



Observatorul European pentru  
Droguri și Toxicomanie

ISSN 1725-3918

# RAPORTUL ANUAL 2006

SITUAȚIA DROGURILOR ÎN EUROPA





Observatorul European pentru  
Droguri și Toxicomanie

# RAPORTUL ANUAL 2006

SITUAȚIA DROGURILOR ÎN EUROPA

## Notă

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

Puteți găsi multe informații suplimentare despre Uniunea Europeană pe Internet. Acestea sunt accesibile pe serverul Europa (<http://europa.eu>).

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

Număr de telefon gratuit (\*):

**00 800 6 7 8 9 10 11**

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

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

Datele de catalogare se găsesc la sfârșitul publicației.

Luxemburg: Oficiul pentru Publicații Oficiale al Comunităților Europene, 2006

ISBN 92-9168-260-8

© Observatorul European pentru Droguri și Toxicomanie, 2006

Reproducerea este permisă numai cu menționarea sursei.

*Printed in Belgium*

TIPĂRIT PE HARTIE ALBĂ, FARĂ CLOR.



Observatorul European pentru  
Droguri și Toxicomanie

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

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

[info@emcdda.europa.eu](mailto:info@emcdda.europa.eu) • <http://www.emcdda.europa.eu>

## Cuprins

Cuvânt înainte	5
Mulțumiri	7
Notă introductivă	9
Comentariu – problema drogurilor în Europa	11
Capitolul 1	
<b>Politici și legislație</b>	<b>17</b>
Capitolul 2	
<b>Răspunsul la problema drogurilor în Europa – o privire de ansamblu</b>	<b>27</b>
Capitolul 3	
<b>Canabis</b>	<b>37</b>
Capitolul 4	
<b>Amfetaminele, ecstasy și alte droguri psihotrope</b>	<b>47</b>
Capitolul 5	
<b>Cocaina și cocaina crack</b>	<b>58</b>
Capitolul 6	
<b>Consumul de opiacee și injectarea de droguri</b>	<b>66</b>
Capitolul 7	
<b>Boli infecțioase și decese legate de consumul de droguri</b>	<b>75</b>
Capitolul 8	
<b>Îmbunătățirea monitorizării consumului problematic și multiplu de droguri</b>	<b>88</b>
Bibliografie	95



## Cuvânt înainte

Acesta este cel de-al 11-lea Raport anual al Observatorului European pentru Droguri și Toxicomanie, disponibil anul acesta în 23 de limbi ale Uniunii Europene. Analizând retrospectiv rapoartele elaborate de agenție de-a lungul anilor, este greu să nu fii impresionat de amplitudinea informațiilor detaliate disponibile acum – ceea ce reflectă o situație mai complexă, atât în ceea ce privește consumul de droguri ilicite, cât și în felul în care Europa abordează problema drogurilor.

S-a mărit considerabil baza de informare pentru analizele pe care le întreprindem. Raportul din anul acesta se bazează pe date obținute din 25 de state membre și Norvegia, precum și, în măsura în care au fost disponibile, din Bulgaria, România și Turcia. Nu numai că a crescut numărul țărilor care furnizează informații, ci s-a mărit continuu și volumul de date comparative din fiecare țară. Aceste informații ne oferă o imagine mult mai detaliată decât înainte a situației drogurilor din Europa și a dinamicii acesteia. Misiunea OEDT este de a explora această situație complexă, coroborând, unde este cazul, experiențele comune sau discutând diferențele. Contribuind la colectarea de date și participând la activitățile OEDT, statele membre au înțeles că problemele cu care se confruntă astăzi vecinii lor pot deveni mâine propriile lor probleme. Această conștientizare este vizibilă în noua strategie a Uniunii Europene privind drogurile și în planurile de acțiune care o însoțesc, bazate prin consens pe importanța colectării și comunicării informațiilor; pe necesitatea de a identifica și disemina bunele practici și pe importanța cooperării și acțiunilor coordonate, ca reacție în fața amenințării comune prezentate de droguri la adresa prosperității, bunăstării și securității cetățenilor noștri.

O reflecție asupra informațiilor disponibile ne amintește și de necesitatea unei vigilențe mereu treze și de pericolele pe care le prezintă acceptarea stării de fapt. Prezentul raport lansează semnale de alarmă privind infecțiile HIV legate de droguri, sau decesele legate de droguri. Cu toate acestea, în Europa, pe ansamblu, s-a desfășurat un efort enorm pentru a aborda acest tip de probleme și s-au înregistrat progrese

palpabile. Aceasta înseamnă că factorii de răspundere din Europa a trebuit să facă alegeri dificile, și au luat aceste decizii în special în urma studierii atente a dovezilor disponibile. Trebuie să salutăm o astfel de abordare politică. Dezbateră globală în problema drogurilor nu duce lipsă de discursuri privind necesitatea unei abordări echilibrate și bazate pe dovezi. În Europa, poate mai mult decât în alte părți, această retorică a devenit realitate. Cu toate diferențele dintre statele noastre membre în detaliile privind problema drogurilor, cu care se confruntă fiecare dintre acestea sau în prioritățile lor de acțiune, există un acord comun privind importanța comunicării informațiilor și a cooperării, cu scopul de a reduce oferta de droguri, precum și privind necesitatea de a contrabalansa activitățile de reducere a ofertei cu măsuri de reducere a cererii; se manifestă un consens tot mai larg privind necesitatea ca alegerile dificile privind programele și măsurile care răspund cel mai bine intereselor cetățenilor noștri să se întemeieze pe dovezi verificabile. Această abordare europeană este evidentă nu numai în noua strategie europeană privind drogurile, ci și în strategiile naționale adoptate de statele membre, în vocea tot mai puternică și mai unită a Europei în această chestiune și în activitatea OEDT, întrucât depunem toate eforturile pentru a ne îndeplini rolul de a facilita luarea de decizii în cunoștință de cauză, oferind o analiză obiectivă și riguros științifică a informațiilor disponibile privind fenomenul drogurilor în Europa.

Consumul de droguri reprezintă o chestiune complexă și nu este una dintre problemele care se pretează la concluzii simple. Cu toate acestea, o concluzie se profilează cu claritate din experiența europeană – am învățat că o colaborare este nu numai posibilă, ci și indispensabilă, dacă vrem să dezvoltăm abordări eficiente ale problemelor pe care le ridică în fața noastră consumul de droguri ilicite.

**Marcel Reimen**

Președintele Consiliului de administrație al OEDT

**Wolfgang Götz**

Directorul 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 Comitetului de conducere și Comitetului științific ale OEDT;
- Parlamentului European, Consiliului Uniunii Europene – și în special Grupului de lucru orizontal al Consiliului pentru droguri – și Comisiei Europene;
- Centrului european de prevenire și control al bolilor (ECDC) și Europolului;
- Pompidou Group of the Council of Europe [Grupului Pompidou al Consiliului Europei], Biroului Națiunilor Unite pentru Droguri și Criminalitate, Biroului regional pentru Europa al OMS, Interpol-ului, the World Custom Organisation [Organizației Mondiale a Vămirilor], Swedish Council for Information on Alcohol and other Drugs [Consiliului suedez pentru informații privind alcoolul și alte droguri] (CAN) și Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS [Centrului pentru monitorizarea epidemiologică a SIDA];
- Translation Centre for the Bodies of the European Union [Centrului de Traduceri pentru Organismele Uniunii Europene] și Office for Official Publications of the European Communities [Oficiul pentru Publicații Oficiale al Comunităților Europene];
- Prepress Projects Ltd.

### Punctele focale naționale Reitox

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

Detaliile de contact pentru punctele focale naționale se găsesc la: <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1596>



## Notă introductivă

Acest raport anual se bazează pe informațiile furnizate OEDT de statele membre ale Uniunii Europene, de țările candidate și de Norvegia (care participă la lucrările OEDT din 2001) sub formă de rapoarte naționale. Datele statistice prezentate sunt pentru 2004 (sau pentru ultimul an pentru care există). Graficele și tabelele din acest raport pot să se refere numai la un subset de țări ale Uniunii Europene: au fost selectate țările pentru care au existat date privind perioada respectivă.

Versiunea pe Internet a raportului este disponibilă în 23 de limbi la adresa <http://annualreport.emcdda.europa.eu>

Buletinul statistic 2006 (<http://stats06.emcdda.europa.eu>) 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 peste 100 de grafice statistice suplimentare.

Profilurile de țară (<http://datapfiles06.emcdda.europa.eu>) oferă sinteze grafice de nivel înalt cuprinzând aspectele cheie ale situației privind drogurile din fiecare țară.

Trei sinteze aprofundate însoțesc prezentul raport, explorând următoarele probleme:

- politicile europene privind drogurile: dincolo de drogurile ilicite ?;
- o perspectivă pe sexe privind drogurile și răspunsul la problematica drogurilor; și
- dezvoltări în privința utilizării drogurilor în locații recreative.

Extrasele sunt disponibile, numai în limba engleză, sub forma tipărită sau on-line (<http://issues06.emcdda.europa.eu>).

Rapoartele naționale ale punctelor focale oferă o descriere detaliată și o analiză a problemei drogurilor din fiecare țară, fiind disponibile pe site-ul OEDT (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=435>).



## Comentariu – problema drogurilor în Europa

### Un nou cadru european de coordonare și cooperare

Cu toate că definirea politicilor naționale privind drogurile rămâne o prerogativă a fiecărui stat membru al UE, se manifestă acum un consens solid privind beneficiile ce pot rezulta dintr-o cooperare la nivel european. Acest lucru este evident într-o serie de evoluții recente care sprijină activitățile de coordonare și cooperare. Printre aceste evoluții se numără intrarea în vigoare în anul 2005 a două noi regulamente CE privind precursorii și a unei decizii a Consiliului privind noile droguri. În afară de aceasta, măsurile împotriva traficului de droguri sunt consolidate de instrumente juridice noi privind spălarea de bani și confiscarea bunurilor. Totuși, principala evoluție în cristalizarea colaborării europene și a acțiunilor viitoare legate de problema drogurilor o constituie noua strategie privind drogurile a Uniunii Europene pe perioada 2005-2012 și cele două planuri de acțiune aferente. În primul dintre acestea, sunt prezentate peste 100 de acțiuni specifice programate a fi aplicate de statele membre ale UE până în 2008. Se prevede un program continuu de evaluare a strategiei, cu analize anuale ale stadiului de execuție și cu evaluări de impact la încheierea fiecărui plan de acțiune.

Strategia poate fi privită ca reprezentând un consens european privind modul de abordare a problemei drogurilor. Se exprimă o angajare explicită în sensul unei abordări echilibrate, care îmbină măsuri privind atât oferta, cât și cererea, împreună cu acceptarea necesității de a baza acțiunile pe dovada eficienței și, în plus, de a evalua sistematic stadiul de aplicare. Mai există diferențe importante între politicile statelor membre, deseori reflectând deosebiri în situația națională privind drogurile și în modul de configurare a reacțiilor. Cu toate acestea, noua strategie privind drogurile sugerează că dezbateră politică europeană privind drogurile se caracterizează tot mai mult printr-un acord legat de un cadru comun al activităților. De exemplu, practic toate strategiile privind reducerea cererii cuprind elemente de prevenire, tratament și reducere a efectelor nocive, cu toate că gradul în care se insistă pe unul dintre acestea depinde în funcție de statul membru. Unele opțiuni politice provoacă în continuare o dezbateră susținută – dar în general pe fondul unui acord cuprinzător asupra principiilor pe care se întemeiază reacția europeană față de problema drogurilor.

### Consumul de droguri și oferta de droguri – o distincție tot mai practică

O tendință care se manifestă în continuare, și aceasta evidentă în informațiile raportate în anul în curs, se referă la modificarea legislațiilor naționale privind drogurile, în sensul unei sublinieri mai puternice a distincției dintre delictul de

posesie a drogului pentru consumul personal și delictul de trafic și procurare de droguri. În general, se evidențiază o evoluție puternică spre pedepse mai aspre în cazul celor din urmă și o reducere a orientării către pedepsele privative de libertate în cazul primelor. Această evoluție este în consens cu o preocupare mai generală, prezentă peste tot în Europa, privind amplificarea posibilităților de tratament în cazul dependenței de droguri și acordarea unei mai mari atenții intervențiilor menite să-i redireze pe dependenții de droguri dinspre sistemul penal către opțiunile de tratament și reabilitare. În cazul țărilor care au instituit o distincție juridică între posesia de droguri pentru consum și cea în scopul comercializării, se pune problema dacă este nevoie de a se legifera în mod explicit în privința cantității de drog care constituie un prag al consumului personal. În această privință, în Europa nu s-a ajuns la un consens și s-au adoptat diferite moduri de abordare, de la instituirea unor indicații generale de procedură și mergând până la stabilirea unor limite legale.

### Consumul de heroină – o parte importantă a unei imagini mai largi

Datele din prezentul raport arată că în Europa, luată în ansamblu, orientarea istorică spre consumul și injecția de heroină ca elemente centrale ale problemei drogurilor trebuie să fie extinsă, datorită importanței tot mai crescute a policonsumului, a consumului de stimulante și a implicațiilor tot mai ample pentru sănătatea publică a consumului foarte răspândit de cannabis. Cu toate acestea, în multe țări, opiaceele (în principal heroina) rămân principalele droguri pentru care se solicită tratament, înregistrând aproximativ 60 % din toate tratamentele solicitate în 2004 – iar dintre acești pacienți, puțin peste jumătate (53 %) au declarat consumul drogului prin injecție.

Aproape 25 % dintre cererile de tratament pentru opiacee sunt făcute de persoane în vârstă de peste 35 de ani inclusiv, iar numai 7 % dintre pacienții care solicită tratament pentru prima dată au sub 20 de ani. Trebuie remarcat că datele privind cererile de tratament reflectă numărul de pacienți care solicită tratament în anul în curs și nu includ pacienții care continuă un tratament; prin urmare, numărul total de pacienți sub tratament este mult mai mare. În Europa, luată în ansamblu, creșterea considerabilă a terapiei de substituție din ultimii ani conduce la concluzia că sistemul de tratament cuprinde o populație mai numeroasă și de vârstă mai ridicată de persoane cu probleme legate de heroină, care este probabil să solicite asistență și să rămână consumatori principali de resurse mult timp de acum înainte.

Heroina consumată în Europa este produsă în special în Afghanistan. Europa înregistrează în continuare cele mai mari cantități de heroină capturate din lume și, ca urmare a creșterii capturilor din țările sud-est europene (în special din Turcia), această regiune a depășit Europa Centrală și Occidentală în termeni de cantități interceptate. Această tendință de creștere a capturilor de heroină nu numai că subliniază valoarea acțiunilor coordonate împotriva traficului la nivel european extins, ci ridică și întrebări importante privind impactul producției mai mari de heroină asupra pieței europene. Nu se evidențiază tendințe clare în privința purității medii; totuși, tendința prețurilor pe o perioadă de cinci ani (1999-2004), corectate în funcție de inflație, înregistrează, în majoritatea țărilor, o scădere. Cu toate acestea, deși heroina este mai ușor disponibilă și mai ieftină în Europa, nu există încă nici o dovadă evidentă că acest lucru ar influența nivelul general de consum. Indicatorii generali ar sugera că incidența noului consum de heroină este încă în scădere în Europa, în cadrul unei situații ce ar putea fi caracterizată ca fiind stabilă – iar o proporție semnificativă de consumatori cu probleme legate de opiacee primesc în prezent terapie de substituție, cel puțin în unele țări. Printre noii beneficiari de tratament, numărul celor cu o problemă gravă legată de opiacee a scăzut în majoritatea țărilor. Totuși, aceasta este o zonă în care au fost constatate în trecut valuri de consum epidemic și, prin urmare, trebuie evitată acceptarea pasivă.

În raportul pe anul acesta sunt prezenți indicatori care stârnesc îngrijorare, potrivit cărora numărul deceselor legate de consumul de droguri, în scădere generală după 2000, a înregistrat, în 2004, o ușoară creștere în majoritatea țărilor. Este prea devreme pentru a ne putea pronunța dacă aceste schimbări ușoare anunță o modificare pe termen lung, dar trebuie amintit că decesele legate de consumul de droguri reprezintă una dintre principalele consecințe pentru sănătatea publică ale consumului de droguri ilicite. Cu toate că proporția deceselor legate de consumul de droguri în rândul tinerilor a scăzut, sprijinind ideea că numărul de noi consumatori de heroină prin injectare este în scădere, datele disponibile din mediul urban privind mortalitatea legată de droguri (supradoză și alte cauze) sugerează că, în prezent, 10–23 % din mortalitatea generală în rândul adulților tineri în vârstă de 15–49 de ani poate fi atribuită consumului de opiacee.

