tratamentului, și existența unei populații de consumatori de droguri în curs de îmbătrânire, posibil cu un grup mai vulnerabil de consumatori cronici de droguri. Mai multe țări (de exemplu, Germania, Spania, Regatul Unit) raportează o proporție crescută de cazuri de consumatori de droguri cu vârste de peste 35 de ani, ceea ce reflectă tendința ascendentă a vârstei medii a deceselor induse de droguri (figura 15).

Mortalitatea globală legată de consumul de droguri

Mortalitatea globală legată de consumul de droguri cuprinde decesele induse de droguri și decesele cauzate indirect de consumul de droguri, cum ar fi prin transmiterea bolilor infecțioase, prin probleme cardiovasculare și accidente. Numărul deceselor legate indirect de consumul de droguri este dificil de cuantificat, însă impactul acestuia asupra sănătății publice poate fi considerabil. Decesele legate de consumul de droguri sunt în special concentrate în rândul consumatorilor problematici de droguri, deși unele dintre aceste decese (de exemplu, accidentele de circulație) survin în rândul consumatorilor ocazionali.

Estimări ale mortalității totale legate de consumul de droguri pot fi obținute prin mai multe metode, de exemplu,

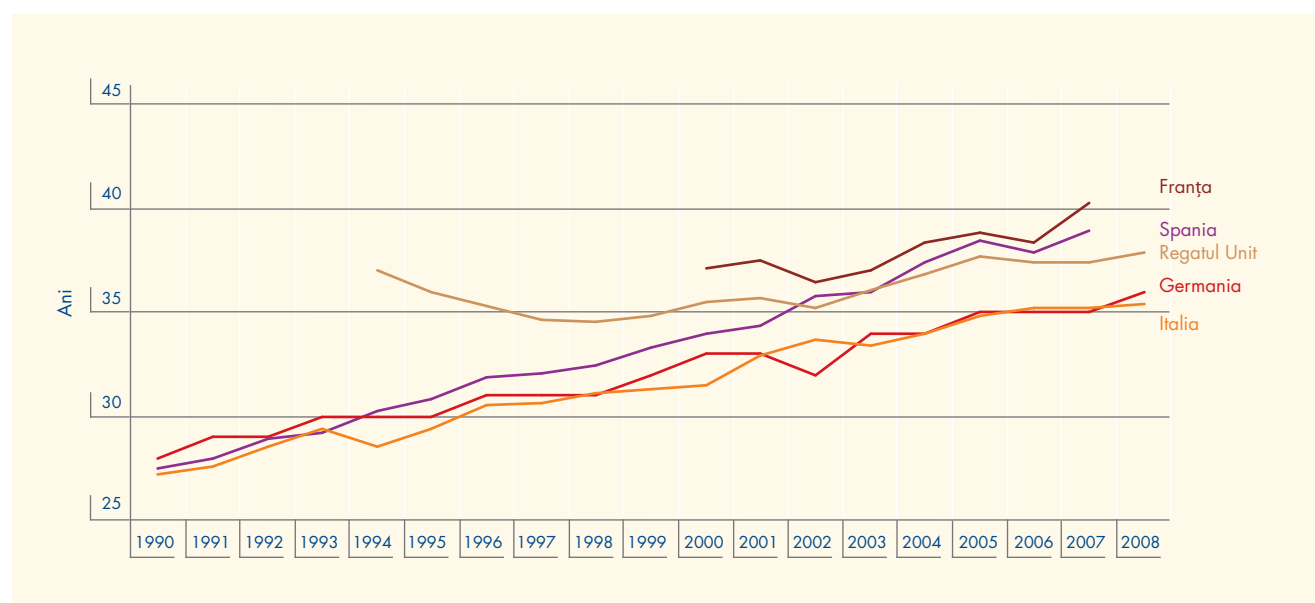
prin combinarea informațiilor din studiile de cohortă privind mortalitatea cu estimări ale prevalenței consumului. O altă abordare constă în utilizarea statisticilor generale privind mortalitatea și estimarea proporției legate de consumul de droguri.

Studii de cohortă asupra mortalității

Studiile de cohortă privind mortalitatea abordează aceleași grupuri de consumatori problematici de droguri în timp și, prin corelarea cu registrele de mortalitate, încearcă să identifice cauzele tuturor deceselor care se produc în acest grup. Acest tip de studiu poate determina ratele mortalității generale și specifice în funcție de cauză pentru cohortă și poate estima mortalitatea excesivă a grupului comparativ cu populația generală⁽¹⁴⁶⁾.

În funcție de mediile de recrutare (de exemplu, în unitățile de tratament pentru consumul de droguri) și de criteriile de includere (de exemplu, consumatorii de droguri prin injectare), majoritatea studiilor de cohortă indică rate ale mortalității în intervalul 1-2 % pe an în rândul consumatorilor problematici de droguri. Aceste rate ale mortalității sunt aproximativ de 10-20 de ori mai mari decât cele specifice aceleiași segment de vârstă din rândul populației generale. Importanța relativă a cauzelor deceselor variază de la o țară la alta și în timp. Totuși, în general, principala cauză a deceselor în rândul utilizatorilor problematici de droguri este supradoza de droguri, care reprezintă până la 50-60 % dintre decesele în rândul consumatorilor prin injectare în țările cu

Figura 15: Tendința vârstei medii a deceselor induse de droguri în unele țări europene



NB: Pentru informații suplimentare, a se vedea figura DRD-3 din Buletinul statistic pentru 2010. Datele pentru Regatul Unit se bazează pe definiția strategiei în domeniul drogurilor.
Sursă: Punctele focale naționale Reitox.

⁽¹⁴⁶⁾ Pentru informații privind studiile de cohortă asupra mortalității, a se vedea Indicatorii-cheie de pe site-ul internet al OEDT.

o prevalență scăzută a HIV/SIDA. Pe lângă HIV/SIDA și alte boli, cauze de deces raportate frecvent includ sinuciderea și abuzul de alcool, astfel cum s-a ilustrat într-un studiu recent desfășurat la Stockholm, care a constatat că 17 % din decesele din rândul unei cohorte de consumatori în special de opiacee au fost sinucideri, iar 15 % au fost accidentale. Consumul de alcool a fost implicat în 30 % din decese (Stenbacka *et al.*, 2010).

Decese legate indirect de consumul de droguri

Prin combinarea datelor rezultate din monitorizarea Eurostat și HIV/SIDA, OEDT a estimat că aproximativ 2 100 de persoane au decedat în urma infectării cu HIV/SIDA din cauza consumului de droguri în Uniunea Europeană în 2007 ⁽¹⁴⁷⁾, 90 % dintre acestea în Spania, Franța, Italia și Portugalia. În urma introducerii terapiei antiretrovirale puternic active în 1996, mortalitatea cauzată de HIV/SIDA s-a redus vizibil în majoritatea statelor membre ale UE, însă este în creștere în Estonia și Letonia din 2003. Cele mai ridicate rate ale mortalității HIV/SIDA în rândul consumatorilor de droguri sunt raportate pentru Portugalia, urmată de Estonia, Spania, Letonia și Italia, în majoritatea celorlalte țări ratele fiind scăzute ⁽¹⁴⁸⁾.

Alte boli care contribuie, de asemenea, la un procent al deceselor în rândul consumatorilor de droguri includ boli cronice cum ar fi afecțiuni ale ficatului, în special cauzate de infectarea cu hepatită C (VHC) și agravate adesea de consumul intensiv de alcool și de infectarea simultană cu HIV. Decesele cauzate de alte boli infecțioase sunt mai rare. Cauzele de deces altele decât infecțiile includ în special cancerul și problemele cardiovasculare ⁽¹⁴⁹⁾.

Altor cauze de deces în rândul consumatorilor de droguri li s-a acordat mult mai puțină atenție, în pofida unui impact semnificativ asupra mortalității. Un studiu OMS recent (Degenhardt *et al.*, 2009) a estimat că, în Europa, sinuciderile și traumele pot reprezenta aproximativ o treime din mortalitatea care poate fi atribuită consumului problematic de droguri, ceea ce ar putea implica mai multe mii de decese anual. În ceea ce privește sinuciderea în mod specific, o analiză bibliografică (Darke și Ross, 2002) a constatat că consumatorii de heroină au prezentat un risc de sinucidere de 14 ori mai ridicat decât populația generală.

Informațiile privind numărul deceselor legate de conducerea sub influența drogurilor rămân limitate. Unele studii sugerează riscuri crescute de accidente asociate consumului ilegal de droguri, și că deficiențe suplimentare

sunt provocate de consumul combinat de droguri și alcool (OEDT, 2008b).

Reducerea deceselor legate de consumul de droguri

Cincisprezece țări europene raportează că strategia lor națională în domeniul drogurilor cuprinde o parte dedicată reducerii numărului de decese induse de droguri, că astfel de politici există la nivel regional, sau că acestea au un plan de acțiune specific pentru prevenirea deceselor legate de consumul de droguri. Austria raportează că un document de strategie este în curs de elaborare.

Intervenții

Tratamentul reduce considerabil riscul mortalității consumatorilor de droguri (Davoli *et al.*, 2007), deși apar riscuri legate de toleranța la droguri la începerea sau la finalizarea tratamentului. Studiile indică faptul că riscul de deces indus de droguri în cazul recidivelor în urma tratamentului sau în săptămânile ulterioare eliberării din închisoare este extrem de ridicat. Aceasta a condus la publicarea recomandărilor OMS-Europa privind prevenirea supradozelor în închisori și îmbunătățirea continuării îngrijirilor după eliberare (OMS, 2010).

Danemarca și Norvegia au stabilit recent în orientările pe care le emit privind tratamentul de substituție că buprenorfina reprezintă o prioritate datorită profilului său de siguranță farmacologică. Spania a autorizat recent combinația buprenorfină-naloxonă pentru pacienții din programele de substituție desfășurate de sistemul național de sănătate, în scopul reducerii deceselor induse de droguri.

Pe lângă îmbunătățirea accesului la tratamentul pentru consumul de droguri, au fost studiate alte intervenții de reducere a riscurilor de supradoză la consumatorii de droguri. Aceste intervenții abordează factori personali, situaționali și legați de consumul de droguri. O evaluare recentă a dovezilor (Rome *et al.*, 2008) a recomandat creșterea gradului de conștientizare în rândul medicilor de familie asupra pericolelor prescrierii multiple, în special de antidepressive. Măsuri de control al prescrierii mai multor medicamente pacienților care urmează un tratament de substituție, și prin urmare de reducere a urgențelor care implică consumul de benzodiazepine, au fost adoptate în Luxemburg.

Furnizarea de materiale de informare este raportată ca intervenție comună de reducere a deceselor induse de

⁽¹⁴⁷⁾ A se vedea tabelul DRD-5 partea iii din Buletinul statistic pentru 2010.

⁽¹⁴⁸⁾ A se vedea figura DRD-7 partea ii din Buletinul statistic pentru 2010.

⁽¹⁴⁹⁾ În special legate de cocaină, a se vedea „Consecințele consumului de cocaină asupra sănătății” din capitolul 5.

droguri în Europa ⁽¹⁵⁰⁾. Furnizarea de educație privind prevenirea, recunoașterea și răspunsul la supradoze consumatorilor de droguri și vecinilor, prietenilor și familiilor acestora, precum și furnizorilor de servicii care lucrează cu consumatorii de droguri, este raportată de mai multe țări. Furnizarea acestor intervenții este însă deseori sporadică și limitată.

În urma unei epidemii de supradoze cu fentanil, specialiștii estonieni solicită în prezent introducerea de programe de prevenire a supradozelor în țară. Belgia, Republica Cehă, Estonia și Țările de Jos raportează funcționarea unor sisteme de avertizare rapidă care colectează și difuzează informații referitoare la drogurile noi sau la combinațiile periculoase prin agenții cu acces necondiționat, adăposturi sau unități de tratament. În Țările de Jos, un sistem de monitorizare a accidentelor de sănătate grave legate de consumul de droguri a fost testat în 2009 și este în prezent extins.

Instruirea privind supradozele, combinată cu o doză de naloxonă – care elimină efectele opioaceelor – pentru administrare la domiciliu este o abordare care ar putea salva multe vieți. Intervenția se adresează consumatorilor de droguri și familiilor acestora, persoanelor care ar putea să se afle în preajma unui consumator în momentul unei supradoze, și urmărește să le permită acestora să ia

măsuri eficiente în timp ce așteaptă sosirea serviciilor de urgență. Studiile arată că persoanele instruite au demonstrat o cunoaștere îmbunătățită a semnelor de supradoză și o încredere sporită în utilizarea naloxonei. În 2009, un proiect care furnizează pachete cu o seringă umplută în prealabil cu naloxonă unui număr de 950 de membri ai familiilor consumatorilor de droguri a fost lansat în Anglia. De asemenea, se pun la dispoziție pachete care conțin seringi umplute cu naloxonă pentru o singură injectare, ca parte a unui studiu în curs, consumatorilor de opioace eliberați din închisoare în Anglia, Scoția și Țara Galilor. Seringi umplute în prealabil sunt disponibile în Italia prin agențiile din domeniul drogurilor, sunt utilizate în cadrul unui test în Portugalia și au fost introduse în Bulgaria. Furnizarea unui spray nazal cu naloxonă a fost inițiată în cadrul unui proiect axat pe nevoile consumatorilor în Copenhaga.

Camerele supravegheate pentru consumul de droguri permit intervenția rapidă la primele semne de supradoză. Datele operaționale indică faptul că supradozele de droguri care apar în aceste unități sunt gestionate cu succes, nefiind raportate supradoze fatale. Furnizarea de ajutor imediat reduce, de asemenea, impactul supradozei nefatale, inclusiv leziunile ireversibile ale creierului și ale organelor vitale, din cauza hipoxiei (Hedrich et al., 2010).

⁽¹⁵⁰⁾ A se vedea tabelul HSR-8 din Buletinul statistic pentru 2009.

Capitolul 8

Droguri noi și tendințe emergente

Introducere

Substanțele psihoactive noi și tiparele noi ale consumului de droguri, deși de multe ori apar pentru prima dată în grupuri sociale limitate sau în puține locații, pot avea implicații importante asupra sănătății publice și asupra politicii în domeniul drogurilor. Furnizarea în timp util responsabililor politici, specialiștilor și publicului larg a unor informații obiective cu privire la noile amenințări este dificilă din punct de vedere metodologic și practic. În același timp, aceasta are o importanță din ce în ce mai mare, având în vedere natura din ce în ce mai dinamică și caracterizată de o evoluție rapidă a problemei drogurilor în Europa. Sistemul de avertizare timpurie al Uniunii Europene a fost elaborat ca mecanism de răspuns rapid în cazul apariției unor noi substanțe psihoactive pe scena drogurilor.

Un număr mare de compuși sintetici nereglementați au apărut în ultimii ani. Aceste substanțe sunt comercializate pe internet ca „droguri legale” și urmăresc eludarea controalelor în domeniul drogurilor. Acestea reprezintă o provocare pentru abordările actuale de monitorizare și control al substanțelor psihoactive noi. Astfel cum s-a analizat în prezentul capitol, în ultimii doi ani s-a observat apariția unor produse noi, care se pot fuma, alcătuite din amestecuri de plante și canabinoide sintetice, precum și o popularitate din ce în ce mai mare a mai multor catinone sintetice.

Acțiunile privind drogurile noi

În 2009, prin sistemul de avertizare timpurie au fost notificate oficial în UE 24 de substanțe psihoactive noi. Acesta este cel mai mare număr raportat într-un singur an, iar creșterea se datorează în special identificării a nouă canabinoide sintetice noi în cursul anului trecut. În 2009 au fost raportate, de asemenea, substanțe noi aparținând familiilor de substanțe chimice din care provin de obicei drogurile psihoactive noi: cinci fenetilamine, două triptamine și patru catinone sintetice. Nu au fost raportate piperazine sau plante psihoactive noi.

De la înființarea sistemului de avertizare timpurie în 1997, peste 110 substanțe au fost raportate la OEDT și Europol. În ultimii cinci ani, au apărut noi grupe de substanțe. Acestea includ diverse piperazine, catinone sintetice și canabinoide sintetice. Totuși, în ultimii doi ani în care s-au furnizat rapoarte, nu au fost identificate piperazine noi. Doar șase au fost plante sau produse din plante, și este posibil ca substanțele psihoactive sintetice să continue să fie și în viitor substanțele noi raportate cel mai frecvent.

Trei substanțe cu proprietăți medicinale au fost raportate în 2009. Acestea includ pregabalina, un medicament eliberat pe bază de rețetă comercializat sub numele de Lyrica și utilizat pentru tratarea durerii neuropatice, a epilepsiei și a tulburării anxioase generalizate. O evaluare recentă a datelor de farmacovigilență indică preocupări cu privire la abuzul de acest medicament în Finlanda, Suedia și Norvegia. Informațiile furnizate de sistemul de avertizare sugerează, de asemenea, că este posibil ca pregabalina să fi fost implicată în decesele consumatorilor din Finlanda, Suedia și Regatul Unit, unde a fost descoperită în analize toxicologice criminalistice. Rapoartele consumatorilor sugerează că pregabalina are efecte similare celor ale alcoolului, GHB (acidul gama-hidroxi-butaric), ecstasy și benzodiazepinelor. S-a raportat că acesta ameliorează simptomele de sevraj la heroină (opiacee).