### **Injecția și probleme sanitare legate de injecție – un cuplu constant**

În multe țări, injecția de droguri este aproape sinonimă cu consumul de heroină, dar există și excepții, unele țări membre ale Uniunii Europene raportând niveluri ridicate de injecție a stimulamentelor, în special printre marii consumatori de amfetamine. Oglindind, într-o oarecare măsură, situația heroinei, informațiile globale disponibile sugerează o scădere generală pe termen lung a consumului de droguri prin injecție. În multe dintre noile state membre, ratele de injecție rămân totuși ridicate. Un semn serios de întrebare îl

ridică aici faptul că estimările la nivel național și subnațional privind injecția de droguri sunt reduse. Mai mult chiar, în unele regiuni, studiile privind injecția au arătat recent tendințe de ușoară creștere. Imaginea cea mai cuprinzătoare privind acest comportament provine de la monitorizarea consumatorilor de heroină sub tratament, în rândul cărora proporția de consumatori prin injecție a scăzut substanțial în unele țări, dar nu și în altele. De remarcat că, dintre vechile state membre, au înregistrat scăderea ratelor de injecție în rândul consumatorilor de heroină sub tratament Danemarca, Grecia, Spania, Franța, Italia și Regatul Unit.

Legătura dintre injecția de droguri și problemele de sănătate este bine cunoscută, iar consumatorii de droguri prin injecție prezintă un risc ridicat de supradoză și de infecții grave, precum și de alte probleme de sănătate, ca septicemia și tromboza. Infecția cu HIV constituie riscul de sănătate care a stimulat reacția organismelor de sănătate publică din Europa față de această formă de consum a drogurilor și în majoritatea țărilor există, în prezent, măsuri de intervenție menite să prevină noi infecții. Distribuția de ace și seringi, de exemplu, privită înainte ca o intervenție controversată, se face practic, sub o formă sau alta, în toate statele membre, deși gradul de acoperire diferă considerabil de la o țară la alta. Majoritatea țărilor raportează rate scăzute de infecții HIV nou diagnosticate și atribuibile injecției de droguri, iar ratele de infecții HIV în rândul consumatorilor de droguri prin injecție este estimată la sub 5 %. Din nou, trebuie luate totuși în considerare importante obiecții: în primul rând, două dintre cele mai mari țări afectate de SIDA în rândul consumatorilor de droguri prin injecție, Spania și Italia, nu oferă în prezent date privind cazurile de HIV la nivel național; iar, în al doilea rând, se raportează că transmiterea HIV se face în continuare în Europa în cazul anumitor grupuri de consum prin injecție și se semnalează chiar creșteri în cazul anumitor grupuri de populație studiate.

O imagine mult mai negativă se prezintă pentru ratele de infecție cu virusul hepatitei C (HCV), care rămân aproape peste tot ridicate în rândul consumatorilor de droguri prin injecție. Tratarea problemelor de sănătate legate de HCV la consumatorii de droguri prin injecție va constitui probabil în continuare o cheltuială majoră de sănătate pentru mult timp de acum înainte. Concluzia că injecția de droguri se află în scădere ușoară și că Europa a reacționat bine la pericolul reprezentat de epidemia de HIV din anii 1990 prezintă un pericol real, prin aceea că s-ar putea ajunge la neglijențe în legătură cu amenințarea la adresa sănătății datorată acestui tip de comportament. Niveluri ridicate de infecție endemică cu HCV, transmiterea în continuare în rândul consumatorilor de droguri prin injecție, cu efect crescut în anumite grupuri și un grup numeros de risc ridicat de consumatori prin injecție în unele dintre noile state membre, toate vorbesc despre necesitatea de a privi în continuare injecția de droguri și problemele de sănătate asociate ca pe o problemă majoră de sănătate publică

## Pe scurt — estimări ale consumului de droguri în Europa

(Aceste estimări se referă la populația adultă și sunt cele mai recente disponibile. Pentru date complete și informații metodologice complete, consultați buletinul statistic anexat).

### Canabis

Prevalența pe parcursul vieții: minimum de 65 de milioane, adică 1 din 5 europeni adulți

Consumul din anul precedent: 22,5 de milioane de europeni adulți, adică o treime din consumatorii pe parcursul vieții

Consum în ultimele 30 de zile: 12 de milioane de europeni

Variații pe țări în consumul din anul precedent:

Rată globală: între 0,8 % – 11,3, %

Rata tipică: între 2,8 % – 7,5 % (15 țări)

### Cocaină

Prevalența pe parcursul vieții: minimum 10 milioane, adică peste 3 % din europenii adulți

Consumul din anul precedent: 3,5 milioane de europeni adulți, adică o treime din consumatorii pe parcursul vieții

Consum în ultimele 30 de zile: peste 1,5 milioane

Variații pe țări în consumul din anul precedent:

Rată globală: între 0,1 % – 2,7 %

Rata tipică: între 0,3 % – 1,2 % (18 țări)

### Ecstasy

Prevalența pe parcursul vieții: circa 8,5 milioane de europeni adulți

Consumul din anul precedent: 3 milioane, adică o treime din consumatorii pe parcursul vieții

Consum în ultimele 30 de zile: peste 1 milion

Variații pe țări în consumul din anul precedent:

Rată globală: între 0,0 % – 3,5 %

Rata tipică: între 0,3 % – 1,5 % (15 țări)

### Amfetamine

Prevalența pe parcursul vieții: aproape 10 milioane, adică circa 3 % din europenii adulți

Consumul din anul precedent: 2 milioane, o cincime din consumatorii pe parcursul vieții

Consum în ultimele 30 de zile: mai puțin de 1 milion

Variații pe țări în consumul din anul precedent:

Rată globală: între 0,0 % – 1,4 %

Rata tipică: între 0,2 % – 1,1 % (16 țări)

### Opiacee

Consum problematic de opiacee: între 1 – 8 cazuri / 1 000 din populația adultă (grupa de vârstă 15–64 ani)

Aproape 7 000 de decese subite legate de droguri, opiaceele fiind identificate în circa 70 % din cazuri (date din 2003)

Principalul drog în circa 60 % din toate solicitările de tratament

Peste o jumătate de milion de consumatori de opiacee au primit terapie de substituție în 2003

în Europa și ca pe un aspect delicat pentru politicile privind drogurile și pentru vigilența în cercetare.

## Cocaina: semne de stabilitate pentru cel de-al doilea drog ilicit ca răspândire în Europa

Estimările pentru consumul de cocaină (prevalența din anul precedent) situează acum acest drog pe a doua poziție de consum de droguri ilicite, cu puțin înaintea amfetaminei și a ecstasy. Situația generală prezintă totuși o stabilizare a nivelurilor de consum, după o perioadă de creștere considerabilă a numărului consumatorilor acestui drog. Creșterea importantă a prevalenței cocainei pe care au înregistrat-o Spania și Regatul Unit de la mijlocul la sfârșitul anilor 1990 pare că s-a stabilizat începând cu anii 2000 sau 2001. În alte țări, dacă s-au înregistrat creșteri moderate în nivelul consumului de cocaină, nu s-au raportat creșteri spectaculoase. Pe ansamblu, situația cocainei rămâne foarte eterogenă în Europa, iar consumul semnificativ de cocaină se limitează la câteva țări, mai ales din Europa occidentală.

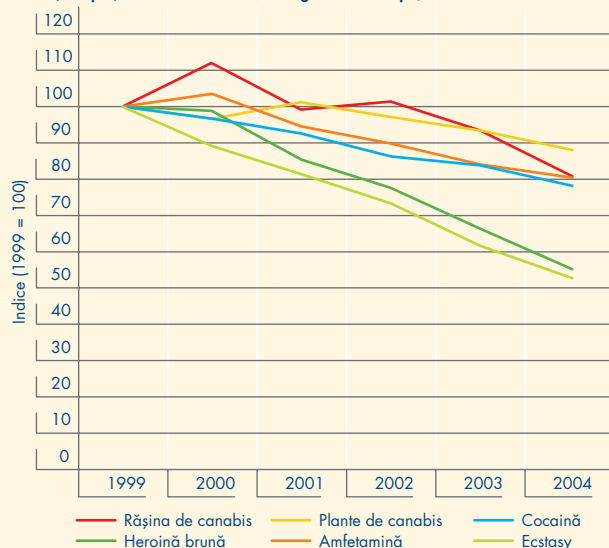
Ar fi o greșeală să se tragă concluzia că semnele de stabilizare a consumului de cocaină vor conduce în mod necesar la o stabilizare a problemelor atribuite consumului acestui drog. În Europa, consumul de cocaină se situează la niveluri istorice ridicate, iar studiile întreprinse sugerează că, potrivit unui model obișnuit, problemele legate de un drog se amplifică cu un decalaj de câțiva ani de la creșterea prevalenței. Aceasta, deoarece numai după o perioadă de timp se poate dezvolta un model intensiv și regulat de consum al unui drog, iar problemele devin vizibile. Acest lucru ar putea să înceapă să se întâmple în țările europene în care consumul de cocaină este bine stabilit în prezent. Atât în Țările de Jos, cât și în Spania, cel puțin una din patru solicitări de tratament se înregistrează acum în legătură cu cocaina, iar, pe ansamblul Europei, noile solicitări de tratament pentru cocaină s-au dublat practic între 1999 și 2004. Deși consumul de cocaină crack rămâne foarte limitat în Europa, raportarea de probleme din unele orașe sugerează că situația ar putea fi în curs de deteriorare.

Cocaina este deseori identificată în analizele toxicologice în cazul deceselor atribuite drogurilor opiacee, iar, într-un număr de țări, consumul concomitent de cocaină a devenit o problemă recunoscută de cei care tratau problemele legate de heroină. Cu toate că datele sunt limitate, în rapoartele naționale pe anul 2005 peste 400 de decese au fost identificate ca fiind legate cauzal de consumul de cocaină, iar decesele legate de cocaină par a fi tot mai numeroase în țările cu prevalență ridicată. Cifra menționată anterior este cu siguranță mai mică decât cea reală, iar impactul consumului de cocaină ca factor care contribuie la decesele datorate problemelor cardiovasculare rămâne necunoscut. Mesajul transmis este clar: dacă Europa vrea să evite o creștere a costurilor de sănătate publică asociate consumului acestui drog, o stabilizare în consumul global de cocaină nu trebuie să mascheze necesitatea atât pentru o mai bună identificare și înțelegere a problemelor legate

## Consumul de droguri în Europa – mai ieftin ca oricând

În prezentul raport se include pentru prima dată o analiză pe cinci ani a prețului pe stradă a drogurilor ilicite, corectat în funcție de inflație, cu scopul de a permite o evaluare mai precisă în timp a schimbărilor de prețuri de pe stradă a drogurilor ilicite. Datele privind prețurile pe stradă sunt greu de colectat și de interpretat. Puritatea, cantitatea și varietatea substanței cumpărate, toate influențează prețul, la fel ca și factorii geografici, cum ar fi domiciliul într-un oraș mare sau pe o rută de tranzit regulat al drogurilor. Prețurile drogurilor variază considerabil și de la o țară la alta, iar fluctuațiile în timp reflectă rupturi în aprovizionare. În pofida acestor denaturări a datelor, datele disponibile arată că, pentru majoritatea tipurilor de droguri, pe ansamblul Europei costul pentru achiziționarea de

Tendențe în prețurile cu amănuntul ale drogurilor în Europa, 1999–2004



droguri a scăzut. În majoritatea țărilor, tendința predominantă pe cinci ani a fost o scădere a prețului pe stradă pentru canabis, heroină, amfetamină, ecstasy și cocaină (vezi graficul de mai jos). Deși datele istorice privind prețurile pe stradă sunt foarte lacunare și dificil de interpretat, atunci când sunt disponibile, această tendință recentă se coroborează în mod îngrijorător cu sugestia că prețurile au scăzut continuu, într-o lungă perioadă de timp. Astfel, de exemplu, informațiile disponibile din unele țări cu prevalență ridicată sugerează că ecstasy și cocaina au fost cu mult mai scumpe la sfârșitul anilor 1980 și la începutul anilor 1990 decât sunt în zilele noastre.

**NB:** Tendințele reprezintă informațiile disponibile privind prețurile naționale la nivelul străzii pentru fiecare drog din statele membre UE și Norvegia, ponderate în funcție de mărimea populației din fiecare țară, pentru a calcula o tendință generală europeană. Prețurile au fost ajustate în funcție de ratele naționale ale inflației (luând ca bază anul 1999), iar toate seriile au fost raportate la baza 100 pentru 1999. Multe țări nu pot oferi aceste date, greu de obținut și deseori nesigure și incomplete. Țările pentru care lipsesc informațiile privind prețul drogurilor pe doi sau mai mulți ani consecutivi nu au fost cuprinse în calculul tendinței pentru drogul respectiv: tendința pentru heroina brună se bazează pe datele din 9 țări, din 9 țări pentru amfetamină, din 13 pentru cocaină, din 13 pentru ecstasy, din 13 pentru plante de canabis și din 14 țări pentru rășina de canabis.

În afară de aceasta, acolo unde lipsesc datele pentru anul 2004 (în 11 cazuri) au fost utilizate prețurile din 2003; pentru datele lipsă din 1999 (1 caz) – prețurile din 2000; datele lipsă pentru alți ani (12 cazuri) au fost extrapolate din datele pentru anii adiacenți.

Pentru mai multe detalii privind prețurile din 2004, vezi tabelele PPP-1, PPP-2, PPP-3 și PPP-4 din Buletinul statistic.

**Surse:** Date privind prețurile: punctele focale naționale Reitox.

Date privind inflația și populația:  
<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>

de cocaină, cât și necesitatea de a investi în dezvoltarea de reacții eficiente.

## Reacții la o problemă europeană a drogurilor mai complexă

O temă care revine mereu de-a lungul acestui raport este necesitatea crescută de a pregăti reacții care să țină cont de natura complexă, cu multe fațete, a problemei drogurilor din prezent. Atunci când se iau în considerare prevenirea, tratamentul sau reducerea efectelor nocive, trebuie să se înțeleagă mai bine ce constituie bună practică și acțiune bazată pe evidență. Din totalul de circa 380 000 de solicitări de tratament raportate în 2004, canabisul a constituit cauza principală de trimitere sub tratament în circa 15 % din toate cazurile, făcând din acesta al doilea drog raportat după heroină. Serviciile de tratament se confruntă cu mai multe cazuri de probleme legate de stimulatoare și policonsum, inclusiv o suprapunere considerabilă a problemelor induse de droguri și de alcool. Cu toate acestea, la nivelul populației nu se cunosc destule amănunte despre implicațiile pentru sănătatea publică

ale consumului regulat și persistent al acestor tipuri de droguri, nici despre posibilele necesități de intervenție ale celor care le consumă. Baza europeană de dovezi pentru determinarea reacției la problemele drogurilor este mai puternică în cazul reacției la problema consumului de opiacee ilicite, unde un volum considerabil de dovezi sprijină dezvoltarea și orientarea serviciilor. Consensul tot mai puternic care există în scopul orientării politicii spre ceea ce constituie, probabil, o intervenție corespunzătoare pentru consumul problematic de heroină este dublat de o necesitate crescută de a dezvolta aceeași claritate de răspuns pentru o problemă europeană mai eterogenă în privința drogurilor.

## Necesitatea de a defini și a înțelege mai bine policonsumul

O problemă esențială este necesitatea de a face față problemelor provocate de consumul de mai multe substanțe psihoactive. Policonsumul de droguri este tot mai mult recunoscut ca un domeniu esențial în dezvoltarea serviciilor. Cu toate acestea, definirea conceptului rămâne vagă și, din anumite puncte de vedere, aproape toți consumatorii de droguri pot fi considerați consumatori de droguri



combinate. Policonsumul ridică și dificultăți considerabile pentru sistemele de monitorizare a drogurilor, care se bazează, în general, pe măsurări de comportament privind consumul unui singur drog indexat. Prin urmare, există o necesitate imperioasă de a dezvolta un cadru conceptual ameliorat pentru descrierea diferitelor tipuri de policonsum de droguri, ca prim pas pe calea înțelegerii implicațiilor acestui comportament. Raportul din anul acesta rezervă spațiu pentru prezentarea problemelor analitice care trebuie abordate, dacă Europa vrea să facă față provocării de a înțelege mai bine necesitățile unui număr tot mai mare de persoane ale căror probleme provin din consumul mai multor droguri și nu din dependența față de o singură substanță.