Sistemul de avertizare timpurie monitorizează, de asemenea, produsele psihoactive nereglementate – așa-numitele „droguri legale” – vândute prin intermediul internetului și așa-numitelor „smart shopuri”, prezentate prin strategii de marketing sofisticate și agresive și, în anumite cazuri, intenționat etichetate necorespunzător, ingredientele declarate fiind diferite de compoziția reală. Piața „drogurilor legale” se distinge prin viteza cu care furnizorii eludează controalele în domeniul drogurilor prin furnizarea de noi alternative.

Mefedrona

Catinonele sintetice au fost raportate din ce în ce mai mult prin sistemul de avertizare timpurie în ultimii ani. În prezent, sunt monitorizate cincisprezece din aceste

Monitorizarea noilor substanțe psihoactive în Europa

Decizia Consiliului privind noile substanțe psihoactive ⁽¹⁾ stabilește un mecanism european de schimb rapid de informații privind noile substanțe psihoactive care pot reprezenta amenințări sociale și de sănătate publică (OEDT, 2007b). OEDT și Europol, în strânsă cooperare cu rețelele lor de parteneri naționali, au un rol central în punerea în aplicare a sistemului de avertizare timpurie. Odată ce o nouă substanță psihoactivă este detectată pe piața europeană, statele membre se asigură că informațiile privind producția, traficul și consumul respectivului drog sunt transmise la OEDT și Europol prin punctele focale naționale Reitox și unitățile naționale Europol. Decizia Consiliului creează, de asemenea, un cadru pentru evaluarea riscurilor asociate substanțelor noi (a se vedea OEDT, 2010b). Informațiile privind substanțele cu valoare medicinală recunoscută și stabilită pot fi comunicate reciproc și prin intermediul sistemului de avertizare timpurie, însă acestea nu pot fi supuse evaluării riscurilor conform deciziei Consiliului.

⁽¹⁾ Decizia 2005/387/JAI a Consiliului din 10 mai 2005 privind schimbul de informații, evaluarea riscurilor și controlul noilor substanțe psihoactive (JO L 127, 20.5.2005, p. 32).

substanțe, inclusiv mefedrona, metilona, metedrona și MDPV ⁽¹⁵¹⁾. Acești compuși „de sinteză” sunt derivați ai catinonei, care este unul dintre principiile psihoactive ale plantei khat (*Catha edulis*) și este structural asociată amfetaminei ⁽¹⁵²⁾.

Mefedrona este un derivat al metcatinonei – un drog controlat în temeiul Convenției ONU din 1971. Aceasta a apărut pentru prima dată în Europa în 2007 și pare să fi câștigat în popularitate în rândul tinerilor consumatori de droguri, ceea ce a condus la o cerere specifică pentru această substanță. Aceasta pare să se înregistreze în special în Regatul Unit, unde mefedrona a beneficiat de o atenție specială din partea mass-media. Rapoarte transmise de alte state membre sugerează că este utilizată și în alte țări din Europa.

Capturi ale unor cantități considerabile de mefedronă au fost raportate în 2009 în Germania, Țările de Jos, Suedia și Regatul Unit. În Suedia, rezultatele testelor toxicologice au confirmat rolul consumului de mefedronă într-un deces, iar în Regatul Unit sunt în prezent investigate mai multe decese pentru a se detecta posibila implicare a mefedronei. Măsurile de control privind mefedrona au fost introduse de curând de Danemarca, Estonia, Irlanda, Germania, România, Suedia, Regatul Unit, Croația și Norvegia.

Raportul comun OEDT-Europol privind mefedrona

OEDT și Europol au finalizat o evaluare a informațiilor disponibile privind mefedrona în ianuarie 2010, pe baza criteriilor menționate în orientările privind funcționarea sistemului de avertizare timpurie (OEDT, 2007b). Acestea includ cantitatea de materiale capturate; dovezi ale implicării crimei organizate; dovezi ale traficului internațional; proprietățile toxicofarmacologice ale substanței psihoactive; dovezi ale potențialei răspândiri ulterioare (rapide) și dovezi ale unor cazuri de intoxicare gravă sau decese.

OEDT și Europol au convenit că informațiile disponibile privind mefedrona satisfac criteriile de elaborare a unui raport comun. Raportul comun OEDT-Europol elaborat astfel a fost prezentat Consiliului Uniunii Europene, Comisiei Europene și Agenției Europene pentru Medicamente și a fost adoptată o decizie de inițiere a unei proceduri formale de evaluare a riscurilor privind substanța.

Mefedrona este disponibilă direct pe internet, unde poate fi vândută ca alternativă legală la cocaină sau ecstasy. Substanța este prezentată prin intermediul publicității sub diferite nume, precum „substanță chimică pentru cercetare”, „săruri de baie”, „pentru cercetare în domeniul botanicii”, „hrană pentru plante” sau „hrănitore de plante”, adesea cu o notă în care se specifică „nu este destinat consumului uman”, pentru a fi eludate eventualele mecanisme de control. De multe ori, lista de ingrediente nu prezintă nicio indicație privind prezența substanțelor psihoactive. O căutare a magazinelor online de mefedronă desfășurată în martie 2010 în limba engleză a arătat că cel puțin 77 de site-uri internet vindeau substanța. Majoritatea acestor site-uri internet vindeau doar mefedronă și erau din Regatul Unit. În urma clasificării mefedronei în Regatul Unit și a altor catinone sintetice drept droguri controlate, în aprilie 2010, majoritatea site-urilor internet pentru vânzarea mefedronei au dispărut.

Datele privind utilizarea a 29 de substanțe, inclusiv a unui număr de „droguri legale”, au fost colectate în cadrul unui sondaj online desfășurat la sfârșitul anului 2009, în colaborare cu Mixmag, revista de muzică dance din Regatul Unit ⁽¹⁵³⁾. Mefedrona a fost raportată drept al patrulea dintre drogurile consumate cel mai frecvent (după canabis, ecstasy și cocaină) și cel mai consumat „drog legal” printre cei 2 295 de respondenți. Aproximativ o treime (33,6 %) au raportat consumul mefedronei în

⁽¹⁵¹⁾ Mefedrona (4-metilmecatinona); metilona (3,4-metilenedioximetcatinona); metedrona (4-metoximetcatinona); MDPV (3,4-metilenedioxipirovaleronă).

⁽¹⁵²⁾ Profilul drogurilor privind derivații sintetici ai catinonei și khat este disponibil pe situl internet al OEDT.

⁽¹⁵³⁾ Comunicare individuală din partea lui Adam Winstock, King's College, Londra.

ultima lună, 37,3 % în ultimul an și 41,7 % la un moment dat. Cifrele referitoare la metilona au fost 7,5 %, 10,0 %, respectiv 10,8 %. Diferența mică dintre consumul în ultima lună și prevalența pe parcursul vieții sugerează un fenomen nou care se propagă extrem de rapid. Aceste rezultate nu pot, totuși, să fie considerate ca reprezentând populația la nivel extins a celor care frecventează cluburile, datorită limitărilor metodologice ale studiilor online; astfel de studii pot, totuși, furniza acces rapid la populații-țintă (Verster et al., 2010).

Monitorizarea magazinelor de droguri online

Începând din 2006, sistemul de avertizare timpurie monitorizează anual comercializarea noilor substanțe psihoactive pe internet. Modificările metodelor utilizate au sporit calitatea și acoperirea studiilor, însă datele pentru ani diferiți nu sunt direct comparabile.

În 2010, au fost identificate 170 de magazine de droguri online, dintre care 30 ofereau atât „droguri legale”, cât și ciuperci halucinogene, în general existând o gamă variată de produse din ambele grupuri: 34 ofereau doar ciuperci halucinogene și 106 vindeau „droguri legale”, însă nu și ciuperci halucinogene ⁽¹⁵⁴⁾.

Numărul comercianților de ciuperci halucinogene pare să fi crescut începând cu 2006, când au fost identificate 39 de magazine care vindeau astfel de produse (OEDT, 2006). În 2010, au fost identificate 64 de magazine online care vindeau ciuperci halucinogene, majoritatea dintre acestea vânzând mai degrabă kituri de creștere, spori și muscărișă, (*Amanita muscaria*) decât ciuperci care conțin psilocibină.

În studiul online desfășurat în 2009, axat doar pe „drogurile legale”, cel mai mare număr de magazine de droguri online au avut sediul în Regatul Unit, urmate de cele din Germania și Țările de Jos. Prezentarea succintă pentru 2010, care a avut o sferă de cuprindere extinsă, a indicat un tipar diferit, 38 de magazine online având sediul în Țările de Jos, 20 în Regatul Unit și 20 în Germania. Țările în care au fost localizate cel puțin cinci magazine online includ Polonia, Franța și Ungaria, în timp ce un număr mai mic de magazine a fost raportat pentru Republica Cehă, Spania, Portugalia, Slovacia, Italia și Suedia. Treizeci și opt de magazine online aveau sediul în Statele Unite, iar locația a 15 magazine online nu a putut fi stabilită. Spre deosebire de magazinele online cu sediul în Regatul Unit, multe dintre cele cu sediul în Țările de Jos sunt asociate cu magazine specializate. În total, 73 % dintre magazinele online utilizează limba engleză, în 42 % dintre acestea limba engleză fiind singura utilizată.