### Înapoi în viitor: anticiparea pericolelor și a provocărilor

În raportul din anul acesta, ca întotdeauna, s-a încercat identificarea tendințelor emergente pentru a anticipa problemele viitoare. O astfel de analiză este prin definiție speculativă și trebuie întreprinsă cu precauții. Un drog asociat clar cu probleme serioase de sănătate publică este metamfetamina. Dacă pe plan mondial problemele legate de metamfetamină cresc în continuare, în Europa acest drog rămâne limitat la câteva țări cu probleme de mult timp stabilite. Deși informațiile disponibile nu permit să se tragă o concluzie categorică privind tendințele, mai multe țări raportează capturi sau consumul de metamfetamină, subliniind în mod evident necesitatea pentru o monitorizare mai intensivă a acelor grupe de populație care prezintă cel mai mare risc.

În 2006, OEDT a publicat un articol tehnic despre ciupercile halucinogene, iar problematica respectivă a fost reluată în rezumat în raportul nostru anual. Disponibilitatea și consumul ciupercilor halucinogene se pare că au crescut

de la sfârșitul anilor 1990, dar au rămas în mare măsură neobservate. În cea mai mare parte, consumul acestui tip de drog apare ca experimental, iar raportarea problemelor este rară. Cu toate acestea, o mai mare sensibilizare a factorilor de decizie privind disponibilitatea ciupercilor halucinogene a dus la introducerea unor acțiuni menite să mărească măsurile de control.

Psilocibina și psilocina, două dintre substanțele psihoactive găsite în ciupercile halucinogene, sunt controlate de o convenție internațională. Faptul că ciupercile cresc în general în mod natural în multe țări ridică totuși o problemă legislativă mult mai complexă și ele sunt tratate în mod diferit în Europa. Ca o abordare și mai generală, vigilența față de substanțele emergente care pot reprezenta o amenințare pentru sănătatea publică și, în consecință, necesită control, este susținută de o nouă decizie a Consiliului (2005/387/JAI) privind schimbul de informații, evaluarea de risc și controlul noilor substanțe psihoactive. Un exemplu de necesitate pentru informații de alertare rapidă în acest domeniu l-a constituit răspândirea rapidă a mCPP (1-3-clorofenil piperazină) în 2005. Emergența mCPP ilustrează faptul că persoanele implicate în producerea de droguri ilicite sunt mereu în căutarea inovației, sub forma unor noi substanțe chimice care să fie introduse pe piață – în acest caz, probabil, pentru a potența sau a modifica efectele MDMA (ecstasy). O astfel de inovație cere o contracarare, întrucât potențialul acestor substanțe de a cauza probleme grave de sănătate nu este cunoscut. Sistemul de alertare rapidă instituit de decizia Consiliului reprezintă, prin urmare, un important mecanism de intervenție într-un proces în care sănătatea tinerilor europeni este periclitată de către cei care urmăresc profitul prin evitarea mecanismelor existente de control al drogurilor.



# Capitolul 1

## Politici și legislație

### Strategiile naționale privind drogurile

Pe durata perioadei de raportare, cinci țări au adoptat strategii naționale privind drogurile și planuri de acțiune (Tabelul 1). Lituania a adoptat pentru prima dată o strategie națională privind drogurile, pentru perioada 2005-2008, iar în Republica Cehă, Spania, Luxemburg și România au fost adoptate noi strategii naționale și planuri.

În afară de aceasta, Finlanda a adoptat o strategie privind drogurile pentru administrația penitenciară (2005-2006), iar în Regatul Unit, Public Service Agreements (PSA) [Programele de Servicii Publice] au stabilit noi obiective și sarcini în domeniul politicii împotriva drogurilor, cu scopul de a reduce efectele nocive pe care drogurile ilicite le cauzează persoanelor, familiilor acestora și comunității.

Pe durata de raportare, se pregăteau strategii naționale privind drogurile în Italia, Austria, Polonia, Portugalia, Suedia și Norvegia (Tabelul 2).

Unele țări, care au pus deja în aplicare în trecut strategii naționale și planuri de acțiune privind drogurile (începând cu anul 1998), își reformulează acum strategiile și planurile, acordând o mai mare importanță stabilirii unor obiective mai clare și mai fezabile. Luxemburg, de exemplu, a raportat că noul său plan de acțiune pe perioada 2005-2009 este simplu, clar structurat și orientat spre rezultate, stabilind obiective pentru acțiuni, identificând responsabilități și stabilind bugete, rezultatele așteptate și termene pentru

**Tabelul 1: Țări care au adoptat noi strategii privind drogurile în 2005**

Țara	Document	Interval de timp
Republica Cehă	Strategia națională privind drogurile	2005–09
	Plan de acțiune	2005–06
Spania	Plan de acțiune	2005–08
Letonia	Strategia națională privind drogurile	2005–08
Luxemburg	Strategia națională și planul de acțiune privind drogurile	2005–09
România	Strategia națională antidrog	2005–12

**Tabelul 2: Țări având strategii privind drogurile în pregătire în 2005**

Țara	Document	Interval de timp
Italia	Plan de acțiune	2004–08
Austria	Strategia națională	
Portugalia	Plan național de strategie și plan de acțiune	2005–08
Suedia	Plan de acțiune	
Norvegia	Plan de acțiune	

rezultate și evaluare. În Belgia, autoritățile de sănătate publică din Comunitatea franceză și Valonia au numit un grup de experți cu scopul de a stabili un „plan coordonat de prevenire, ajutorare și îngrijire în toxicomanie”. Grupul a recomandat ca „prioritățile și obiectivele să fie mai clar definite de către guverne”, „să se efectueze o definiție clară a principiilor de bază ale unei politici comune în privința drogurilor” și „să se identifice o cronologie a strategiilor alese”. Planul de acțiune pe 2005-2006 în Republica Cehă urmează o direcție similară, precizând scopuri concrete și activitățile necesare pentru atingerea acestor scopuri, stabilind responsabilitățile ministerelor, precum și termenii și indicatorii de îndeplinire pentru fiecare domeniu.

### Evaluarea strategiilor naționale privind drogurile

Multe țări europene își reînnoiesc automat strategiile naționale privind drogurile, punând în mișcare un proces ciclic, în care rezultatele strategiei anterioare sau evaluarea ei oferă punctele de plecare pentru strategia viitoare (EMCDDA, 2004a).

În anul 2005, astfel de procese au fost raportate de către Irlanda, Luxemburg, Ungaria și România. Evaluarea punerii în aplicare a Hungarian Strategy to Combat the Drug Problem [Strategiei maghiare de combatere a toxicomaniei] a fost efectuată de un consultant extern, Dutch Trimbos Institute [Institutul olandez Trimbos], prima evaluare de către experți străini a unei strategii naționale privind drogurile. Evaluarea s-a concentrat pe rezultatele intermediare ale strategiilor privind drogurile și a condus la un set de

recomandări pentru strategiile viitoare privind drogurile și posibilitățile de întărire a coordonării în domeniul politicilor privind drogurile. Există similitudini cu evaluarea făcută în 2004 a strategiei naționale din 1999 a Portugaliei și a planului de acțiune pentru perioada 2001-2004, efectuată extern de către Institutul național portughez pentru administrație publică și intern de către Institutul pentru droguri și toxicomanie (IDT). Ungaria și Portugalia sunt primele țări din Europa care au solicitat o evaluare externă a strategiilor lor naționale privind drogurile.

În 2005, analiza intermediară a strategiei Irlandei privind drogurile pe perioada 2001-2008, bazată pe un proces de consultare publică și analizare a datelor esențiale naționale și din UE, a recomandat „reorientarea” priorităților, pentru a răspunde mai bine noilor tendințe privind tratamentul, consumul mixt, consumul de cocaină și răspândirea HIV și a hepatitei C, precum și „reenergizarea” desfășurării și punerea în aplicare a unor acțiuni de bază în perioada rămasă a strategiei. Iar în România, strategia națională antidrog pentru 2003-2004 a fost evaluată cu participarea tuturor instituțiilor statului implicate în domeniul drogurilor, utilizându-se datele care au stat la baza noii strategii naționale antidrog pe perioada 2005-2012. În Luxemburg, 87 % dintre măsurile prevăzute în planul național de acțiune privind drogurile au fost puse în aplicare la termenul prevăzut. S-a raportat că măsurile neaplicate (de ex. programul de distribuire a heroinei) au fost amânate în special pe motive politice. Acțiunile încă nerealizate au fost incluse în noul plan de acțiune.

Mai mult, raportările din ultimul an sugerează că strategiile naționale privind drogurile încep să aibă efecte vizibile. Dacă nu este încă posibil să se afirme cu certitudine că scopul general de reducere a cererii și ofertei au fost atinse, este neîndoios că strategiile naționale privind drogurile au atins importante obiective specifice.

Evaluarea strategiei din Portugalia privind drogurile, adoptată în 1999, îi atribuie acestuia o creștere a disponibilității tratamentelor în legătură cu drogurile, o reducere a deceselor legate de droguri și a prevalenței HIV, precum și o creștere a rapoartelor de poliție legate de traficul de droguri. Pe de altă parte, s-a constatat și o reducere a vârstei la care se încearcă pentru prima dată drogurile și o creștere a deceselor asociate de alte substanțe decât opiaceele. În Spania, evaluarea strategiei naționale (2003), deși recunoaște că obiectivul reducerii consumului de droguri nu a fost atins, arată că s-au obținut rezultate bune în domeniul asistenței toxicomanilor și cel al reducerii efectelor nocive, iar în alte domenii, cum sunt cercetarea și educația, cooperarea internațională și reducerea ofertei, s-au obținut rezultate satisfăcătoare. În afară de aceasta, Ministerul Sănătății și al Problemelor Consumatorilor a aprobat un plan de acțiune pe perioada 2005-2008 de mobilizare și aplicare a inițiativelor cu scopul dezvoltării și revitalizării strategiei naționale privind drogurile. Iar, în ceea ce privește Grecia, o consecință a planului național

de acțiune pe perioada 2002-2006 a constituit-o extinderea programelor de tratament disponibile ca tipuri și grade de acoperire.

În Suedia, planul național de acțiune privind drogurile pe perioada 2002-2005 a avut ca rezultat o creștere a priorității problemei drogurilor în agenda politică la nivel local, regional și național. Majoritatea municipalităților din Suedia au în prezent o formă oarecare de plan de acțiune în privința drogurilor, iar prioritatea cea mai înaltă este acordată coordonării și cooperării dintre organismele interesate în domeniul drogurilor, rezultând îmbunătățiri în aceste domenii. De asemenea, s-au dezvoltat atât tipurile, cât și accesibilitatea tratamentelor disponibile pentru toxicomani. În Regatul Unit, Audit Commission [Comisia de Audit], cu toate că a constatat progrese în tratamentul toxicomaniei, a sugerat că mai rămâne loc pentru o ameliorare a dotărilor pentru reintegrarea și reabilitarea toxicomanilor, cum ar fi posibilitățile de cazare, asistența socială și alte servicii de asistență. Pe viitor, reușita guvernului de a atinge scopurile strategiei privind drogurile se va măsura prin atingerea unor obiective stabilite în planurile de acțiune și printr-un index de nocivitate a drogurilor (DHI), care va evalua daunele provocate de consumul problematic al drogurilor ilegale.

În sfârșit, evaluarea este prezentată ca un element cheie în strategiile naționale nou adoptate privind drogurile. În Lituania, Consiliul de control al drogurilor și de coordonare a restrângerii toxicomaniei evaluează anual progresul în aplicarea programului, iar în Luxemburg se va efectua în 2009 o evaluare externă finală a rezultatelor.

## Cheltuieli publice legate de droguri

Deși cheltuielile sunt deseori înregistrate pe perioade diferite de timp și nu există o definiție comună a cheltuielilor publice legate de droguri, estimările curente sugerează o creștere a acestor cheltuieli în unele țări, printre care Republica Cehă, Danemarca, Luxemburg, Austria și Polonia.

Printre țările care au comunicat cheltuielile legate de droguri pe anul 2004 se numără Republica Cehă (11,0 milioane EUR), Spania (între 302 și 325 milioane EUR), Cipru (2,8 milioane EUR), Polonia (51 milioane EUR) și Norvegia (46 milioane EUR). Două țări au comunicat cheltuieli bugetare mai recente acordate abordării drogurilor: Luxemburg (6 milioane EUR în 2005) și Regatul Unit (2 miliarde EUR în 2004/2005).

În Slovacia, se estimează că totalul cheltuielilor publice în domeniul drogurilor a fost de 14,5 milioane EUR în 2004, dintre care 8,4 milioane EUR pentru aplicarea legii, iar 6,1 milioane EUR pentru asistența socială și medicală.

În Suedia, se estimează la circa 0,9 miliarde EUR cheltuielile din 2002 pentru politica în domeniul drogurilor (estimarea minimă de 0,5 miliarde EUR, iar estimarea maximă de 1,2 miliarde EUR). Compararea estimărilor pentru 2002 cu

datele din 1991 arată o creștere substanțială a cheltuielilor publice pentru aplicarea politicii privind drogurile.

În Irlanda, analiza intermediară a strategiei naționale privind drogurile, publicată în iunie 2005, recunoaște că „stabilirea dimensiunilor cheltuielilor este vitală pentru a măsura eficiența costurilor diferitelor elemente ale strategiei”, iar estimarea cheltuielilor efectuate de poliție va începe în scurt timp. În Portugalia, Institutul pentru Droguri și Toxicomanie (IDT) finanțează studii pentru a dezvolta și testa un model de estimare a costurilor legate de utilizarea abuzivă a drogurilor, iar, în Belgia, la sfârșitul anului 2005 s-a instituit o continuare a unui studiu din 2004 privind cheltuielile publice. Deși izolate, aceste date interesante arată că studiul cheltuielilor legate de droguri constituie o parte tot mai importantă a agendei politice a unor state membre.

## Evoluții în UE privind legislația și politicile

### Planuri de acțiune

La nivelul Uniunii Europene, două planuri de acțiune adoptate în 2005 au creat, direct sau indirect, un nou cadru de referință pentru dezvoltarea politicilor comunitare în domeniul drogurilor pentru următorii ani. În primul rând, după ce a examinat propunerea Comisiei din februarie 2005 și ținând în întregime cont de evaluarea finală a strategiei Uniunii Europene privind drogurile și a planului de acțiune al UE (2000-2004), Consiliul a aprobat, în iunie 2005, planul de acțiune al UE pe 2005-2008 privind drogurile. Noul plan de acțiune urmează structura și obiectivele Strategiei Uniunii Europene privind drogurile pe perioada 2005-2012, menționând circa 100 de acțiuni specifice pe care UE și statele membre trebuie să le aplice până la sfârșitul anului 2008.

Evaluarea constituie o parte substanțială a noului plan de acțiune al Uniunii Europene privind drogurile. Evaluarea este concepută ca un proces continuu, gradual și participativ. Evaluarea este continuă, întrucât Comisia Europeană, cu sprijinul OEDT și al Europolului, va prezenta analize anuale de realizare. Este și graduală, întrucât fiecare analiză anuală de realizare va încadra rezultatele anului care se încheie în contextul anului precedent. În sfârșit, procesul este participativ, implicând un Comitet director de evaluare, a cărui sarcină va fi de a defini metodologia, rezultatele și calendarul provizoriu. Ca și în cazul evaluării planului de acțiune UE pe 2000-2004, Comitetul director va fi constituit din reprezentanții serviciilor corespunzătoare ale Comisiei, ai OEDT și Europolului, ca și din reprezentanții statelor membre. Vor fi organizate și mai multe audieri consultative

pentru reprezentanții societății civile. La încheierea planului de acțiune privind drogurile pe perioada 2005-2008, și pentru prima dată la nivel european, se va organiza o evaluare de impact cu scopul de a propune un nou plan de acțiune pe perioada 2009-2012, care va avea ca punct de plecare respectiva evaluare. Comisia va efectua, în 2012, o evaluare finală a strategiei și a planului de acțiune.