Prezentare succintă a magazinelor de droguri online: metode

Studiul din 2010 a fost desfășurat între 25 ianuarie și 5 februarie și a vizat magazinele de droguri online (vânzare cu amănuntul și cu ridicata) accesibile oricărui utilizator european de internet interesat să cumpere „droguri legale” (inclusiv „spice”), GHB/GBL sau ciuperci halucinogene. Magazinele online care nu ofereau transport în cel puțin un stat membru UE nu au fost incluse.

Inițial au fost testate șiruri de căutare în limba engleză pentru a fi identificate cele care prezintă cea mai mare proporție de rezultate relevante. Au fost efectuate apoi căutări în 15 limbi vorbite ca limbă maternă de 84 % din populația Uniunii Europene ⁽¹⁾. Au fost utilizate trei motoare de căutare diferite: Metacrawler, Google și un motor de căutare „național” în funcție de țară și de limbă.

Eșantionarea a constat în examinarea primelor 100 de linkuri și a continuat până în momentul în care 20 de linkuri consecutive s-au dovedit a fi irelevante. Pentru fiecare site identificat, au fost colectate următoarele informații: produse de vânzare, descrieri ale produselor, prețuri, disponibilitate în stoc, țări de livrare, ingrediente, avertismente pentru sănătate și evaluări ale consumatorilor.

⁽¹⁾ Cehă, daneză, engleză, franceză, germană, greacă, italiană, maghiară, malteză, olandeză, polonă, portugheză, slovacă, spaniolă și suedeză.

Fenomenul produselor de tip „spice”

Produsele de tip „spice” sunt vândute pe internet și în magazine specializate ca amestecuri pentru fumat. În 2008, chimiștii criminaliști au descoperit că „spice” nu este un produs inofensiv din plante, așa cum se pretindea. Constituenții psihoactivi reali ai produselor de tip „spice” au fost identificați ca aditivi sintetici: substanțe precum agonistul receptorului de canabinoide ⁽¹⁵⁵⁾ JWH-018, care imită efectele tetrahidrocanabinolului (THC) din cannabis.

Așa-numitul fenomen „spice” a continuat să beneficieze de o atenție deosebită în 2009. Pe parcursul anului, ambalajele cu numele și marca produselor de tip „spice” s-au diversificat. Compușii psihoactivi adăugați acestor produse au continuat să se modifice, ca răspuns la noile măsuri de control (OEDT, 2009f). Nouă canabinoide sintetice noi au fost raportate prin sistemul de avertizare timpurie în 2009 ⁽¹⁵⁶⁾.

Variatatea și numărul canabinoidelor sintetice, sau a altor substanțe, care pot fi adăugate la produsele din plante prezintă provocări în ceea ce privește identificarea, monitorizarea și analiza de risc a acestora. Nu se cunoaște aproape nimic despre profilul farmacologic,

⁽¹⁵⁴⁾ A se vedea caseta „Prezentare succintă a magazinelor de droguri online: metode”.

⁽¹⁵⁵⁾ Un agonist este o substanță chimică care se leagă de un receptor specific al unei celule și declanșează o activitate a celulei. Un agonist imită de multe ori acțiunea substanțelor endogene sau de origine naturală.

⁽¹⁵⁶⁾ A se vedea Profilul de drog Canabinoide sintetice și „spice” pe situl internet al OEDT.

toxicologic și de siguranță al acestor compuși la oameni. Tipul și cantitatea de canabinoide sintetice adăugate pot, de asemenea, să varieze considerabil, iar unii dintre acești compuși pot fi puternic activi în doze foarte mici. Drept rezultat, nu poate fi exclusă supradoza accidentală cu un risc de complicații severe psihiatrice sau de altă natură.

Niciunul dintre canabinoidele sintetice nu este controlat în temeiul convențiilor ONU, și nu există informații că vreunul dintre acestea ar fi fost autorizat ca produs medicamentos în Uniunea Europeană. La momentul elaborării prezentului document, mai multe state membre interzisese sau controlau în alt mod produsele „spice”, cele asemănătoare „spice” și compușii aferenți ⁽¹⁵⁷⁾. Ingredientele despre care se susține că sunt din plante ale produselor de tip „spice” nu sunt controlate la nivel internațional, însă unele state membre (Letonia, Polonia, România) au introdus unul sau două astfel de produse pe lista lor cu substanțe controlate. În afara Uniunii Europene, Elveția controlează „amestecuri de iarbă de tip «spice»” în temeiul reglementărilor sale în domeniul alimentar.

În ancheta online desfășurată în 2010, numărul magazinelor online care oferă produse „spice” a scăzut brusc în comparație cu anul precedent. Deși are o sferă de cuprindere mai mare, ancheta din 2010 a identificat doar 21 de magazine care oferă produse de tip „spice”, față de 55 în 2009. În acest an, două magazine online care ofereau produse „spice” aveau sediul în Regatul Unit, în scădere de la 23, anul trecut. În cea mai recentă prezentare succintă, 15 magazine au afirmat că au disponibile produse „spice”, opt dintre acestea menționând sediul lor: trei în Statele Unite și câte unul în Spania, Polonia, Portugalia, România și Regatul Unit. Celelalte șase magazine online care ofereau produse de tip „spice” au raportat că au epuizat stocurile, și utilizau probabil numele mărcii pentru a atrage clienți.

Spre deosebire de drogurile ilegale, nu au fost raportate capturi mari de produse de tip „spice”, iar rapoartele privind infracțiuni asociate cu acest fenomen lipsesc. Aceasta, împreună cu cunoștințele limitate privind compoziția chimică și efectele noilor componente, creează o „zonă gri” în jurul monitorizării acestor produse.

Prevalența consumului „drogurilor legale”

Termenul „droguri legale” cuprinde o gamă variată de produse, de la amestecuri din plante la droguri sintetice sau „de sinteză” și „pilule pentru petreceri”, care sunt consumate în diferite moduri (fumate, prizate, ingerate).

De asemenea, aceste produse pot fi comercializate ca odorizante de cameră, arome din plante sau săruri de baie, deși sunt destinate unei utilizări diferite. Această diversitate îngreunează colectarea și interpretarea datelor privind prevalența „drogurilor legale”.

Un număr foarte mic de studii recente raportează date privind prevalența consumului de „droguri legale”. Un studiu efectuat în Polonia în 2008 în rândul elevilor de 18 ani a constatat că 3,5 % dintre aceștia au consumat „droguri legale” cel puțin o dată, o cifră comparabilă cu cea pentru ciupercile halucinogene (3,6 %). Consumul de „droguri legale” în ultimele 12 luni a fost raportat de 2,6 % dintre elevi ⁽¹⁵⁸⁾.

O anchetă desfășurată în rândul a 1 463 de elevi cu vârste între 15 și 18 ani în școli de formare teoretică și profesională din Frankfurt a constatat că aproximativ 6 % dintre respondenți au raportat că au consumat produse de tip „spice” cel puțin o dată, iar 3 % au consumat astfel de produse în ultimele 30 de zile. Este posibil ca aceste cifre să fi fost influențate de atenția acordată de mass-media produselor de tip „spice” în momentul desfășurării anchetei, deoarece doar 1 % dintre respondenți au raportat consumul de produse de tip „spice” de mai mult de cinci ori. Aproape două treimi dintre cei care au raportat că au consumat cel puțin o dată produse de tip „spice” au raportat, de asemenea, că au consumat cannabis în ultima lună.

Ultima anchetă online a Mixmag, vizând persoanele care frecventează cluburile din Regatul Unit, a constatat că 56,6 % dintre respondenți au raportat că au consumat „droguri legale”. Acestea au inclus produse din plante de tip „spice” și „magic”, pilule pentru petreceri BZP și alte pilule pentru petreceri, cu o prevalență a consumului în ultima lună de 2,0 %, 4,6 %, respectiv 5,3 %. Respondenții au raportat că au obținut aceste droguri de la prieteni (95 %) sau le-au achiziționat de pe site-uri internet (92 %), din magazine (78 %), de la tarabe în timpul festivalurilor (67 %) sau de la dealeri (51 %).

Monitorizarea altor substanțe

Piperazine: BZP și mCPP

Înregistrarea și interpretarea datelor privind consumul de piperazine au devenit din ce în ce mai complicate. Aceasta se datorează amestecurilor multiple de substanțe care pot fi găsite în prafuri și comprimate ⁽¹⁵⁹⁾, dar și din

⁽¹⁵⁷⁾ Danemarca, Germania, Estonia, Irlanda, Franța, Letonia, Lituania, Luxemburg, Austria, Polonia, România, Suedia, Regatul Unit.

⁽¹⁵⁸⁾ Ancheta CBOS 2008 pe un eșantion de 1 400 de adolescenți în ultimii ani de liceu; 15 % dintre participanți au raportat că au consumat droguri în ultimele 12 luni.

⁽¹⁵⁹⁾ De exemplu: BZP (1-benzilpiperazină); CPP (clorofenilpiperazină); TFMPP (1-(3-trifluorometilfenil)-piperazină) și DBZP (1,4-dibenzilpiperazină). CPP are trei izomeri de poziție, care sunt adesea dificil de diferențiat, dintre care mCPP (1-(3-clorofenil)piperazină) este cel mai prevalent.

cauza faptului că piperazinele sunt, de asemenea, combinate cu alte droguri, precum amfetamina și MDMA. În plus, laboratoarele de știință criminalistică nu dețin întotdeauna resurse pentru a identifica toate elementele componente ale amestecurilor, în special acelea care nu sunt sub control.

Disponibilitatea BZP pare să se fi redus în urma deciziei Consiliului din 2008 ca această substanță să intre sub incidența măsurilor de control în Uniunea Europeană ⁽¹⁶⁰⁾. Totuși, unele state membre continuă să raporteze capturi de BZP de mari dimensiuni.

În 2009, mCPP a continuat să fie cel mai ușor de procurat „drog sintetic nou” ⁽¹⁶¹⁾ pe piața europeană a ecstacy, fie individual, fie în combinație cu MDMA. Informațiile care provin de la sistemul de avertizare timpurie, inclusiv declarațiile consumatorilor din Țările de Jos și capturile din Danemarca și Regatul Unit, sugerează că proporția comprimatelor de ecstacy care conțin mCPP (sau piperazine în general) a înregistrat o creștere accentuată în prima jumătate a anului 2009, posibil depășind numărul comprimatelor de ecstacy care conțin MDMA. Sistemul de monitorizare a informațiilor privind drogurile din Țările de Jos a raportat că numărul eșantioanelor prezentate de consumatori pentru analiză s-a dublat în comparație cu anii precedenți, probabil datorită creșterii îngrijorărilor cu privire la efectele adverse ale piperazinelor. Este posibil ca proporția comprimatelor de ecstacy care conțin aceste substanțe să se fi redus în cea de a doua jumătate a anului 2009, însă, în Regatul Unit, scăderea ar putea fi parțial compensată de creșterea disponibilității derivaților de catinonă.

Aceste schimbări reflectă sporirea complexității pieței ecstacy-ului, care poate fi explicată prin fluctuații ale disponibilității PMK, precursor chimic esențial pentru obținerea MDMA.

GHB/GBL și ketamina

GHB (acidul gama-hidroxitubiric) se află sub incidența controlului internațional din 2001, în timp ce ketamina, care este un produs medicamentos, poate fi controlată în

statele membre conform legislației acestora privind drogurile sau medicamentele. Utilizarea gama-butirolactonei (GBL), care este transformată rapid în GHB atunci când este ingerată, a suscitată, de asemenea, preocupări recente în Europa. GBL este considerat un „precursor necontrolat de droguri” la nivel european, și este inclus în programul de monitorizare voluntară a precursorilor de droguri. Unele țări (Italia, Letonia, Austria, Suedia, Regatul Unit, Norvegia) controlează acest precursor în temeiul legislației lor naționale privind drogurile.

Prevalența consumului de GHB și ketamină în rândul populației generale este redusă, dar poate fi mult mai mare în grupuri, situații și zone geografice specifice. Ancheta online a Mixmag vizând persoanele care frecventează cluburile din Regatul Unit a constatat că în ultima lună prevalența consumului era de 1,7 % pentru GHB și 1,6 % pentru GBL, însă de 32,4 % pentru ketamină. O anchetă desfășurată în 2003 și 2008 în rândul persoanelor care frecventează cluburi în Amsterdam (646 de respondenți) a raportat o ușoară creștere a prevalenței din ultima lună a consumului de GHB, de la 4,2 % la 4,7 %. În Republica Cehă, o anchetă din 2008 în rândul a 363 de persoane care frecventează cluburi a constatat o prevalență în ultima lună a consumului de 0,3 % pentru GHB și de 0,6 % pentru ketamină. În Londra, o anchetă în rândul a 173 de persoane care frecventează cluburi care au solicitat asistență medicală la o cameră medicală amenajată în club a constatat că două treimi au solicitat asistență din cauza consumului de GHB/GBL (Wood *et al.*, 2009). O anchetă realizată în mod regulat în rândul elevilor cu vârste între 15 și 16 ani din Frankfurt a constatat că numărul celor cărora li se oferă GHB a crescut de la 1 % în 2002 la 5 % în 2008.

Prezentarea succintă pentru 2010 referitoare la internet a OEDT a constatat că niciun magazin online înregistrat în UE nu oferă GHB, însă GBL a fost găsit în patru magazine online. Totuși, niciunul dintre acestea nu părea să prezinte GBL drept drog sau să dea de înțeles că ar putea fi utilizat pentru proprietățile sale psihoactive.

⁽¹⁶⁰⁾ Decizia 2008/206/JAI a Consiliului din 3 martie 2008 privind definirea 1-benzilpiperazinei (BZP) drept substanță psihoactivă nouă care trebuie supusă unor măsuri de control și unor dispoziții penale (JO L 63, 7.3.2008).

⁽¹⁶¹⁾ mCPP nu este controlat la nivel internațional, însă mai multe țări europene au pus în aplicare măsuri de control în ultimii ani (Belgia, Cipru, Danemarca, Germania, Grecia, Ungaria, Letonia, Lituania, Malta, România, Slovacia, Croația, Turcia, Norvegia).



Bibliografie ⁽¹⁶²⁾

- Agrawal, A. și Lynskey, M.T. (2006), „The genetic epidemiology of cannabis use, abuse and dependence”, *Addiction* 101, pp. 801-812.
- Amato, L., Minozzi, S., Pani, P.P. și Davoli, M. (2007), „Antipsychotic medications for cocaine dependence”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, ediția 3.
- Ballotta, D., Bergeron, H. și Hughes, B. (2008), „Cannabis control in Europe” in: *A cannabis reader: global issues and local experiences*, Monografie OEDT nr. 8, volumul 1, Oficiul pentru Publicații al Uniunii Europene, Luxemburg, pp. 97-117.
- Bargagli, A.M., Hickman, M., Davoli, M., Perucci, C.A., Schifano, P. et al. (2006), „Drug-related mortality and its impact on adult mortality in eight European countries”, *European Journal of Public Health* 16, pp. 198-202.
- Bloor, M., Gannon, M., Hay, G., Jackson, G., Leyland, A.H. și McKeganey, N. (2008), „Contribution of problem drug users' deaths to excess mortality in Scotland: secondary analysis of cohort study”, *BMJ* 337:a478.
- Bravo, M.J., Barrio, G., de la Fuente, L., Royuela, L., Domingo, L. și Silva, T. (2003), „Reasons for selecting an initial route of heroin administration and for subsequent transitions during a severe HIV epidemic”, *Addiction* 98, pp. 749-760.
- Bruce, R.D., Govindasamy, S., Sylla, L., Kamarulzaman, A. și Altice, F.L. (2009), „Lack of reduction in buprenorphine injection after introduction of co-formulated buprenorphine/naloxone to the Malaysian market”, *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 35, pp. 68-72.
- Brugal, M.T., Pulido, J., Toro, C., de la Fuente, L., Bravo, M.J. et al. (2009), „Injecting, sexual risk behaviors and HIV infection in young cocaine and heroin users in Spain”, *European Addiction Research* 15, pp. 171-178.
- Calafat, A., Juan, M. și Duch, M.A. (2009), „Preventive interventions in nightlife: a review”, *Adicciones* 21, pp. 387-414.
- Carpenter, K.M., McDowell, D., Brooks, D.J., Cheng, W.Y. și Levin, F.R. (2009), „A preliminary trial: double-blind comparison of nefazodone, bupropion-SR, and placebo in the treatment of cannabis dependence”, *American Journal of Addiction* 18, pp. 53-64.
- Castells, X., Casas, M., Pérez-Mañá, C., Roncero, C., Vidal, X. și Capellà, D. (2010), „Efficacy of psychostimulant drugs for cocaine dependence”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, ediția 2.
- Chabrol, H., Roura, C. și Armitage, J. (2003), „Bongs, a method of using cannabis linked to dependence”, *Canadian Journal of Psychiatry* 48, p. 709.
- Clausen, T., Anchersen, K. și Waal, H. (2008), „Mortality prior to, during and after opioid maintenance treatment (OMT): a national prospective cross-registry study”, *Drug and Alcohol Dependence* 94, pp. 151-157.
- CND (Commission on Narcotic Drugs) (2009), *World drug situation with regard to drug trafficking: report of the Secretariat*, Comisia pentru stupefiante a Organizației Națiunilor Unite, Viena.
- Coffey, C., Carlin, J.B., Lynskey, M., Li, N. și Patton, G. (2003), „Adolescent precursors of cannabis dependence: findings from the Victorian Adolescent Health Cohort Study”, *British Journal of Psychiatry* 182, pp. 330-336.
- Comisia Europeană (2009a), *Economic Crisis in Europe: causes, consequences and responses*, European Economy 7/2009, Oficiul pentru Publicații al Uniunii Europene, Luxemburg.
- Comisia Europeană (2009b), *First progress report on the implementation of the EU alcohol strategy* (disponibil online).
- Comptroller and Auditor General (2009), *Drug addiction treatment and rehabilitation*, Comptroller and Auditor General Special Report (disponibil online).
- Connolly, J., Foran, S., Donovan, A.M. et al. (2008), *Crack cocaine in the Dublin region: an evidence base for a Dublin crack cocaine strategy*, HRB Research Series 6, Consiliul de Cercetare în Domeniul Sănătății, Dublin (disponibil online).
- Costa Storti, C. și De Grauwe, P. (2010), „Modelling disorganized crime: the cannabis market”, *Bulletin of Narcotic Drugs* (în curs de apariție).
- CPT (Comitetul european pentru prevenirea torturii și a tratamentului sau pedepselor inumane sau degradante) (2006), *The CPT standards – „Substantive” sections of the CPTs General Reports*, CPT/Inf/E (2002)1-Rev.2006 (disponibil online).