Acest plan de acțiune al Uniunii Europene în privința drogurilor este și o componentă a planului de acțiune pentru aplicarea Programului de la Haga, care stabilește obiectivele de atins privind spațiul de libertate, securitate și justiție în Uniunea Europeană, pentru perioada 2005-2010. Acest plan de acțiune a fost prezentat de către Comisie în mai 2005 și aprobat de Consiliu în iunie 2005.

Planul de acțiune al UE pentru 2005-2008 reflectă abordarea echilibrată a Uniunii Europene privind fenomenul drogurilor, adică o abordare cuprinzătoare și multidisciplinară, care analizează chestiunea sub toate unghiurile: coordonare, reducerea cererii; reducerea ofertei; cooperare internațională; informare, cercetare și evaluare.

### Reducerea ofertei de droguri

Două activități importante din UE în domeniul reducerii ofertei de droguri au fost însoțite de intrarea în vigoare, la 18 august 2005, a celor două regulamente UE privind precursorii, adoptate în 2004. Controlul precursorilor chimici este un aspect important al reducerii ofertei de droguri, întrucât aceste substanțe sunt indispensabile producerii de droguri. În UE, acțiunile în acest domeniu îmbracă două forme: în primul rând, reglementarea comerțului cu anumite substanțe dintre UE și țări terțe, iar, în al doilea rând, reglementarea comerțului pe piața internă.

Adoptat în 1990, în vederea alinierii la dispozițiile articolului 12 din Convenția Națiunilor Unite împotriva traficului ilicit de substanțe psihotrope și narcotice din 1998, care se referă la controlul precursorilor, primul regulament stabilește măsurile care trebuie adoptate pentru descurajarea deturnării anumitor substanțe către fabricarea ilicită de narcotice și substanțe psihotrope <sup>(1)</sup>. Acesta a fost înlocuit în decembrie 2004 de un nou regulament, cu un domeniu de aplicare extins, menit să combată și fabricarea de droguri sintetice <sup>(2)</sup>.

O directivă a Consiliului <sup>(3)</sup>, emisă 2 ani mai târziu, în 1992, a completat sistemul și a adoptat dispozițiile corespunzătoare pentru piața internă (fabricarea și introducerea pe piață a anumitor substanțe utilizate în fabricarea ilicită de narcotice și substanțe psihotrope), inclusiv măsurile de control. Directiva a fost înlocuită de un nou regulament, adoptat la 11 februarie 2004 <sup>(4)</sup>.

<sup>(1)</sup> Regulamentul (CEE) Nr. 3677/90 al Consiliului din 13 decembrie 1990, JO L 357, 20.12.1990, p. 1.

<sup>(2)</sup> Regulamentul (CE) Nr. 111/2005 al Consiliului din 22 decembrie 2004, JO L 22, 26.1.2005, p. 1.

<sup>(3)</sup> Directiva 109/92/CEE a Consiliului din 14 decembrie 1992, JO L 370, 19.12.1992, p. 76.

<sup>(4)</sup> Regulamentul (CE) Nr. 273/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 11 februarie 2004, JO L 47, 18.2.2004, p. 1.

În urma extinderii UE, legislatorii din Comunitate au decis să înlocuiască directiva din 1992 cu un regulament, pentru ca „orice modificare a directivei menționate și a anexelor la acesta să ducă la adoptarea de măsuri de punere în aplicare în cele 25 de state membre”. Noul instrument a instituit măsuri armonizate de control și monitorizare, în interiorul UE, a substanțelor utilizate în mod frecvent în fabricarea ilicită de narcotice și substanțe psihotrope, în vederea prevenirii deturnării acestor substanțe. În special, regulamentul obligă statele membre să adopte măsurile necesare pentru a permite autorităților competente naționale să își îndeplinească sarcinile de control și monitorizare. În sfârșit, la 18 august 2005, a intrat în vigoare un regulament de punere în aplicare a celor două regulamente anterioare <sup>(5)</sup>.

Aceste acțiuni din domeniul controlului precursorilor completează o altă parte importantă a activităților UE în domeniul reducerii ofertei. Profitând de posibilitățile oferite de Tratatul de la Maastricht, UE a creat un cadru legislativ de combatere a traficului de droguri și de îmbunătățire a cooperării judiciare. Începând cu 1995-1996, au fost adoptate mai multe acțiuni comune în acest domeniu și, de curând, au fost adoptate o decizie cadru de armonizare a sancțiunilor minime pentru traficul de droguri și o decizie privind noile substanțe psihoactive (vezi „Acțiuni în privința noilor droguri”, p. 55).

Pe lângă aceste instrumente legale, a fost adoptat și pus în aplicare un program de cooperare judiciară și polițienească în materie penală. Agis este un program cadru menit să ajute poliția, alte agenții și sistemul judiciar din statele membre UE și din țările candidate să coopereze în materie penală în lupta împotriva crimei organizate. Începând cu 2003, acesta a ajutat la finanțarea mai multor proiecte. Producția și traficul de droguri organizate la nivel internațional, precum și deturnarea precursorilor sunt menționate în cadrul domeniilor de activitate și al subiectelor specifice pentru 2006 ale programului de lucru Agis și al cererii de oferte (care s-a încheiat în ianuarie 2006).

### Spălarea banilor și confiscarea de active

S-au adus unele modificări și instrumentelor legale din domeniul spălării banilor și al confiscării de active. Directiva 91/308 privind prevenirea folosirii sistemului financiar în scopul spălării banilor <sup>(6)</sup>, adoptată în 1991 pe baza legală referitoare la piața internă și modificată în 2001, a încercat să armonizeze legislațiile din acest domeniu din statele membre. Unul dintre motivele adoptării acestei directive a fost încercarea de a evita posibilitatea ca absența unei acțiuni comune a Comunității Europene împotriva spălării banilor să ducă la situația în care statele membre

ar adopta măsuri protecționiste care ar întârzia instituirea și finalizarea pieței interne. În iunie 2004, Comisia a propus o nouă directivă cu același scop, dar care includea și finanțarea terorismului. Limitarea sferei directivei la veniturile provenite din traficul de droguri a fost considerată o măsură restrictivă, astfel încât Comisia a propus extinderea gamei de infracțiuni care intră sub incidența acesteia. Noua directivă, adoptată în octombrie 2005, oferă o definiție precisă a infracțiunilor grave și se referă la spălarea banilor proveniți din astfel de infracțiuni, inclusiv la finanțarea activităților teroriste.

La 24 februarie 2005, Consiliul a adoptat, de asemenea, o decizie cadru privind „confiscarea banilor, a instrumentelor financiare și a proprietăților provenite din infracțiuni”. Decizia dorește să garanteze faptul că în toate statele membre sunt în vigoare norme eficiente cu privire la confiscarea instrumentelor financiare și a banilor proveniți din infracțiuni care se pedepsesc prin privarea de libertate pe o perioadă mai mare de 1 an. Există o legislație UE vizând acest domeniu, dar aceasta a fost considerată insuficientă. Noua decizie cadru vizează instaurarea unei cooperări transfrontaliere eficiente în ceea ce privește confiscarea. Mecanismul confiscării se extinde la alte proprietăți dobândite prin infracțiuni, atunci când infracțiunea este comisă în cadrul unei organizații criminale și când intră sub incidența uneia dintre celelalte decizii cadru ale UE. Printre acestea se numără Decizia Cadru 2004/757/JAI, care stabilește dispozițiile minime privind elementele constitutive ale infracțiunilor și pedepsele din domeniul traficului ilicit de droguri. Statele membre vor adopta măsurile necesare pentru a se conforma acestei directive cadru până la 15 martie 2007.

### Sănătatea publică

Reducerea cererii face parte din abordarea europeană echilibrată a problemei drogurilor. În 2005, în contextul punerii în aplicare a Programului de acțiune comunitară în domeniul sănătății publice 2003-2008, Comisia Europeană a selectat pentru finanțare câteva proiecte legate de droguri în scopul „promovării sănătății și al prevenirii îmbolnăvirilor prin combaterea factorilor determinanți prin toate politicile și activitățile”. Primul proiect care va fi finanțat în domeniul drogurilor, numit EU-Dap 2, este un proiect de evaluare a programului de prevenție școlară EU-Dap, menit să scadă consumul de tutun, alcool și droguri pe termen lung. Cel de-al doilea proiect, IATPAD, urmărește îmbunătățirea accesului la tratament al persoanelor cu probleme legate de alcool și de droguri. Există și alte proiecte orizontale care urmăresc prevenirea consumului de droguri și care necesită cofinanțare, cum ar fi „PEER-Drive clean!” [Frate, urcă-te curat la volan!], un proiect inovator, adresat persoanelor

<sup>(5)</sup> Regulamentul (CE) Nr. 1277/2005 al Consiliului din 27 iulie 2005, JO L 202, 3.8.2005, p. 7.

<sup>(6)</sup> Directiva 91/308/CEE a Consiliului din 10 iunie 1991 privind prevenirea folosirii sistemului financiar în scopul spălării banilor. JO L 166, 28.06.1991, pp. 77-83.

cu vârste cuprinse între 18 și 24 de ani și menit să prevină urcarea la volan sub influența alcoolului sau a drogurilor. Aceste proiecte au fost selectate pentru finanțare și ar trebui să fie cofinanțate, cu condiția ca procedurile de negociere cu Comisia Europeană să aibă succes și să se semneze acordul de subvenționare (<sup>7</sup>).

### Regulamentul OEDT

În sfârșit, la 31 august 2005, Comisia a adoptat o nouă propunere de modificare a regulamentului de înființare a OEDT. Noul regulament este un instrument important de facilitare a activității OEDT, întrucât definește noi sarcini pentru acesta. În special, el permite OEDT să țină seama de noile modele de consum al drogurilor și de noile tendințe de consum de mai multe droguri, inclusiv de combinarea substanțelor psihoactive licite cu cele ilicite, în elaborarea de instrumente care să ajute statele membre și UE să monitorizeze și să-și evalueze politicile și strategiile în domeniul drogurilor, precum și să coopereze cu țări care nu sunt membre ale UE, cum sunt țările candidate sau țările din Balcanii de Vest. Regulamentul cuprinde de asemenea modificări ale Comitetului științific și ale Consiliului director. În conformitate cu articolul 152 TEC, acest text trebuie acum adoptat de către Consiliu și Parlamentul European, conform procedurii de codecizie.

### Noi reglementări naționale

În perioada raportată, câteva țări și-au modificat în mod substanțial reglementările legislative referitoare la infracțiunile și la pedepsele pentru posesie și trafic de droguri.

În România, o nouă lege și un nou Cod Penal au introdus distincții între infracțiuni și delictе (delictеle fiind sancționabile acum în principal prin muncă în folosul comunității și prin amenzi pe zi), între consumatori și consumatori dependenți și între drogurile cu risc înalt și cele cu risc redus. Infracțiunilor reglementate prin legea privind drogurile li se pot aplica acum scutiri de pedeapsă și amânări de punere în aplicare a pedepsei. Tratarea consumatorilor dependenți poate să aibă loc acum prin intermediul unui program de asistență integrată, supervizat de un manager de caz. Au fost mărite pedepsele pentru infracțiuni cum ar fi punerea la dispoziție a unui loc pentru consumul de droguri, tolerarea consumului într-un astfel de loc sau încurajarea consumului de droguri. Au fost, de asemenea, mărite sentințele pentru administrarea ilegală de droguri de risc înalt unei persoane și pentru furnizarea de substanțe chimice toxice inhalante unui minor.

În Bulgaria, a fost adoptată în iunie 2004 noua Lege privind substanțele narcotice și precursorii. Această lege stabilește funcția organismelor de stat în controlul procedurilor de reglementare referitoare la droguri, în punerea în aplicare

a măsurilor împotriva abuzului și traficului de droguri și în cercetarea în domeniu. Un amendament suplimentar a eliminat scutirea consumatorilor dependenți de responsabilitate penală în cazul în care sunt găsiți în posesia unei singure doze (vezi discuția în continuare).

În Slovacia, noul Cod Penal redefiniște infracțiunile de posesie de droguri pentru consum personal și pentru trafic. Spre deosebire de infracțiunea anterioară de posesie pentru consum personal (definită ca posesie a unei singure doze), secțiunea 171 vorbește despre două infracțiuni legate de posesia pentru consum personal, în funcție de numărul de doze posedate (pentru detalii, vezi în continuare). Se pot impune, de asemenea, două tipuri de sancțiuni pentru aceste infracțiuni: arest la domiciliu sub supraveghere sau serviciu în folosul comunității. Posesia a mai mult de 10 doze intră sub incidența secțiunii 172, care, în funcție de circumstanțele agravante, prevede sentințe cu închisoarea de la 4 ani la închisoare pe viață. În plus, limita de vârstă pentru răspunderea penală a fost coborâtă de la 15 la 14 ani.

În Lituania, posesia de droguri în vederea vânzării nu se mai poate sancționa cu până la 90 de zile în arestul poliției, ci atrage acum după sine o pedeapsă minimă semnificativ mai severă, respectiv pedeapsa cu închisoarea, cu toate că sentința minimă a fost coborâtă de la 5 la 2 ani. Pedeapsa maximă pentru furtul unei mari cantități de droguri sau pentru furtul de către un grup organizat a fost mărită la 15 ani.

În Italia, modificările legislative recente (din februarie 2006) au reclasificat drogurile în două mari grupe, față de șase grupe anterioare (toate substanțele lipsite de uz terapeutic intră într-o singură grupă, eliminându-se astfel noțiunea de droguri slabe și droguri tari), au definit limita dintre consum personal și trafic, au revizuit sancțiunile, introducând arestul la domiciliu și serviciul în folosul comunității și au sporit accesul la soluții alternative la închisoare. În plus, toți utilizatorii de droguri au acum dreptul să aleagă liber tipul și locul tratamentului pe care îl urmează și instituția care le certifică starea de dependență de droguri, aceste servicii nemaifiind furnizate exclusiv de sectorul public.

În Regatul Unit, Legea privind drogurile din 2005 a adus un număr de modificări semnificative la legislația națională, printre care clarificarea clasificării ciupercilor care conțin psilocină și psilocibină ca droguri de clasă A; presupunerea unei intenții de furnizare atunci când se descoperă o anumită cantitate de droguri controlate; acordarea dreptului pentru poliție de a-i supune unui test pe cei care comit infracțiuni legate de droguri în momentul arestării și nu doar în cel al punerii sub acuzare; obligarea celor testați pozitiv să se supună unei evaluări în privința consumului de droguri și solicitarea ca tribunalele și curțile de justiție să țină seama de factorii agravanți (cum ar fi vânzarea de droguri în apropierea unei școli) la pronunțarea sentinței. Tribunalele pot, de asemenea, să retrimită în arestul poliției

(<sup>7</sup>) Pentru mai multe informații, a se vedea [http://ec.europa.eu/health/ph\\_projects/action3\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_projects/action3_en.htm).

pe o perioadă de până la 8 zile (anterior 4 zile) pe cei care înghit pachetele de droguri, iar curțile sau jurații pot acum să acuze de obstrucționarea justiției persoanele care refuză, fără motiv întemeiat, să permită percheziția sau scanarea corporală intimă.

În general, se constată o tendință în întreaga Europă de reducere sau eliminare a pedepselor privative de libertate pentru infracțiuni legate de uzul personal și, în același timp, de mărirea a pedepselor pentru infracțiuni legate de furnizarea de droguri (9).

### Cantități

În perioada raportată, mai multe țări au reglementat prin lege limitele cantitative de droguri.

În Belgia, în urma anulării de către Curtea Constituțională a articolului 16 din legea din 2003, infracțiunile legate de cannabis sunt reglementate printr-o nouă directivă comună a Ministerului Justiției și a Parchetului General. Aceasta prevede că posesia unei cantități mici de cannabis (de maximum 3 grame sau o plantă) de către un adult are drept consecință o simplă înregistrare la poliție, dacă nu există circumstanțe agravante.

În Slovacia, rolul cantității este esențial în noul Cod Penal în ceea ce privește infracțiunile legate de droguri. Secțiunea 171 stabilește două infracțiuni legate de posesia pentru consum personal: posesia a maximum trei doze se poate pedepsi cu închisoare de până la 3 ani, în vreme ce posesia unei „cantități mai mari” (de până la 10 doze) poate duce la o pedeapsă de până la 5 ani de închisoare. Posesia a mai mult de 10 doze intră sub incidența secțiunii 172. Aceasta permite impunerea unei pedepse cu închisoare între 4 și 10 ani, dacă nu există circumstanțe agravante, a unei pedepse cu închisoare între 10 și 15 ani pentru posesia unei cantități mai mari (cu o valoare de stradă care depășește de peste 10 ori „nivelul de bază” de 8 000 SKK – aproximativ 200 EUR), a închisorii între 15 și 20 de ani pentru posesia de droguri în cantități considerabile (definite ca de peste 100 de ori nivelul de bază) și respectiv a unei pedepse cu închisoare între 20 și 25 de ani sau cu închisoare pe viață pentru posesia unei cantități mari (definite ca de peste 500 de ori nivelul de bază).

Din 2002 în 2005, Institutul Max Planck din Germania a efectuat o evaluare a secțiunii a 31-a din Legea germană privind narcoticele, care permite scutirea de urmărire penală, în anumite circumstanțe, a posesorilor de „cantități ne semnificative” de droguri. Evaluarea a stabilit că, în practică, aplicarea secțiunii a 31-a variază în mod considerabil în cele 16 landuri din Germania, în parte din cauza interpretării diferite date sintagmei „ne semnificative”

(Schäfer and Paoli, 2006). În martie 2005, landul Berlin a adoptat o revizuire a „Orientărilor privind cannabisul”, conform căreia nu se declanșează urmărire penală pentru posesia a până la 10 g de cannabis, dacă se respectă anumite criterii. În anumite cazuri individuale, această cantitate poate crește până la 15 grame.

Ministerul Sănătății din Lituania a modificat recomandările cu privire la ce înseamnă cantități mici, mari și foarte mari de narcotice și substanțe psihotrope, redefinind aceste cantități. În Regatul Unit, Legea privind drogurile din 2005 introduce acum prezumția de intenție de furnizare, atunci când se descoperă o anumită cantitate de droguri controlate, cantitățile fiind stabilite prin reglementări adoptate în primăvara lui 2006.

În Bulgaria, Amendamentul și Legea de completare a Codului Penal (noua SG 26/04) abrogă secțiunea a 354-a (3), care îi scutea pe consumatorii dependenți de răspundere penală dacă erau descoperiți în posesia unei singure doze. Printre motivele invocate pentru această modificare a legii sunt dificultățile întâmpinate în definirea cantității corespunzătoare unei singure doze și dovezile că s-a abuzat de această excepție în folosul furnizorilor de droguri.

În Italia, modificările aplicate din februarie 2006 au impus noi limite de cantitate care stabilesc pragul dintre consumul personal și trafic, pe baza cantității de principii active din drog, după eliminarea, în 1993, a acestor limite. Limitele sunt indicate într-un Decret specific al Ministerului Sănătății din aprilie 2006.

Așa cum a arătat deja studiul efectuat de baza europeană de date juridice privind drogurile (ELDD) (9), rolul cantității în legislațiile privind drogurile este destul de variat; în unele țări (de exemplu, Slovacia), cantitățile care delimitează infracțiunile sunt definite strict, în vreme ce în altele (de exemplu, în Regatul Unit), cantitățile sunt orientative și servesc doar la susținerea prezumției de intenție de furnizare. Cantitățile pot servi și la operarea de distincții între infracțiuni (de exemplu, posesie sau furnizare) sau la determinarea pedepsei pentru o aceeași infracțiune. Deși multe țări fac referire la cantități în legile lor respective, cantitatea se poate defini în diferite moduri (greutate, valoare) sau poate să nu fie definită deloc. Ultimele modificări, aparent opuse, din Italia și Bulgaria arată doar că nu există un consens european clar în această privință.

### Statistici referitoare la sentințe

Monitorizarea sentințelor pronunțate în cazurile legate de droguri a fost discutată sau aplicată în mai multe țări, iar, în unele cazuri, s-a putut chiar acționa deja pe baza rezultatelor.

(9) A se vedea Raportul anual pe 2005 (<http://ar2005.emcdda.europa.eu/ro/page013-ro.html>). A se vedea, de asemenea, „Consumul de droguri ilicite în UE: abordări legislative”, un document tematic al OEDT (<http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5175>).

(9) A se vedea „Rolul cantității în urmărirea penală a infracțiunilor legate de droguri”, un raport judiciar al ELDD, și tabelul 1 din „Consumul de droguri ilicite în UE: abordări legislative” (ambele disponibile la <http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5175>).



În Irlanda, s-a aprobat înființarea unei unități centrale pentru statistici legate de infracțiuni care să monitorizeze statisticile referitoare la arestări, urmăriri penale și natura sentințelor pronunțate, în conformitate cu strategia națională în privința drogurilor.

Legea germană privind narcoticele permite procurorului să întrerupă procedurile judiciare pentru posesia de droguri fără aprobarea judecătorului, în anumite circumstanțe. În ciuda recomandărilor și orientărilor în această privință, reglementările continuă să difere în mod semnificativ de la un land la altul. Studiul menționat anterior cu privire la aceste diferențe, realizat în beneficiul Ministerului Sănătății, a luat în considerare sentințele pronunțate în peste 1 800 de cazuri din șase landuri diferite (Schäfer and Paoli, 2006).

În unele provincii din Austria, au existat tentative de standardizare a modalității de aplicare a Secțiunilor 12 și 35(4) din Legea privind narcoticele, care definește proceduri simplificate de retragere a unei plângeri la poliție, în cazul cumpărării sau posesiei unei cantități mici de cannabis. Alte statistici au arătat că renunțarea la plângeri ca alternative statutare la pedepse a crescut în 2004, cu toate că plângerile și condamnările cu continuat să crească, în vreme ce numărul de proceduri judiciare suspendate a scăzut ușor.

În România, au fost studiate statisticile privind sentințele pronunțate de instanțe în vederea monitorizării succesului reintegrării sociale a consumatorilor de droguri care au comis infracțiuni altele decât consumul de droguri. În majoritatea cazurilor, pedeapsa a fost suspendarea sancțiunii sub supraveghere. Începând cu 2004, s-a remarcat faptul că au fost impuse tot mai rar tratamente obligatorii, scăzând astfel în mod semnificativ implicarea serviciilor de probațiune și, deci, contribuția acestora la reabilitarea socială a consumatorilor de droguri.

Statisticile referitoare la pedepse sau la evitarea pedepselor oferă o imagine mult mai exactă a punerii în aplicare a politicii unei țări în privința drogurilor decât o fac textele de lege (vezi EMCDDA, 2002a). Cu toate că nu toate statele membre colectează statistici exhaustive în privința pedepselor, spre deosebire de statisticile privind arestările, statele încep să raporteze un interes crescând față de monitorizarea acestora, ceea ce se încadrează în tendința de a evalua instrumentele create de politicieni<sup>(10)</sup>. Problema colectării și analizării statisticilor referitoare la sentințe a fost discutată în cursul unei întâlniri la nivel de experți OEDT în 2006.

## Infracționalitatea legată de droguri

Acțiunea 25.1 din Planul de acțiune al UE în privința drogurilor 2005–2008 prevede adoptarea de către Consiliu, până în 2007, a unei definiții comune a „infracționalității

### Rapoarte privind legătura dintre droguri și infracționalitate

În Republica Cehă, în cadrul unei anchete realizate în 2005, departamentele regionale de poliție au fost anchetate pentru al doilea an consecutiv în legătură cu infracționalitatea legată de droguri. S-a estimat că, în 2004, aproximativ 62% din delictele legate de producerea/distribuirea de droguri, 25% din cazurile de înșelăciune, 21% din infracțiunile care implică însușirea ilegală de fonduri/prorietăți și 20% din furturile comune au fost comise de către consumatorii de droguri pentru a-și finanța consumul (raportul național al Cehiei).

O anchetă efectuată în 2004 în Finlanda, în rândul persoanelor cu vârste cuprinse între 15–16 ani, a arătat că aproximativ 7 % dintre cei care folosiseră cannabis în ultimul an, și-au finanțat consumul în mod ilegal, mai mult de jumătate dintre aceștia prin vânzare de droguri iar restul prin furt (Kivivuori et al., 2005, citat în raportul național al Finlandei).

În Irlanda, două studii efectuate de către Garda Research Unit [Departamentul de Cercetare Garda] în 1996 și 2000-2001 pe un eșantion de consumatori de droguri cunoscuți de către poliție, au estimat că în 1996, consumatorii de droguri erau răspunzători pentru 66 % din infracțiunile condamnabile depistate în timp ce în 2000-2001 proporția era de 28 % (Keogh, 1997; Furey și Browne, 2003, citat în raportul național al Irlandei). Sondajul din 2000-2001 a arătat că 23 % din cazurile de furt și 37 % din spargerile depistate au fost comise de către consumatori de opiacee.

legate de droguri”, pe baza unei propuneri a Comisiei, fundamentată pe studiile existente care trebuie prezentate de OEDT.

Cu toate că nu există încă o definiție UE comună a infracționalității legate de droguri, se consideră, în general, că aceasta se referă la infracțiuni comise sub influența drogurilor, pentru a finanța consumul de droguri, în contextul funcționării unor piețe de droguri ilicite sau care încalcă legislația în domeniul drogurilor. În UE, există date de rutină disponibile numai pentru ultimul tip de infracțiuni – cele care încalcă legislația în domeniul drogurilor.

Datele referitoare la primele trei tipuri de infracțiuni sunt rare sau sporadice în UE. Unele provin din studii locale spontane, de la care este mai dificilă extrapolarea, în timp ce altele se referă doar la infracțiunile legate de un anumit tip de droguri.

Datele referitoare la „rapoartele”<sup>(11)</sup> privind infracțiunile legate de droguri sunt disponibile în toate țările europene analizate în prezentul raport. Ele reflectă diferențele existente între legislațiile naționale, dar și modurile diferite în care se aplică și se impun legile, precum și diferențele de priorități și de resurse alocate de organele de urmărire

<sup>(10)</sup> A se vedea „Politici naționale: evaluarea legilor” (<http://ar2004.emcdda.europa.eu/en/page021-en.html>).

<sup>(11)</sup> Termenul „rapoarte” privind infracțiunile legate de droguri este menționat între ghilimele, întrucât acoperă concepte diferite în țări diferite. Pentru o definiție mai exactă pe țări, vă rugăm să consultați notele metodologice referitoare la infracțiunile legate de droguri din Buletinul statistic 2006.

penală pentru anumite tipuri de infracțiuni. În plus, există diferențe între sistemele naționale de informații referitoare la infracțiunile legate de droguri, în special în ceea ce privește practicile de raportare și înregistrare, respectiv ce anume se consemnează, când și cum. Întrucât aceste diferențe fac dificilă compararea directă a situațiilor dintre țările europene <sup>(12)</sup>, este preferabil să comparăm mai curând tendințe decât cifre absolute.

Pe perioada de cinci ani dintre 1999 și 2004, numărul de „rapoarte” privind infracțiunile legate de droguri a crescut global în majoritatea țărilor europene (de fapt, în toate țările cuprinse în raport cu excepția Italiei și a Portugaliei, cu creșteri semnificative – de peste două ori – în Estonia, Lituania <sup>(13)</sup>, Ungaria <sup>(14)</sup> și Polonia). În 2004, tendința crescătoare a fost confirmată în majoritatea țărilor cuprinse în raport <sup>(15)</sup>, deși câteva țări au raportat o diminuare față de anul anterior – Republica Cehă, Grecia, Letonia, Luxemburg, Portugalia, Slovenia (față de 2001), Slovacia, Finlanda și Bulgaria <sup>(16)</sup>.

În majoritatea statelor membre, aproape toate infracțiunile legate de droguri raportate <sup>(17)</sup> se referă la consumul de droguri sau la posesia în vederea consumului <sup>(18)</sup>, variind, în 2004, între 61 % dintre toate infracțiunile legate de droguri în Polonia, și 90 % în Austria. În Republica Cehă, Luxemburg, Țările de Jos și Turcia, infracțiunile legate de droguri cel mai des raportate se referă la vânzare sau trafic, proporția variind între 48 % dintre toate infracțiunile legate de droguri în Luxemburg și în 93 % Republica Cehă.

Pe aceeași perioadă de cinci ani, numărul de infracțiuni legate de posesie și consum a crescut global în toate țările cuprinse în raport, cu excepția Italiei, Portugaliei, Sloveniei, Bulgariei și Turciei, care au raportat o tendință descrescătoare <sup>(19)</sup>. Proporția în cadrul infracțiunilor legate de droguri reprezentată de aceste infracțiuni a crescut, de asemenea, în majoritatea țărilor vizate pe durata perioadei de raportare, deși rata de creștere a fost în general redusă, cu excepția Ciprului, Poloniei și Finlandei, unde s-au

înregistrat tendințele crescătoare cele mai pronunțate. Cu toate acestea, în Luxemburg, Portugalia, Bulgaria și Turcia, proporția infracțiunilor legate de posesie și consum de droguri a cunoscut o scădere globală <sup>(20)</sup>.

În majoritatea statelor membre, canabisul este drogul ilicit cel mai adesea implicat <sup>(21)</sup> în infracțiunile raportate ca legate de droguri <sup>(22)</sup>. În țările în care așa s-a întâmplat, infracțiunile în care era implicat canabisul în 2004 reprezentau 34–87 % dintre toate infracțiunile legate de droguri. În Republica Cehă și Lituania, au predominat infracțiunile legate de amfetamine, care au reprezentat 50 % și respectiv 31 % dintre toate infracțiunile legate de droguri, în vreme ce în Luxemburg, substanța cea mai raportată a fost cocaina (în 43 % dintre toate infracțiunile legate de droguri).

În perioada 1999–2004, numărul de „rapoarte” privind infracțiunile legate de droguri în care era implicat canabisul a cunoscut o creștere globală în majoritatea țărilor cuprinse în raport, deși acestea au scăzut în mod evident în Italia și Slovenia <sup>(23)</sup>. În aceeași perioadă, proporția infracțiunilor în care era implicat canabisul a crescut în Germania, Spania, Franța, Lituania, Luxemburg, Portugalia, Regatul Unit și Bulgaria, a rămas stabil în Irlanda și în Țările de Jos și a scăzut în Belgia, Italia, Austria, Slovenia și Suedia <sup>(24)</sup>. Deși în toate țările cuprinse în raport (cu excepția Republicii Cehe și a Bulgariei și, vreme de câțiva ani, și a Belgiei) canabisul este predominant mai cu seamă în infracțiunile legate de posesie și consum decât în alte infracțiuni legate de droguri, proporția infracțiunilor legate de consum în care este implicat canabisul a scăzut din 1999 în mai multe țări – respectiv în Cipru (2002–2004), Italia, Austria, Slovenia și Turcia (2002–2004) – și a scăzut în ultimul an (2003–2004) în majoritatea țărilor cuprinse în raport, ceea ce este posibil să indice o reducere a concentrării atenției organelor judiciare pe consumatorii de canabis din aceste țări <sup>(25)</sup>.

Pe aceeași perioadă de cinci ani, numărul de „rapoarte” și/sau proporția infracțiunilor legate de droguri în care era implicată heroina a scăzut în majoritatea țărilor, cu

<sup>(12)</sup> Pentru o discuție mai completă cu privire la chestiunile metodologice, vă rugăm să consultați notele metodologice referitoare la infracțiunile legate de droguri din Buletinul statistic 2006.

<sup>(13)</sup> Creșterea din Lituania a fost generată de punerea în aplicare, în mai 2003, a noului Cod Penal.

<sup>(14)</sup> Creșterea din Ungaria a fost generată în principal de modificarea Codului Penal și a procedurii de urmărire penală.

<sup>(15)</sup> Datele referitoare la „rapoartele” privind infracțiunile legate de droguri au fost disponibile pentru toate țările pentru perioada 1999–2004 (deși uneori nu pentru fiecare an), cu excepția Ciprului, Slovaciei, Bulgariei, României, Turciei și Norvegiei, iar pentru anul 2004, pentru toate țările cu excepția Irlandei, Regatului Unit și Norvegiei.

<sup>(16)</sup> A se vedea tabelul DLO-1 și figura DLO-1 din Buletinul statistic 2006.