⁽¹⁶²⁾ Hiperlinkuri către sursele online se găsesc în versiunea PDF a raportului anual, disponibil pe site-ul internet al OEDT (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2010>).

- Craine, N., Hickman, M., Parry, J.V. et al. (2009), „Incidence of hepatitis C in drug injectors: the role of homelessness, opiate substitution treatment, equipment sharing, and community size”, *Epidemiology and Infection* 137, pp. 1255-1265.
- Cunningham, J.A. (2000), „Remissions from drug dependence: is treatment a prerequisite?”, *Drug and Alcohol Dependence* 59, pp. 211-213.
- Darke, S. și Ross, J. (2002), „Suicide among heroin users: rates, risk factors and methods”, *Addiction* 97, pp. 1383-1394.
- Darke, S., Kaye, S. și Dufflou, J. (2006), „Comparative cardiac pathology among deaths due to cocaine toxicity, opioid toxicity and non-drug-related causes”, *Addiction* 101, pp. 1771-1777.
- Davoli, M., Bargagli, A.M., Perucci, C.A. et al. (2007), „Risk of fatal overdose during and after specialised drug treatment: the VEdette study, a national multi-site prospective cohort study”, *Addiction* 102, pp. 1954-1959.
- Decorte, T. (2000), *The taming of cocaine: cocaine use in European and American cities*, University Press, Belgia.
- Degenhardt, L., Hall, W., Warner-Smith, M. și Linskey, M. (2009), „Illicit drug use”, in: *Comparative quantification of health risks. Global and regional burden of disease attributable to major risk factors*. Volumul 1, Majid Ezzati et al. (editori), Organizația Mondială a Sănătății, Geneva (disponibil online).
- Derzon, J.H. (2007), „Using correlational evidence to select youth for prevention programming”, *Journal of Primary Prevention* 28, pp. 421-447.
- Direcția Generală Sănătate și Consumatori (2008), *Final report on prevention, treatment, and harm reduction services in prison, on reintegration services on release from prison and methods to monitor/analyse drug use among prisoners*, Direcția Generală Sănătate și Consumatori, Bruxelles (disponibil online).
- ECDC și Biroul regional pentru Europa al Organizației Mondiale a Sănătății (2009), *HIV/AIDS surveillance in Europe 2008*, Centrul European de Prevenire și Control al Bolilor, Stockholm.
- Eisenbach-Stangl, I., Moskalewicz, J. și Thom, B. (Eds.) (2009), *Two worlds of drug consumption in late modern societies*, Ashgate, Farnham (UK).
- Escots, S. și Suderie, G. (2009), *Usages problématiques de cocaïne, quelles interventions pour quelles demandes?*, Tendances 68, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, Paris.
- Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F., Burkhart, G., Bohrn, K., Cuomo, L. et al. (2010), „The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: 18-month follow-up of the EU-Dap cluster randomized controlled trial”, *Drug and Alcohol Dependence* 108, pp. 56-64.
- Fergusson, D.M., Horwood, L.J., Lynskey, M.T. și Madden, P.A.F. (2003), „Early reactions to cannabis predict later dependence”, *Archives of General Psychiatry* 60, pp. 1033-1039.
- Fletcher, A., Bonell, C. și Hargreaves, J. (2008), „School effects on young people's drug use: a systematic review of intervention and observational studies”, *Journal of Adolescent Health* 42, pp. 209-220.
- Gates, S., Smith, L.A. și Foxcroft, D. (2006), „Auricular acupuncture for cocaine dependence”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, ediția 1.
- Gossop, M., Stewart, D., Browne, N. și Marsden, J. (2003), „Methadone treatment for opiate dependent patients in general practice and specialist clinic settings: outcomes at 2-year follow-up”, *Journal of Substance Abuse Treatment* 24, pp. 313-321.
- Gowing, L., Ali, R. și White, J.M. (2010), „Opioid antagonists under heavy sedation or anaesthesia for opioid withdrawal”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, ediția 1.
- Grund, J.P., Coffin, P., Jauffret-Roustide, M. et al. (2010), „The fast and the furious: cocaine, amphetamines and harm reduction”, în *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*, Monografie OEDT, Rhodes, T. și Hedrich, D. (editori), Oficiul pentru Publicații al Uniunii Europene, Luxemburg, pp. 191-232.
- Hall, W. și Degenhardt, L. (2009), „Adverse health effects of non-medical cannabis use”, *Lancet* 374, pp. 1383-1391.
- Hedrich, D., Kerr, T. și Dubois-Arber, F. (2010), „Drug consumption facilities in Europe and beyond”, în *Harm reduction: evidence and impacts*, Monografie OEDT, Rhodes, T. și Hedrich, D. (editori), Oficiul pentru Publicații al Uniunii Europene, Luxemburg, pp. 305-331.
- Heinemann, A., Iwersen-Bergmann, S., Stein, S., Schmoldt, A. și Puschel, K. (2000), „Methadone-related fatalities in Hamburg 1990-1999: implications for quality standards in maintenance treatment?”, *Forensic Science International* 113, pp. 449-455.
- Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T. et al. (2009), *The ESPAD report 2007: alcohol and other drug use among students in 35 European countries*, Consiliul suedez pentru informații privind alcoolul și alte droguri (CAN), Stockholm.
- Hoare, J. (2009), „Drug misuse declared: findings from the 2008/09 British Crime Survey”, *Home Office Statistical Bulletin* 12/09.
- Hutchinson, S.J., Taylor, A., Gruer, L., Barr, C., Mills, C. et al. (2000), „One-year follow-up of opiate injectors treated with oral methadone in a GP-centred programme”, *Addiction* 95, pp. 1055-1068.
- INCB (International Narcotics Control Board) (2010a), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances*, Organizația Națiunilor Unite, New York (disponibil online).
- INCB (2010b), *Report of the International Narcotics Control Board for 2009*, Organizația Națiunilor Unite, New York (disponibil online).