<sup>(17)</sup> Împărțirea pe tipuri de infracțiuni a fost disponibilă pentru toate țările (deși uneori nu pentru fiecare an din perioada 1999 – 2004), cu excepția Danemarcei, Estoniei, Letoniei, Lituaniei, Ungariei, Slovaciei și României.

<sup>(18)</sup> A se vedea tabelul DLO-2 din Buletinul statistic 2006.

<sup>(19)</sup> A se vedea tabelul DLO-4 din Buletinul statistic 2006.

<sup>(20)</sup> A se vedea tabelul DLO-5 din Buletinul statistic 2006.

<sup>(21)</sup> Împărțirea infracțiunilor legate de droguri of drug pe tipuri de substanțe a fost disponibilă pentru toate țările (deși uneori nu pentru fiecare an din perioada 1999 – 2004), cu excepția Danemarcei, Estoniei, Letoniei, Ungariei, Finlandei, României și Norvegiei.

<sup>(22)</sup> A se vedea tabelul DLO-3 din Buletinul statistic 2006.

<sup>(23)</sup> A se vedea figura DLO-2 din Buletinul statistic 2006.

<sup>(24)</sup> A se vedea tabelul DLO-6 din Buletinul statistic 2006.

<sup>(25)</sup> A se vedea figura DLO-3 din Buletinul statistic 2006.

excepția Belgiei, Austriei, Sloveniei și Suediei, care au raportat tendințe crescătoare în ceea ce privește numărul de „rapoarte” care implică heroina <sup>(26)</sup> și/sau proporția infracțiunilor legate de droguri în care era implicată heroina <sup>(27)</sup>.

Pentru infracțiunile legate de cocaină, tendința este inversă: atât în termeni de număr de „rapoarte” <sup>(28)</sup>, cât

și de proporție în cadrul totalului infracțiunilor legate de droguri <sup>(29)</sup>, infracțiunile în care este implicată cocaina au devenit mai numeroase față de 1999 în majoritatea țărilor cuprinse în raport. Bulgaria este singura țară care a raportat o tendință descrescătoare a infracțiunilor legate de cocaină (atât ca număr, cât și ca proporție, în cadrul totalului infracțiunilor legate de droguri).

### Politici europene privind drogurile: extinse dincolo de consumul de droguri ilicite?, în Raportul anual 2006 al OEDT: extrase

În Europa, sfera de acoperire a politicilor privind drogurile începe să se extindă dincolo de drogurile ilicite și să cuprindă alte substanțe care implică dependența sau chiar tipuri de comportament. Această abordare se regăsește în politicile privind drogurile ale unor state membre și în strategiile UE privind drogurile. Tot mai mult, cercetările efectuate abordează problema dependenței sau a comportamentelor dependente, indiferent de substanțele implicate. Extrasul privind atenția mărită acordată strategiilor naționale privind drogurile ilicite sau politicile privind substanțele licite sau dependența în sine, are

scopul de a prezenta o primă analiză a acestui fenomen care se dezvoltă în Uniunea Europeană.

Deși strategiile privind drogurile nu se referă întotdeauna la drogurile licite sau la dependențe, conform extrasului, programele de prevenire și, în unele țări, măsurile de tratament, se aplică, atât în cazul drogurilor licite, cât și al celor ilicite, grupurile țintă fiind în primul rând copiii și tinerii. Se pare că are loc o integrare lentă, din punct de vedere strategic sau instituțional, a drogurilor licite în politica și măsurile luate împotriva drogurilor ilicite.

Prezentul extras este disponibil și în format tipărit (“European drug policies: extended beyond illicit drugs?”, în *EMCDDA annual report 2006: selected issues*) și pe Internet numai în limba engleză (<http://issues06.emcdda.europa.eu>).

<sup>(26)</sup> A se vedea figura DLO-4 din Buletinul statistic 2006.

<sup>(27)</sup> A se vedea tabelul DLO-7 din Buletinul statistic 2006; se remarcă faptul că, în Suedia, proporția infracțiunilor legate de heroină a scăzut în perioada 1999–2003.

<sup>(28)</sup> A se vedea figura DLO-5 din Buletinul statistic 2006.

<sup>(29)</sup> A se vedea tabelul DLO-8 din Buletinul statistic 2006.



## Capitolul 2

# Răspunsul la problema drogurilor în Europa – o privire de ansamblu

### Prevenirea

Experiența mai multor state membre sugerează că intervențiile pentru prevenirea consumului de droguri la nivel individual pot fi mai eficiente dacă sunt sprijinite și prin politici de reglementare a medicamentelor legale care limitează accesul tinerilor la aceste substanțe și reduc gradul de acceptare socială a acestora. Drept rezultat, strategiile de mediu de prevenire care discută problema abuzului de substanțe la nivelul cadrului normativ și cultural câștigă teren în anumite părți ale Europei, sprijinite de primii pași făcuți în acest sens la nivel european: directiva privind reclamele la tutun și convenția cadru a OMS privind controlul tutunului (vezi secțiunea referitoare la strategiile de mediu din extrasul privind consumul de droguri în locurile de recreere).

Rolul campaniilor de presă este văzut tot mai mult ca fiind acela de a ajuta la conștientizarea problemei (de a sublinia, sprijini și explica populației în ansamblu motivațiile strategiilor de mediu) mai curând decât acela de a schimba comportamente. În acest sens, o trecere în revistă, în Germania, a literaturii internaționale (Bühler and Kröger, 2005, citată în raportul național al Germaniei) recomandă utilizarea campaniilor de presă ca măsură de sprijin și nu ca unică măsură pentru schimbarea comportamentelor.

### Prevenirea prin sănătatea publică

În vreme ce promovarea sănătății – drept condiție cadru pentru prevenire – se străduiește să încurajeze oamenii să adopte stiluri de viață sănătoase și să creeze condiții de viață sănătoase pentru toți, noul termen de „prevenire prin sănătatea publică” apare menționat tot mai des de câteva state membre (Italia, Țările de Jos, Slovacia) și de Norvegia. Prevenirea prin sănătatea publică implică o serie de măsuri de prevenire menite să îmbunătățească starea de sănătate a unor secțiuni vulnerabile ale populației, iar prevenirea consumului de droguri este un element al acesteia. Aceste măsuri sunt special adaptate nevoilor tinerilor, ale căror probleme de comportament, inclusiv consumul de droguri, sunt puternic condiționate de vulnerabilitate (socială și personală) și de condițiile de trai. Drept urmare, cum strategiile de prevenire indicate și selective vizează anumite condiții de risc personal și social, ele sunt în mod natural legate de alte politici de sănătate publică destinate tinerilor

(strategii privind sănătatea mintală a adolescenților, tulburări de atenție etc.), politici sociale (asigurarea de spații de recreere și de sprijin pentru tineri vulnerabili sau familii defavorizate), politici educaționale (reducerea abandonului școlar) etc. Astfel, prevenirea prin sănătatea publică ia în considerație întregul set de factori de vulnerabilitate relevanți pentru abordarea problemei drogurilor prin implicarea serviciilor și sectoarelor care nu sunt focalizate prin definiție pe această problemă.

### Prevenirea universală prin școală

Abordările bazate pe programe ale prevenirii câștigă teren în cadrul prevenirii prin școală. Prevenirea bazată pe programe implică educarea standardizată, prin intermediul unui anumit număr de ore, fiecare cu un conținut bine definit și cu materiale detaliate pentru profesori și elevi. Acest lucru facilitează monitorizarea și evaluarea și crește acuratețea, fidelitatea și consecvența intervențiilor, ceea ce duce la oferirea unor servicii educaționale de mare calitate. Drept rezultat, tot mai multe state membre monitorizează intervențiile în scopul prevenirii prin școală (Republica Cehă, Grecia, Spania, Irlanda, Italia, Cipru, Ungaria, Țările de Jos și Regatul Unit). Primul Test european de prevenire a abuzului de droguri ([www.eudap.net](http://www.eudap.net)) a dat rezultate promițătoare. Finanțat de Comisia Europeană, proiectul a fost pus în aplicare și supus unei evaluări încrucișate în șapte țări, nouă centre regionale și 143 de școli și a implicat 7 000 de elevi (3 500 într-un grup de test și 3 500 într-un grup de control). EU-Dap raportează că, în comparație cu grupul de control, studenții din grupul de test au prezentat o probabilitate cu 26 % mai redusă de a fuma zilnic, cu 35 % mai redusă de a se îmbăta în mod frecvent și cu 23 % mai redusă de a consuma cannabis. O abordare comparabilă a cercetării bazate pe programe este Blueprint din Regatul Unit<sup>(20)</sup>. În plus, se acordă o atenție sporită unor indicații tehnice mai stricte și unei mai bune acoperiri în aplicarea prevenirii prin școală (de exemplu, în Franța și Irlanda).

### Poliția în școli

Rolul poliției în prevenirea prin școală este subiect de controverse. În Belgia, Comunitatea franceză recomandă ca promovarea sănătății și politicile de prevenire să fie puse în aplicare de către autoritățile școlare și ca poliția să nu

<sup>(20)</sup> [www.drugs.gov.uk/young-people/blueprint/](http://www.drugs.gov.uk/young-people/blueprint/)

fie implicată în programele de prevenire. De asemenea, în Regatul Unit, un document referitor la politici (ACPO Drugs Committee, 2002) recomandă ca poliția să acționeze doar în domeniile sale de expertiză (siguranță, infracționalitate, ordine publică) și să nu se implice și în educația specifică privind drogurile. Urmând această linie de gândire, Portugalia continuă să desfășoare un program de servicii de poliție de proximitate, Escola Segura [școală sigură]. În timpul anului școlar 2004-2005, un număr de 320 de polițiști au fost desemnați să lucreze pe lângă școli, cu scopul aplicării programului de servicii de poliție de proximitate și de descurajare a infracționalității, atât în timpul zilei, cât și în timpul nopții. În Franța, experți formați de serviciile judiciare pentru a intra în contact cu populații de tineri sau de adulți vizitează școli sau alte servicii, la cerere. Cu toate acestea, în ciuda recomandărilor ca educația privind drogurile să nu fie realizată de polițiști în uniformă, întrucât, în unele cazuri, aceasta se poate dovedi a fi o abordare contraproductivă, activitățile desfășurate de forțele de poliție în școli sunt încă des întâlnite în mai multe state membre.

### Prevenirea selectivă

Odată cu recunoașterea și răspândirea abordării prin prevenire selectivă de către majoritatea statelor membre, atenția se concentrează tot mai mult pe grupurile vulnerabile. De exemplu, Germania, Grecia, Luxemburg, Austria, Finlanda și Regatul Unit au raportat programe care au în vizor tinerii infractori.

Mai multe țări (de exemplu, Polonia și Suedia) au început să pună accentul pe grupurile vulnerabile. În Suedia, cea mai evidentă creștere a activităților în raport cu anii precedenți s-a înregistrat pentru programele destinate preșcolarilor în situații de risc și elevilor cu comportamente de proiecție înspre exterior. Numărul municipalităților care pun în aplicare aceste programe s-a dublat. În plus, Norvegia dezvoltă o strategie națională de intervenție timpurie împotriva problemei drogurilor și a consumului de alcool, în cadrul căreia eforturile de prevenire se vor concentra pe grupurile de risc. Abordările care nu se bazează pe abținere sunt eficiente în reducerea nu doar a consumului, ci și a ratei de inițiere a acestuia în grupurile în care consumul timpuriu de droguri este o realitate. Astfel, Polonia are un program național de schimbare a comportamentului față de droguri al copiilor vulnerabili sau al copiilor care sunt în faze incipiente de consum de droguri. Obiectivul specific al programului polonez este sprijinirea familiilor în rezolvarea problemei drogurilor. În această privință, este de ajutor faptul că prevenirea selectivă nu se concentrează pe consumul de droguri și nici nu-l stigmatizează, ci se focalizează mai curând pe vulnerabilitate în sens mai larg.

Statele membre raportează tot mai mult focalizarea pe anumite grupuri etnice în cadrul politicilor de prevenire selectivă, patru țări (Belgia, Germania, Italia și Luxemburg) raportând noi proiecte în acest domeniu. În Italia, prioritatea multor proiecte este cum protejarea copiilor, a mamelor

și a familiilor de imigranți provenind din rândul minorităților etnice. Luxemburg raportează că se acordă o atenție specială tinerilor și celei mai mari comunități de imigranți, cu accent pe specificitatea lingvistică și socioculturală.

### Prevenirea selectivă în școli

Tinerii cu risc de abandon școlar și/sau cu probleme de comportament sunt cei pe care se concentrează tot mai adesea programele de prevenire selectivă a consumului de droguri, în Italia de exemplu, unde circa 15 % între intervențiile pentru prevenire în școli se adresează subgrupurilor de elevi vulnerabili (prevenire selectivă și indicată). Principalele subgrupuri vizate de prevenirea selectivă în școli sunt elevii cu probleme de comportament social, cu probleme școlare sau familiale, elevii emigranți și cei aparținând minorităților etnice. De fapt, performanțele școlare și frecvența sau nu a școlii sunt factori indicativi destul de siguri ai problemelor legate de droguri, astfel încât monitorizarea acestor factori permite intervenții timpurii și precise.

Abandonul școlar se află în centrul atenției programelor de prevenire din mai multe state membre. Proiectul HUP din Storstrom County, Danemarca, vizează creșterea ratei medii de încheiere a studiilor de la 75 % la o țintă națională de 95 % prin focalizarea pe elevii vulnerabili. Proiecte similare s-au raportat și în Irlanda, Portugalia (47 de proiecte), România (un proiect) și Norvegia (broșuri pentru profesori). Reducerea abandonului școlar timpuriu este scopul oficial al strategiei naționale irlandeze, cu o reducere dorită de 10 % față de rata abandonului din 2005-2006 în zonele LDTF (grupuri de acțiune antidrog locale). Elevii cei mai expuși riscului constituie obiectivul programelor de prevenire selectivă în Malta, în vreme ce, în Franța și Slovacia, serviciile de consiliere sunt furnizate în școli pe baza (auto-)recomandărilor.

### Prevenirea prin familie

Într-o societate în care numărul copiilor care încep să utilizeze droguri este din ce în ce mai mare, ameliorarea și intensificarea mijloacelor de prevenire prin familie capătă o importanță crescândă. În cazul preadolescenților, familia are o influență mai mare decât anturajul. Familia joacă un rol mai important de prevenire prin stabilirea unor norme și prin sprijinirea copiilor decât difuzarea de informații despre substanțe.

În UE, prevenirea prin familie devine mai orientată și mai ferm axată pe nevoi. Câteva state membre (Germania, Spania, Irlanda, Italia și Regatul Unit) și-au dat seama că instituțiilor le poate fi dificil să contacteze familiile cu probleme. Ca urmare, în Regatul Unit, campania FRANK a dezvoltat un pachet de acțiuni pentru echipele de combatere a drogurilor și alcoolului și pentru practicienii de prevenire despre cum să contacteze familiile, iar în câteva alte state membre se pun în aplicare programe selective de prevenire, orientate pe familiile aflate în pericol. Aceste programe utilizează mai multe tehnici de atragere

a familiilor aflate în pericol (de exemplu prin asigurarea de alimente, prin stimulente financiare, îngrijirea copiilor), bazate în cea mai mare parte pe Programul Kumpfer de consolidare a familiilor (Kumpfer et al., 1996).

Programul de consolidare a familiilor (SFP) se aplică în Spania (Palma de Mallorca și Barcelona), Țările de Jos (două orașe, studiu de evaluare) și Suedia (două orașe). În Irlanda și Italia se desfășoară cursuri de pregătire, iar în Italia se estimează că se va extinde la mai multe orașe. Norvegia evaluează programul similar MST, printr-un test prin sondaj controlat. Aceste programe selective orientate pe familii au caracteristici similare în toate statele membre în care au fost aplicate.

În Polonia și în unele provincii din Austria se desfășoară programe pentru copiii neglijați și tinerii din familii disfuncționale. Aceste programe sunt aplicate în medii locale, bazate pe comunități, precum locurile publice socio-terapeutice, instituțiile de educație, cluburile de tineret și centrele de prevenire.

Unele țări își îndreaptă din ce în ce mai mult atenția asupra copiilor alcoolicii (Belgia, Germania, Austria). Celelalte țări au încă în atenție numai copiii consumatorilor de droguri.

### Prevenirea la nivel de comunitate

Cele mai selective programe de prevenire funcționează la nivel de comunitate, într-o oarecare măsură, deoarece diversele servicii sociale implicate sunt de obicei coordonate la acest nivel. Totuși, în țările în care comunitățile au puterea și voința de a aplica norme locale, comunitatea reprezintă o unitate naturală pentru strategiile de proximitate. Prevenirea selectivă orientată pe comunitate este obișnuită în țările nordice și în Belgia, Țările de Jos, Polonia și Regatul Unit și este din ce în ce mai utilizată în țări care au abordat mai puțin în trecut (Franța, Italia, Ungaria, Portugalia).

Prin stabilirea de norme comunitare privind disponibilitatea și metodele de consum de droguri legale și prin optimizarea serviciilor locale, strategiile de prevenire locală de proximitate reprezintă un bun punct de pornire pentru programele de combatere eficientă a drogurilor.

### Controlul calității în prevenire

Controlul calității în prevenire are o importanță crescândă, în special ca urmare a faptului că numeroase state membre și-au transferat competențele și responsabilitățile de prevenire la nivel local (Danemarca, Italia, Țările de Jos, Polonia, Portugalia și Slovenia) și/sau au atribuit responsabilitatea combaterii drogurilor organizațiilor neguvernamentale (ONG) sau asociațiilor semi-independente (Belgia, Germania, Franța, Ungaria și Finlanda). În consecință, unele state membre elaborează strategii de dezvoltare a unor

criterii comune de calitate, a unor standarde și a unor servicii de consiliere tehnică la nivel local, sprijinind școlile sau comunitățile să dezvolte politici școlare (Belgia, Danemarca, Țările de Jos și Regatul Unit), punând în practică programe adecvate de prevenire și asigurând respectarea unor criterii minime de calitate (Danemarca, Franța, Lituania, Ungaria, Slovacia, Regatul Unit, România și Norvegia).

Grecia și Austria sunt pioniere în definirea specificațiilor de acreditare a agențiilor de prevenire sau a specialiștilor în prevenire.

## Răspunsuri la tratament și reducerea efectelor nocive

Contextul colectării de date pentru OEDT privind răspunsurile la problema drogurilor prin reducerea efectelor nocive și tratament este asigurat de două instrumente principale ale UE:

- strategia UE privind drogurile 2005–2012 și primul său plan de acțiune 2005–2008, care prezintă un cadru pentru politicile naționale, precum și recomandări detaliate pentru acțiunile din statele membre, destinate să combată utilizarea drogurilor și să extindă sfera și calitatea serviciilor de tratament și reducere a efectelor nocive;
- recomandarea Consiliului din 18 iunie 2003 <sup>(21)</sup>, care prevede recomandări suplimentare specifice privind măsurile pe care statele membre ar trebui să le aplice pentru a combate și pentru a reduce efectele nocive sănătății asociate cu dependența de droguri și pentru a asigura un nivel mai ridicat de protecție a sănătății. Această recomandare a fost consolidată prin introducerea sa în planul de acțiune al UE ca obiectivul 14.

Pentru a evalua nivelul de punere în aplicare a strategiei, este important să se determine nivelurile de furnizare a serviciilor și măsura în care sunt utilizate serviciile. Totuși, în final, pentru evaluarea obiectivelor planului de acțiune și pentru crearea unei baze de evaluare a impactului pe care îl are strategia, vor fi necesare estimări pertinente ale sferei de aplicare – măsura în care grupul țintă este afectat de măsurile de tratament și de reducere a efectelor nocive.

În decursul perioadei de 8 ani de aplicare a strategiei, OEDT sprijină Comisia în procesul de evaluare, furnizându-i date din sistemul UE de indicatori epidemiologici și dezvoltând și implementând un număr de instrumente speciale de colectarea a datelor pentru a determina nivelul de furnizare a serviciilor și de utilizare a serviciilor de tratament și de reducere a efectelor nocive. În comparație cu prezentarea generală pozitivă a situației epidemiologice realizate prin dezvoltarea și implementarea monitorizării bazate pe

<sup>(21)</sup> Recomandarea Consiliului 2003/488/CE.

indicatori, condusă de OEDT, informațiile standardizate privind răspunsurile sunt limitate.

### Terapia de substituție în cazul opiaceelor

Tratamentul de menținere pe metadonă pentru utilizatorii de heroină a fost utilizat pentru prima dată în Europa de Suedia (în 1967), de Țările de Jos și de Regatul Unit (1968), precum și de Danemarca (1970), dar utilizarea sa a rămas limitată timp de mulți ani.

În urma descoperirii gradului de răspândire a epidemiei de HIV în rândul consumatorilor de droguri din țările Europei Occidentale, obiectivele și abordările terapeutice au început să evolueze în multe țări de la abținerea ca obiectiv primar la adoptarea de măsuri de intervenție orientate mai degrabă pe reducerea consecințelor negative asociate cu consumul de droguri. A fost acceptată necesitatea intervențiilor terapeutice repetate și au fost recunoscute beneficiile pe care tratamentele de menținere le aduc stabilizării și îmbunătățirii stării de sănătate și situației sociale a consumatorilor de opiacee, dar și societății ca întreg.

De la sfârșitul anilor 1980, rata de introducere a menținerii pe metadonă ca modalitate de tratament a crescut. În 2001, 24 țări din UE, precum și Bulgaria, România și Norvegia introduseseră această modalitate de tratament, (Figura 1). Cu toate acestea, scara și acoperirea acestui tip de tratament diferă în mod considerabil între țări. (vezi Capitolul 6).

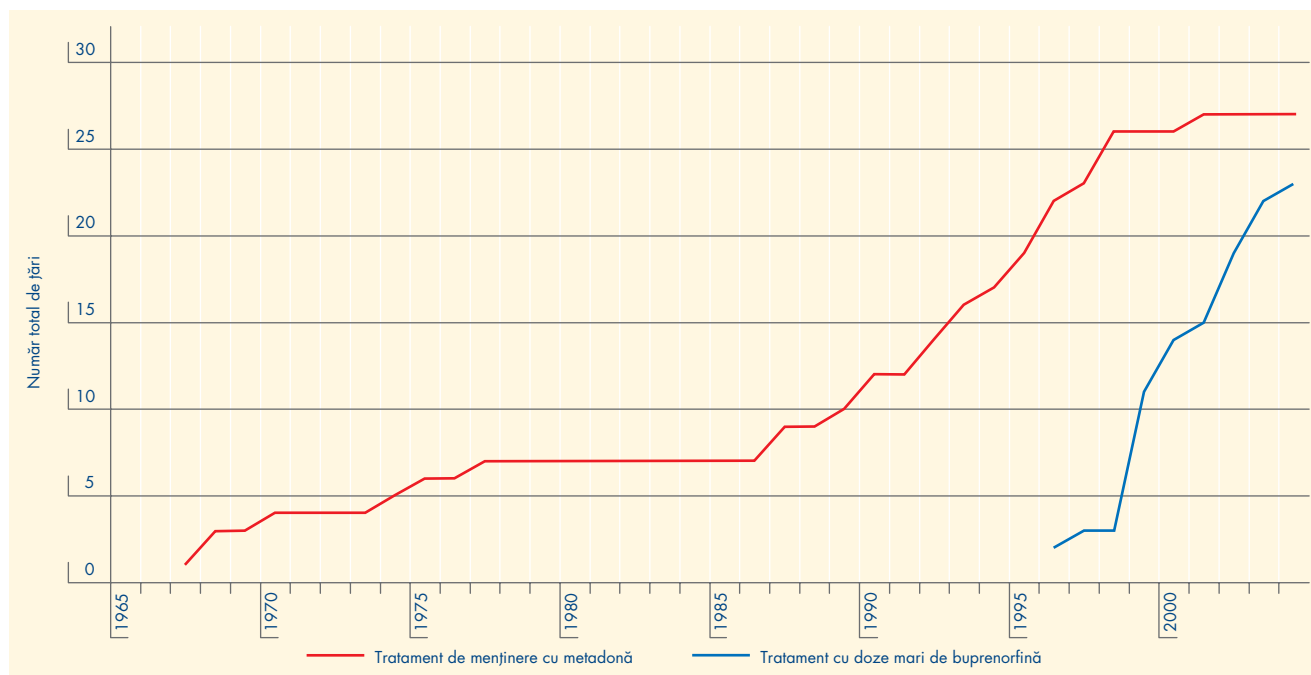
În 1996, a fost stabilită pentru prima dată într-un stat membru baza juridică de utilizare a medicației cu

buprenorfină în tratamentul consumatorilor de heroină (vezi extrasul privind buprenorfina din raportul anual pe 2005). Tratamentul este acum disponibil și utilizat în majoritatea statelor membre. Dat fiind că buprenorfina este controlată de un program mai puțin strict în cadrul convențiilor ONU privind drogurile, țările au la dispoziție posibilități mai largi de prescriere a acestei substanțe. În anumite țări, această opțiune de tratament a condus la creșteri rapide ale numărului de pacienți tratați. Sunt cercetate noi tipuri de tratament farmacologic în afara substituției cu agonști, iar atenția cercetătorilor se îndreaptă acum în direcția dezvoltării de tratamente de răspuns destinate consumatorilor de cocaină și de cocaină crack, dintre care mulți dintre ei consumă sau au consumat și heroină. (vezi și Capitolul 5).

Se estimează că în UE mai mult de o jumătate de milion de consumatori de opiacee au beneficiat de o terapie de substituție în 2003, aceștia reprezentând o treime din numărul curent estimat de 1,5 milioane de consumatori problematici de opiacee (EMCDDA, 2005a). Noile state membre și țările candidate reprezintă doar o mică proporție din beneficiarii terapiei de substituție din regiunea europeană, fenomen care poate fi parțial explicat prin nivelurile scăzute de consum de opiacee din aceste țări. Deși, pe ansamblu, terapia de substituție nu este oferită pe scară largă în aceste țări, există indicii ale creșterii disponibilității terapiei în Estonia, Lituania și Bulgaria.

Informațiile furnizate arată că, în unele țări, au existat creșteri suplimentare în ceea ce privește asigurarea tratamentului cu metadonă, iar că în opt țări numărul de beneficiari ai

**Figura 1:** Introducerea în statele membre ale UE, în țările candidate și în Norvegia a tratamentului cu doze mari de buprenorfină și a celui de menținere cu metadonă



Surse: Punctele focale naționale.



acestui tratament a rămas constant sau a scăzut. <sup>(32)</sup>. Patru din aceste țări, Danemarca, Spania, Malta și Țările de Jos, sunt caracterizate de un consum cronic de heroină și de programe ușor accesibile de substituție cu metadonă. Celelalte patru țări, Letonia, Ungaria, Polonia și România, sunt caracterizate de un grad mic de acoperire geografică a substituției cu metadonă, iar în unele locuri există o listă de așteptare pentru tratament.

Este dificil să se stabilească dacă scăderea numărului de beneficiari ai tratamentului cu metadonă înseamnă că respectivii beneficiari trec pe tratament cu buprenorfină în cazul în care acesta este disponibil. Adesea, nu se cunoaște la nivel național măsura în care tratamentul pentru dependența de droguri este furnizat de medici generalişti.

### Servicii și tipuri de tratamente pentru dependența de droguri

Un studiu realizat la nivelul punctelor focale naționale (NFP) în 2005 a evaluat caracteristicile generale ale serviciilor de tratament din Europa. Experții naționali au fost întrebați dacă majoritatea consumatorilor de opiacee au fost tratați în programe de abstenență sau în programe de asistență medicală sau dacă ambele modalități au fost folosite în egală măsură.

Rezultatele indică o predominanță clară a tratamentului asistat medical, principala substanță folosită fiind metadona (excepție făcând Republica Cehă și Franța; pentru mai multe detalii, vezi Capitolul 6). Rezultatele arată și că, în majoritatea țărilor, tratamentul pentru dependența de droguri este asigurat în mare măsură în ambulatoriu – numai în Letonia și în Turcia tratamentul este asigurat în cea mai mare parte în spitale. Tipurile tradiționale de tratament psihoterapeutic (psihodinamic, cognitiv-comportamental, sistemic/terapie în familie sau terapia Gestalt) sunt cele mai frecvent utilizate modalități în tratamentul în ambulatoriu în Irlanda, Letonia, Regatul Unit, Bulgaria și Turcia. Nouă țări raportează folosirea de metode predominant „de sprijin” (care pot include consilierea, terapia socio-educativă și ambientală, interviul motivațional sau tehnici de relaxare și acupunctură), iar în 10 țări se combină diferite metode în activitatea de îngrijire ambulatorie.

În ceea ce privește îngrijirea în cadrul spitalelor, Irlanda, Lituania, Ungaria și Turcia utilizează frecvent modelul Minnesota în 12 pași în îngrijirea rezidențială, în timp ce în șase țări se aplică predominant modalitățile psihoterapeutice de tratament, cinci țări aplică metode „de sprijin”, iar 10 țări folosesc o combinație a acestor abordări.

În ultimul deceniu, dar mai ales în ultimii 5 ani, multe țări europene au „deschis ușile” în ceea ce privește tratamentul, extinzând serviciile de terapie de substituție și reducând limitarea accesului. Un număr mai mare ca oricând de consumatori de droguri au intrat în sistemul de îngrijire. Numeroși consumatori, deși nu toți, au nevoie de asistență dincolo de tratamentul dependenței, iar mulți dintre aceștia par să aibă nevoie de îngrijire ușor accesibilă, precum și de sprijin substanțial în vederea reintegrării lor.

### Reacții de reducere a efectelor nocive

Pe măsură ce contactarea pacienților și menținerea acestui contact a devenit un obiectiv în sine, asistența timpurie și accesul necondiționat au câștigat recunoaștere și sprijin și au devenit părți esențiale ale unei reacții globale în multe state membre. Modelele comune de reacție sunt vizibile în Europa în ceea ce privește prevenirea bolilor infecțioase la utilizatorii de droguri și reducerea deceselor provocate de consumul de droguri (vezi și Capitolul 7).

Reducerea deceselor provocate de consumul de droguri a fost definită pentru prima dată drept politică europeană privind drogurile acum 6 ani și reprezintă un obiectiv al planului de acțiune actual al UE. <sup>(33)</sup>. Numărul de țări care includ o referință directă la obiectivul de reducere a deceselor provocate de consumul de droguri în politicile lor naționale a continuat să crească în ultimii ani: opt țări au adoptat astfel de strategii în perioada 2004-2005 (numărul total ajungând la 15). În afara politicilor naționale, sunt răspândite și abordările complementare la nivel de municipalitate: mai multe capitale europene (printre care Atena, Berlin, Bruxelles, Lisabona și Tallinn), dar și anumite regiuni semiurbane mai extinse (de pildă regiunea estică a Irlandei, în jurul orașului Dublin) dispun acum de propriile strategii de reducere a deceselor provocate de consumul de droguri. În Republica Cehă, Italia, Țările de Jos și Regatul Unit a fost raportată existența politicilor locale sau regionale, iar în Bulgaria s-au elaborat strategii la nivel local în nouă orașe.

La fel ca în strategiile și planurile de acțiune anterioare ale Uniunii Europene în domeniul drogurilor, prevenirea răspândirii bolilor infecțioase rămâne un obiectiv important al strategiei actuale și este menționat drept obiectivul 16 în planul de acțiune pe 2005-2008. Acest fapt subliniază importanța continuă pe care guvernele europene și Comisia o acordă consecințelor asupra sănătății ale consumului de droguri <sup>(34)</sup>.

<sup>(32)</sup> Vezi tabelul NSP-7 din cadrul buletinului statistic pe 2006.

<sup>(33)</sup> Obiectivul 17 al planului de acțiune UE pe 2005-2008 urmărește includerea măsurii de reducere a deceselor provocate de consumul de droguri drept obiectiv specific la toate nivelurile, cu măsuri de intervenție elaborate special în acest sens.

<sup>(34)</sup> În special, obiectivul 16 al planului de acțiune pe 2005-2008 se referă la prevenirea bolilor infecțioase. Obiectivul 14 prevede punerea în aplicare a unei Recomandări a Consiliului privind prevenirea și reducerea consecințelor nocive asupra sănătății legate de dependența de droguri, adoptată în 2003 (Recomandarea Consiliului 2003/488/CE). Pentru anul 2007, se preconizează adoptarea unui raport al Comisiei privind punerea în aplicare a respectivei recomandări, care să conțină inclusiv informații culese de responsabilii politici și de punctele focale naționale Reitox; raportul se dorește a fi o contribuție la evaluarea strategiilor UE în domeniul drogurilor.