- Irish Prison Service (2009), *Irish Prison Service annual report 2008* (disponibil online).
- Kimber, J., Palmateer, N., Hutchinson, S. et al. (2010), „Harm reduction among injecting drug users: evidence of effectiveness”, în *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*, Monografie OEDT, Rhodes, T. și Hedrich, D. (editori), Oficiul pentru Publicații al Uniunii Europene, Luxemburg, pp. 115-163.
- King, L.A. (2009), *Forensic chemistry of substance misuse: a guide to drug control*, Royal Society of Chemistry, Cambridge.
- Kipke, I., Karachaliou, K., Pirona, A. și Pfeiffer-Gerschel, T. (2009), „Bewährtes übertragen: Modelle der Cannabisbehandlung für die Praxis”, *Sucht* 55, pp. 365-368.
- Kleber, H.D., Weiss, R.D., Anton, R.F. Jr., George, T.P., Greenfield, S.F. et al. (2007), *American Psychiatric Association; Steering Committee on Practice Guidelines: Treatment of patients with substance use disorders*, second edition, *American Journal of Psychiatry* 164 (4 Suppl), pp. 5-123.
- Knapp, W.P., Soares, B.G., Farrel, M. și Lima, M.S. (2007), „Psychosocial interventions for cocaine and psychostimulant amphetamines related disorders”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, ediția 3.
- Kolodgie, F.D. et al. (1999), „Cocaine-induced increases in the permeability function of human vascular endothelial cell monolayers”, *Experimental and Molecular Pathology* 66, pp. 109-122.
- Koning, I.M., Vollebergh, W.A.M., Smit, F., Verdurmen, J.E.E., Van den Eijnden, R.J.J.M. et al. (2009), „Preventing heavy alcohol use in adolescents (PAS): cluster randomized trial of a parent and student intervention offered separately and simultaneously”, *Addiction* 104, pp. 1669-1678.
- Levin, F.R. și Kleber, H.D. (2008), „Use of dronabinol for cannabis dependence: two case reports and review”, *American Journal of Addiction* 17, pp. 161-164.
- Marsden, J., Eastwood, B., Bradbury, C., Dale-Perera, A., Farrell, M. et al. (2009), „Effectiveness of community treatments for heroin and crack cocaine addiction in England: a prospective, in-treatment cohort study”, *Lancet* 374, pp. 1262-1270.
- Martell, B.A., Orson, F.M., Poling, J., Mitchell, E., Rossen, R.D. et al. (2009), „Cocaine vaccine for the treatment of cocaine dependence in methadone-maintained patients: a randomized, double-blind, placebo-controlled efficacy trial”, *Archives of General Psychiatry* 66, pp. 1116-1123.
- Mathers, B., Degenhardt, L., Ali, H., Wiessing, L., Hickman, M. et al. (2010), „HIV prevention, treatment and care for people who inject drugs: a systematic review of global, regional and country level coverage”, *Lancet* 375, pp. 1014-1028.
- Mathers, B., Degenhardt, L., Phillips, B., Wiessing, L., Hickman, M. et al. (2008), „Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review”, *Lancet* 372, pp. 1733-1745.
- Mattick, R.P., Breen, C., Kimber, J. și Davoli, M. (2009), „Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, ediția 3.
- McCambridge, J., Slym, R.L. și Strang, J. (2008), „Randomized controlled trial of motivational interviewing compared with drug information and advice for early intervention among young cannabis users”, *Addiction* 103, pp. 1819-1820.
- Measham, F. și Moore, K. (2009), „Repertoires of distinction: exploring patterns of weekend polydrug use within local leisure scenes across the English night time economy”, *Criminology and Criminal Justice* 9, pp. 437-464.
- Meijers, R. (2007), *Toxicity of cocaine adulterants*, Trimbo's Instituut, Utrecht.
- Miller, W.R., Sorensen, J.L., Selzer, J.A. și Brigham, G.S. (2006), „Disseminating evidence-based practices in substance abuse treatment: A review with suggestions”, *Journal of Substance Abuse Treatment* 31, pp. 25-39.
- Minozzi, S., Amato, L., Davoli, M., Farrell, M., Lima Reisser, A. et al. (2008), „Anticonvulsants for cocaine dependence”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, ediția 2.
- Moore, T.H., Zammit, S., Lingford-Hughes, A., Barnes, T.R., Jones, P.B. et al. (2007), „Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review” *Lancet* 370, pp. 319-328.
- Muscat, R. (Ed.) (2008), *From a policy on illegal drugs to a policy on psychoactive substances*, Publicație a Consiliului Europei, Strasbourg.
- National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research (2009), *Return on investment 2: Evaluating the cost-effectiveness of needle and syringe programs in Australia*, Sydney (disponibil online).
- NOMS (National Offender Management Service) (2009), *National Offender Management Service drug strategy 2008-2011*, Ministerul Justiției, Londra.
- NPIA (National Policing Improvement Agency) (2009), *Digest*, martie (disponibil online).
- NTA (National Treatment Agency for Substance Misuse) (2006), *Models of care for adult drug misusers: update 2006* (disponibil online).
- NTA (2007), *Drug misuse and dependence: UK guidelines on clinical management* (disponibil online).
- NTA (2009), *Clinical governance in drug treatment: a good practice guide for providers and commissioners*, NTA, Londra (disponibil online).
- NTA (2010), *Powder cocaine: how the treatment system is responding to a growing problem* (disponibil online).

- Obradovic, I. (2009), *Évaluation du dispositif des « consultations jeunes consommateurs » (2004–2007) – Publics, filières de recrutement, modalités de prise en charge*, OFDT, Saint-Denis.
- OEDT (2006), *Hallucinogenic mushrooms*, Document tematic al OEDT, Observatorul European pentru Droguri și Toxicomanie (disponibil online).
- OEDT (2007a), *Drugs and crime: a complex relationship*, Drogurile în obiectiv, Oficiul pentru Publicații al Uniunii Europene, Luxemburg.
- OEDT (2007b), *Early-warning system on new psychoactive substances: operating guidelines*, Oficiul pentru Publicații al Uniunii Europene, Luxemburg.
- OEDT (2007c), *Cocaine and crack cocaine: a growing public health issue*, ediție specială OEDT, Oficiul pentru Publicații al Uniunii Europene, Luxemburg.
- OEDT (2008a), *A cannabis reader: global issues and local experiences*, Monografie OEDT, Oficiul pentru Publicații al Uniunii Europene, Luxemburg.
- OEDT (2008b), *Drug use, impaired driving and traffic accidents*, Insights OEDT, Oficiul pentru Publicații al Uniunii Europene, Luxemburg.
- OEDT (2008c), *Drugs and vulnerable groups of young people*, ediție specială OEDT, Oficiul pentru Publicații al Uniunii Europene, Luxemburg.
- OEDT (2008a), *Towards a better understanding of drug-related public expenditure in Europe*, ediție specială OEDT, Oficiul pentru Publicații al Uniunii Europene, Luxemburg.
- OEDT (2009a), *Raportul anual 2009, situația drogurilor în Europa*, Oficiul pentru Publicații al Uniunii Europene, Luxemburg.
- OEDT (2009b), *Internet-based drug treatment interventions: best practice and applications in EU Member States*, Insights, Oficiul pentru Publicații al Uniunii Europene, Luxemburg.
- OEDT (2009c), *Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents*, Document tematic OEDT, Oficiul pentru Publicații al Uniunii Europene, Luxemburg (disponibil online).
- OEDT (2009d), *Polydrug use: patterns and responses*, ediție specială OEDT, Oficiul pentru Publicații al Uniunii Europene, Luxemburg.
- OEDT (2009e), *Drug offences, sentences and other outcomes*, ediție specială OEDT, Oficiul pentru Publicații al Uniunii Europene, Luxemburg.
- OEDT (2009f), *Understanding the 'Spice' phenomenon*, Document tematic OEDT, Observatorul European pentru Droguri și Toxicomanie (disponibil online).
- OEDT (2010a), *Harm reduction: evidence and impacts*, Monografie OEDT, Rhodes, T. și Hedrich, D. (editori), Oficiul pentru Publicații al Uniunii Europene, Luxemburg.
- OEDT (2010b), *Risk assessment of new psychoactive substances: operating guidelines*, Oficiul pentru Publicații al Uniunii Europene, Luxemburg.
- OEDT (2010c), *Trends in injecting drug use in Europe*, ediție specială OEDT, Oficiul pentru Publicații al Uniunii Europene, Luxemburg.
- OEDT și Europol (2010), *Cocaine: a European Union perspective in the global context*, publicațiile comune OEDT-Europol, Oficiul pentru Publicații al Uniunii Europene, Luxemburg.
- OMS (2007), *Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health*, Biroul Regional pentru Europa al OMS, Copenhaga (disponibil online).
- OMS (2009), *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*, Organizația Mondială a Sănătății, Geneva.
- OMS (2010), *Prevention of acute drug-related mortality in prison populations during the immediate post-release period*, Organizația Mondială a Sănătății Europa, Copenhaga.
- OMS, ONUDC și ONU-SIDA (2009), *Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users*, Organizația Mondială a Sănătății, Geneva.
- ONUDC (2005), *Illicit drug trends in the Russian Federation*, Biroul Organizației Națiunilor Unite de luptă împotriva drogurilor și a criminalității, Viena.
- ONUDC (2009), *World drug report 2009*, Biroul Organizației Națiunilor Unite de luptă împotriva drogurilor și a criminalității, Viena.
- ONUDC (2010a), *Afghanistan cannabis survey 2009*, Biroul Organizației Națiunilor Unite de luptă împotriva drogurilor și a criminalității, Viena (disponibil online).
- ONUDC (2010b), *World drug report 2010*, Biroul Organizației Națiunilor Unite de luptă împotriva drogurilor și a criminalității, Viena.
- ONUDC și Guvernul Marocului (2007), *Morocco cannabis survey 2005*, Biroul Organizației Națiunilor Unite de luptă împotriva drogurilor și a criminalității, Viena.
- ONUDC, ONU-SIDA și OMS (2010), *HIV testing and counselling in prisons and other closed settings*, Document tehnic, Biroul Organizației Națiunilor Unite de luptă împotriva drogurilor și a criminalității, Viena.
- ONUDC, OMS și ONU-SIDA (2006), *HIV/AIDS prevention, care, treatment and support in prison settings: a framework for an effective national response*, Biroul Organizației Națiunilor Unite de luptă împotriva drogurilor și a criminalității, Viena.
- Pani, P.P., Trogu, E., Vacca, R., Amato, L., Vecchi, S. și Davoli, M. (2010), „Disulfiram for the treatment of cocaine dependence”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, ediția 1.

- Petrie, J., Bunn, F. și Byrne, G. (2007), „Parenting programmes for preventing tobacco, alcohol or drugs misuse in children <18: a systematic review”, *Health Education Research* 22, pp. 177-191.
- Pleace, N. (2008), *Effective services for substance misuse and homelessness in Scotland: evidence from an international review*, Scottish Government Social Research (disponibil online).
- Prinzleve, M., Haasen, C., Zurhold, H. et al. (2004), „Cocaine use in Europe: a multi-centre study: patterns of use in different groups”, *European Addiction Research* 10, pp. 147-155.
- Qureshi, A.I., Suri, M.F., Guterman, L.R. și Hopkins, L.N. (2001), „Cocaine use and the likelihood of nonfatal myocardial infarction and stroke: data from the Third National Health and Nutrition Examination Survey”, *Circulation* 103, pp. 502-506.
- Rapoartele naționale Reitox (2009), disponibile pe site-ul internet al OEDT.
- Rome, A., Shaw, A. și Boyle, K. (2008), *Reducing drug users' risk of overdose*, Scottish Government Social Research, Edinburgh.
- Rose, M.E. și Grant, J.E. (2008), „Pharmacotherapy for methamphetamine dependence: a review of the pathophysiology of methamphetamine addiction and the theoretical basis and efficacy of pharmacotherapeutic interventions”, *Annals of Clinical Psychiatry* 20, pp. 145-155.
- SAMHSA (2008), *National survey on drug use and health*, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville MD.
- Santos, S., Brugal, M.T., Barrio, G., Castellano, Y., Jiménez, E. et al. (în curs de apariție), „Characteristics and risk factors of acute health problems after cocaine use: assessing the effect of acute and chronic use of cocaine”, *Drug and Alcohol Dependence*.
- Shewan, D. și Dalgarno, P. (2005), „Evidence for controlled heroin use? Low levels of negative health and social outcomes among non-treatment heroin users in Glasgow (Scotland)”, *British Journal of Health Psychology* 10, pp. 33-48.
- Simojoki, K., Vormaa, H. și Alho, H. (2008), „A retrospective evaluation of patients switched from buprenorphine (Subutex) to the buprenorphine/naloxone combination (Suboxone)”, *Substance Abuse Treatment Prevention and Policy* 17, 3:16 (disponibil online).
- Sporer, K.A. (1999), „Acute heroin overdose”, *Annals of Internal Medicine* 130, pp. 585-590.
- Stenbacka, M., Leifman, A. și Romelsjö, A. (2010), „Mortality and cause of death among 1 705 illicit drug users: a 37 year follow up”, *Drug and Alcohol Review* 29, pp. 21-27.
- Stoové, M.A., Dietze, P.M. și Jolley, D. (2009), „Overdose deaths following previous non-fatal heroin overdose: record linkage of ambulance attendance and death registry data”, *Drug and Alcohol Review* 28, pp. 347-352.
- Sweeting, M.J., De Angelis, D., Ades, A.E. și Hickman, M. (2008), „Estimating the prevalence of ex-injecting drug use in the population”, *Statistical Methods in Medical Research* 18, pp. 381-395.
- Swift, W., Coffey, C., Carlin, J.B., Degenhardt, L. și Patton, G.C. (2008), „Adolescent cannabis users at 24 years: trajectories to regular weekly use and dependence in young adulthood”, *Addiction* 103, pp. 1361-1370.
- Swift, W., Hall, W., Didcott, P. și Reilly, D. (1998), „Patterns and correlates of cannabis dependence among long-term users in an Australian rural area”, *Addiction* 93, pp. 1149-1160.
- Van Beek, I., Dwyer, R. și Malcolm, A. (2001), „Cocaine injecting: the sharp end of drug-related harm!”, *Drug and Alcohol Review* 20, pp. 333-342.
- Van den Berg, C., Smit, C., Van Brussel, G., Coutinho, R.A. și Prins, M. (2007), „Full participation in harm reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus: evidence from the Amsterdam cohort studies among drug users”, *Addiction* 102, pp. 1454-1462.
- Van der Poel, A., Rodenburg, G., Dijkstra, M. et al. (2009), „Trends, motivations and settings of recreational cocaine use by adolescents and young adults in Netherlands”, *International Journal of Drug Policy* 20, pp. 143-151.
- Van Nimwegen, L.J., de Haan, L., van Beveren, N.J., van der Helm, M., van den Brink, W. și Linszen, D. (2008), „Effect of olanzapine and risperidone on subjective well-being and craving for cannabis in patients with schizophrenia or related disorders: a double-blind randomized controlled trial”, *Canadian Journal of Psychiatry* 53, pp. 400-405.
- Vandam, L. (2009), „Patterns of drug use before, during and after detention: a review of epidemiological literature”, în *Contemporary issues in the empirical study of crime*, Cools, M. et al. (editori), Maklu, Antwerp.
- Verster, J.C., Kuerten, Y., Olivier, B. și van Laar, M.W. (2010), „The ACID-survey: methodology and design of an online survey to assess alcohol and recreational cocaine use and its consequences for traffic safety”, *Open Addiction Journal* 3, pp. 24-31.
- Von Sydow, K., Lieb, R., Pfister, H., Hofler, M. și Wittchen, H.U. (2002), „What predicts incident use of cannabis and progression to abuse and dependence? A 4-year prospective examination of risk factors in a community sample of adolescents and young adults”, *Drug and Alcohol Dependence* 68, pp. 49-64.
- Wagner, F.A. și Anthony, J.C. (2002), „From first drug use to drug dependence; developmental periods of risk for dependence upon marijuana, cocaine, and alcohol”, *Neuropsychopharmacology* 26, pp. 479-488.
- Warburton, H., Turnbull, P.J. și Hough, M. (2005), *Occasional and controlled heroin use: not a problem?*, Joseph Rowntree Foundation, York.

Warner-Smith, M., Darke, S., Lynskey, M. și Hall, W. (2001), „Heroin overdose: causes and consequences”, *Addiction* 96, pp. 1113-1125.

Wiessing, L., Guarita, B., Giraudon, I., Brummer-Korvenkontio, H., Salminen, M. și Cowan, S.A. (2008), „European monitoring of notifications of hepatitis C virus infection in the general population AND among injecting drug users (IDUs): the need to improve quality and comparability”, *Euro Surveillance* 13(21):pii=18884 (disponibil online).

Wiessing, L., Likatavicius, G., Klempová, D., Hedrich, D., Nardone, A. și Griffiths, P. (2009), „Associations between availability and coverage of HIV-prevention measures and subsequent incidence of diagnosed HIV infection among injection drug users”, *American Journal of Public Health* 99, pp. 1049-1052.

Wittchen, H.U., Apelt, S.M., Soyka, M., Gastpar, M., Backmund, M. et al. (2008), „Feasibility and outcome of substitution treatment of heroin-dependent patients in specialized substitution centers and primary care facilities in Germania: A naturalistic study in 2694 patients”, *Drug and Alcohol Dependence* 95, pp. 245-257.

Wood, D.M., Nicolauo, M. și Dargan, P.I. (2009), „Epidemiology of recreational drug toxicity in a nightclub environment”, *Substance Use & Misuse* 44, pp. 1495-1502.

Zachrisson, H.D., Rödje, K. și Mykletun, A. (2006), „Utilization of health services in relation to mental health problems in adolescents: a population based survey”, *BMC Public Health* 6:34 (disponibil online).

Observatorul European pentru Droguri și Toxicomanie

Raportul anual 2010: situația drogurilor în Europa

Luxemburg: Oficiul pentru Publicații al Uniunii Europene

2010 – 110 p. – 21 × 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-442-7

doi:10.2810/36498

Cum vă puteți procura publicațiile Uniunii Europene?

Publicații gratuite:

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

Publicații contra cost:

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

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

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

Despre OEDT

Observatorul European pentru Droguri și Toxicomanie (OEDT) este una dintre agențiile descentralizate ale Uniunii Europene. Înființat în 1993 și cu sediul la Lisabona, Observatorul este sursa principală pentru o informare cuprinzătoare cu privire la situația drogurilor și a dependenței de droguri în Europa.

OEDT culege, analizează și difuzează informații faptice, obiective, verificate și comparative privind drogurile și dependența de droguri. Prin aceasta, OEDT oferă publicului său o imagine documentată privind fenomenul drogurilor la nivel european.

Publicațiile OEDT constituie o sursă de informații de prim ordin pentru un public larg care cuprinde factorii de decizie politică și consilierii acestora, specialiști și cercetători care își desfășoară activitatea în domeniul drogurilor și, în sens mai larg, mass-media și publicul larg.

Raportul anual prezintă sinteza anuală a OEDT privind fenomenul drogurilor în UE și constituie o referință de bază pentru cei interesați să afle ultimele informații despre situația drogurilor în Europa.



Oficiul pentru Publicații