### Ațiuni și intervenții privind consumatorii de droguri în închisori din noile state membre

Datele actuale au la bază un proiect comun OEDT–OMS/Europa privind colectarea de date și efectuat în 2005 <sup>(1)</sup>.

Majoritatea noilor state membre raportează efectuarea de teste antidrog în închisori. Cu toate acestea, țările variază în ceea ce privește schemele de testare antidrog. Deținutii sunt testați la intrarea în închisoare numai în Republica Cehă, Malta și Slovenia. Malta și Slovenia sunt, de asemenea, singurele țări în care deținutii sunt testați la ieșirea din închisori. Testarea antidrog aleatorie este efectuată în toate închisorile din Republica Cehă, Malta, Slovenia și Slovacia și în mai puțin de 50 % din închisorile din Ungaria.

Abordarea tratamentului prin abstenență predomină în intervențiile în închisori în noile state membre, însă acoperirea acestor intervenții este limitată. Se raportează că tratamentul prin abstenență cu sprijin psihologic este disponibil în mai puțin de 50 % din închisorile din Republica Cehă, Estonia, Lituania, Ungaria, Polonia și Slovacia. Există unități de tratament prin abstenență în majoritatea țărilor, dar numai Republica Cehă și Slovenia raportează existența unor asemenea facilități în mai mult de 50 % din închisori. Disponibile pe scară mai largă sunt tratamentele de detoxificare pe termen scurt prin medicație (toate închisorile din Letonia, Ungaria, Malta, Slovenia și Slovacia).

Numărul deținutilor din noile state membre care au acces la tratament cu antagoniști și tratament de substituție este, în general, redus. În afara cazurilor de urgență, se pare că tratamentul

cu antagoniști nu există, în timp ce puține țări raportează disponibilitatea tratamentului de substituție pentru opiacee pentru dezintoxicare de scurtă durată în închisori (Ungaria, Malta, Polonia și Slovenia). Intervențiile înainte de eliberarea din închisoare se manifestă în special sub forma consilierii și oferirii de informații (Republica Cehă, Letonia, Lituania, Ungaria, Polonia, Slovenia și Slovacia). Tratamentul de substituție ca intervenție înainte de eliberare este disponibil în toate închisorile din Slovenia și în mai puțin de 50 % din închisorile din Polonia.

Puține închisori din noile state membre raportează măsuri de reducere a efectelor negative în cazul consumatorilor de droguri injectabile. Programele de schimb de ace și seringi nu sunt introduse în închisorile din nici un nou stat membru, iar Estonia, Lituania și Slovenia sunt singurele țări care raportează asigurarea cu dezinfectanți pentru curățarea seringilor. Cu toate acestea, problema bolilor infecțioase legate de droguri este abordată în închisori. Vaccinarea împotriva hepatitei B este disponibilă în toate închisorile din noi șase state membre (Republica Cehă, Estonia, Ungaria, Malta, Slovenia și Slovacia), iar cinci țări raportează disponibilitatea tratamentului antiviral pentru deținutii testați pozitiv cu hepatită C în toate închisorile (Republica Cehă, Lituania, Polonia, Slovenia și Slovacia). Toate noile state membre raportează tratamentul antiretroviral pentru deținutii diagnosticați cu HIV pozitiv <sup>(2)</sup>.

<sup>(1)</sup> Datele sunt furnizate de către Republica Cehă, Estonia, Letonia, Lituania, Ungaria, Malta, Polonia, Slovenia și Slovacia. Pentru alte informații, vezi EMCDDA (2005c).

<sup>(2)</sup> Nu există date disponibile pentru Cipru.

Marea majoritate a țărilor UE și Norvegia și-au exprimat în mod clar viziunea referitoare la prevenirea bolilor infecțioase care îi afectează pe consumatorii de droguri și fie au inclus obiective sau măsuri concrete în documentele lor strategice naționale în domeniul drogurilor, fie au adoptat un text de politică separat care specifică modul în care va fi realizată prevenirea bolilor infecțioase care îi afectează pe consumatorii de droguri (Spania, Letonia, Luxemburg, Suedia), fie au adoptat ambele posibilități (Estonia, Franța, Regatul Unit). Malta și Austria sunt în curs de elaborare a unor politici specifice în cadrul propriei lor abordări în acest domeniu.

În Germania și Grecia există măsuri concrete destinate să prevină bolile infecțioase, măsuri care fac parte din strategia națională în domeniul drogurilor, însă obiectivul de prevenire a bolilor infecțioase nu este formulat ca atare în mod explicit.

Aceste strategii de prevenire a bolilor infecțioase sunt, în majoritatea cazurilor, mai degrabă recente, iar calendarul adopției lor coincide în mai multe țări care aplicaseră strategia UE anterioară privind drogurile (2000-2004); în cadrul acesteia din urmă reducerea amplitudinii bolilor

infecțioase care îi afectează pe consumatorii de droguri devenise pentru prima dată un obiectiv european.

Conform rapoartelor NFP <sup>(35)</sup>, obiectivele și grupurile țintă ale strategiile naționale se caracterizează printr-un nivel ridicat de sinergie la nivel european. În afara consumatorilor care își injectează droguri, grupurile țintă mai includ lucrătorii sexuali și deținutii. În special în noile state membre din Europa Centrală, dar și în Norvegia, tinerii și consumatorii de droguri care nu practică injectarea sunt considerați viitoare grupuri țintă importante pentru acțiunea de prevenire a bolilor infecțioase. Politicile din Danemarca și Estonia extind și mai mult aceste grupuri țintă, incluzând în ele și persoanele care se află în relații apropiate cu consumatorii de droguri.

În multe țări ale UE, strategiile orientate spre reducerea bolilor infecțioase se preocupă în special de HIV/SIDA: mai ales Estonia, Spania, Cipru, Letonia și Lituania. Cu toate acestea, în 10 țări (37%), strategiile privind bolile infecțioase menționează în mod explicit prevenirea infectării cu hepatita C a consumatorilor de droguri <sup>(36)</sup>. Irlanda a lansat un proces de consultare în 2004, pregătind o astfel de strategie, iar

<sup>(35)</sup> Această analiză se sprijină în mare măsură pe rapoarte naționale care au utilizat un chestionar structurat (SQ 23), actualizat cu informațiile furnizate de punctele focale naționale în rapoartele lor.

<sup>(36)</sup> Inclusiv Franța și Anglia, care au instituit amândouă strategii complete de prevenire a hepatitei C: *Plan National Hépatites Virales C et B (2002–2005)* (<http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/hepatites/situation.htm>), respectiv *Hepatitis C: Action Plan for England, 2004* (<http://www.dh.gov.uk/>).

în Germania s-au adoptat recomandări privind prevenirea și tratamentul. Discuțiile specialiștilor și ale publicului larg în Austria au fost stimulate de o conferință națională pe acest subiect organizată la Viena în 2005.

Strategiile de reducere a efectelor nocive reprezintă o parte importantă a reacției europene actuale la consumul de droguri, iar îmbunătățirea accesului la serviciile de prevenire și de reducere a consecințelor negative asupra sănătății reprezintă o prioritate majoră a strategiei UE în domeniul drogurilor pe 2005-2012. Platforma strategică comună a reducerii consecințelor negative asupra sănătății furnizată de UE se reflectă în multe politici naționale de pe teritoriul Uniunii și a favorizat o încurajare a reacțiilor bazate pe probe în această zonă.

În 2004, s-a înregistrat o îmbunătățire a monitorizării disponibilității seringilor la nivel european. Cu toate acestea, în cele mai multe țări se înregistrează un nivel redus de informare cu privire la furnizarea, utilizarea și aria de acoperire a altor servicii importante oferite de agențiile cu acces necondiționat. Nu se poate obține o imagine foarte clară la nivel european. În casa „Agențiile cu acces necondiționat – sursă importantă de date” se descrie un proiect de îmbunătățire a situației datelor.

### Tratament orientat și managementul calității

Actualul plan de acțiune al UE prevede, de asemenea, un tratament de calitate superioară și servicii de reducere a efectelor nocive.

Utilizarea unor instrumente de management al calității la nivel de planificare a tratamentului și a reducerii efectelor nocive a dus la îmbunătățirea serviciilor (în sensul definirii mai bune a grupurilor țintă), de pildă respectarea nevoilor diferite ale celor două sexe (vezi și extrasul privind sexele).

Unitățile de tratament sau programele care se adresează în mod special unui anumit grup țintă sunt un fenomen obișnuit pe întreg teritoriul UE. Copiii și tinerii sub 18 ani sunt tratați în agenții specializate în 23 de țări; tratamentul administrat consumatorilor de droguri afectați de co-morbiditate psihiatrică se desfășoară în agenții specializate în 18 țări; în toate țările a fost raportată existența unor servicii specifice pentru femei, cu excepția Ciprului, Letoniei, Lituaniei, Bulgariei și Turciei. Serviciile menite să vină în întâmpinarea nevoilor consumatorilor de droguri imigranți sau ale grupurilor cu necesități speciale legate de limba vorbită sau de apartenența religioasă sau culturală sunt mai rare, dar existența lor a fost raportată în Belgia, Germania, Grecia, Spania, Lituania, Țările de Jos, Finlanda, Suedia și Regatul Unit.

Unitățile specializate în tratarea consumatorilor de canabis sau de cocaină au fost raportate pentru 13 țări, iar programele speciale de tratare a acestor grupuri există în opt țări. Cu toate acestea, disponibilitatea și accesibilitatea acestui tip de servicii sunt considerate reduse în majoritatea

### Agențiile cu acces necondiționat – sursă importantă de date

Agențiile cu acces necondiționat joacă un rol crucial în creșterea accesului consumatorilor de droguri la îngrijire medicală. Pentru populațiile de consumatori de droguri care sunt „ascunse” sau mai greu accesibile sau care au pierdut contactul cu sistemul de îngrijire medicală, aceste agenții pot asigura un punct de contact și un loc de furnizare a serviciilor medicale și sociale.

Deși toate agențiile cu acces necondiționat dețin un anume sistem de confirmare prin documente a furnizării de servicii, iar monitorizarea și raportarea pot fi vaste, aceste activități au în primul rând scopul de justificare în fața organismelor de finanțare și mai puțin pentru gestionarea internă a calității sau planificarea și evaluarea serviciilor. De cele mai multe ori, informații prețioase colectate rămân la nivelul agenției. În ciuda importanței potențiale pentru monitorizarea modelelor și tendințelor de consum de droguri, agenția cu acces necondiționat este foarte puțin folosită. Un obstacol esențial este absența standardizării și comparabilității informațiilor colectate.

Pentru îmbunătățirea calității datelor disponibile privind asigurarea și utilizarea serviciilor de reducere a efectelor nocive, este importantă existența unui instrument de colectare a datelor care să fie adecvat pentru agenții și în același timp să producă rezultate relevante în scopuri de monitorizare la nivel național și european. O inițiativă în această direcție este proiectul comun OEDT–Correlation, sprijinit de către experți ai punctelor focale naționale din Franța, Irlanda, Ungaria și Norvegia. Rețeaua Correlation (European Network for Social Inclusion and Health, [www.correlation-net.org](http://www.correlation-net.org)) [Rețea europeană pentru incluziune socială și sănătate] reprezintă organizații guvernamentale și neguvernamentale din 27 de țări europene și este finanțată prin programul pentru sănătate publică al Comisiei Europene (DG SANCO).

țării. Un program specializat similar pentru consumatorii de amfetamină este raportat pentru Spania, Slovacia și Regatul Unit.

Alte măsuri concrete de creștere a calității tratamentului și îngrijirilor acordate sunt managementul individual al fiecărui caz, medierea furnizării de servicii specializate (respectiv tratamentul co-morbidității) și evaluarea de către client a pre-tratamentului, astfel încât tratamentul administrat să corespundă mai bine profilului pacientului, în vederea realizării unor procente mai ridicate de retenție și de eficiență a tratamentului.

În ciuda extinderii generale a opțiunilor de tratament, abordarea anumitor grupuri de consumatori de droguri, în special a celor cu probleme de lungă durată și cronice, rămâne un obiectiv important pentru serviciile din domeniul drogurilor. Intervențiile de asistență timpurie și de acces necondiționat reprezintă abordări obișnuite de contactare și de implicare a acestor populații la care se ajunge cu dificultate. O abordare mai controversată o reprezintă

înființarea, în anumite țări, a unor spații supravegheate de consum de droguri, care se adresează în special persoanelor care își injectează droguri, dar, uneori, și consumatorilor de cocaină crack sau fumătorilor de heroină (vezi EMCDDA, 2004c). O altă zonă controversată a dezvoltării și experimentării serviciilor este utilizarea, în câteva țări, a heroinei ca agent în tratamentul de substituție a drogurilor. Deși activitățile în acest domeniu la nivel global rămân foarte limitate, în comparație cu alte opțiuni de tratament, unele studii au sugerat că prescrierea heroinei ar putea avea efecte benefice pentru pacienții la care nu a reușit tratamentul cu metadonă. De exemplu, un test recent aleatoriu și controlat realizat în Germania (Naber și Haasen, 2006) asupra tratamentului cu heroină a dat rezultate pozitive atât în ceea ce privește sănătatea, cât și reducerea consumului ilicit de droguri. Totuși, nu există în prezent un consens clar în Europa în ceea ce privește costurile și beneficiile acestei abordări, domeniul rămânând unul în care se desfășoară dezbateri politice și științifice ample.

O dată cu disponibilitatea și calitatea crescute ale tratamentului, în anumite orașe europene accentul s-a deplasat spre reducerea impactului consumului de droguri asupra comunității. În anumite contexte locale asistența timpurie și gama atractivă de servicii cu acces necondiționat s-au dovedit promițătoare (vezi „Abordări de reducere a consecințelor negative” din capitolul 5) și ar putea constitui modele valoroase și eficiente care să fie folosite pe scară mai largă pentru restabilirea comunicării cu grupurile marginalizate și orientarea acestora spre tratament.

Elaborarea de produse de substituție „mai sigure” (adică substanțe care pot fi deturnate mai greu spre piața neagră) face probabilă deplasarea tratamentului dependenței de droguri tot mai mult către cabinetele de medicină generală. Aceasta reprezintă, în același timp, un proces de normalizare, care permite tratarea dependenței de droguri ca o boală cronică, de tipul diabetului.

Unele țări raportează faptul că grupurile mari de consumatori de heroină aflați în tratament de substituție creează o cerere corespunzătoare de sprijin de reintegrare socială, în special în ceea ce privește munca remunerată. În condițiile economice actuale, multe țări s-ar putea confrunta cu dificultăți de acoperire a nevoii de reintegrare profesională a consumatorilor de heroină mai în vârstă, chiar dacă aceștia sunt stabiliți în programele de tratament de menținere cu droguri. Această situație este agravată de nivelurile ridicate de morbiditate din cadrul acestui grup.

## Reintegrare socială

Întreaga documentație disponibilă, toate faptele și cifrele obținute de la statele membre converg spre același adevăr: situațiile de viață ale consumatorilor de droguri sunt mult mai problematice și precare decât cele ale populației globale. Astfel, în ultimele două planuri de acțiune ale UE în domeniul drogurilor, reintegrarea socială a constituit unul dintre obiectivele majore de îmbunătățire a sănătății și a statutului social al consumatorilor de droguri.

Planul de acțiune pe 2005-2008 cere, din partea statelor membre, „îmbunătățirea accesului și extinderea ariei de aplicare a programelor de reabilitare și de reintegrare socială”. Deși măsurile sociale reprezintă încă o reacție mai puțin răspândită la problema consumului de droguri decât tratamentul, intervențiile care combină tratamentul cu acțiuni sociale și de protejare a sănătății sunt recunoscute de specialiști drept cea mai bună reacție destinată să realizeze reabilitarea consumatorilor de droguri.

Datele privind reintegrarea socială <sup>(37)</sup> la nivel european nu sunt foarte consistente, mai ales din cauza obstacolelor în calea adunării de informații cantitative în acest domeniu. Prin urmare, majoritatea informațiilor furnizate în continuare se bazează pe o evaluare calitativă concentrată pe politici, punere în aplicare și asigurarea calității în statele membre <sup>(38)</sup>.

În 2004-2005, ca reacție la planul de acțiune al UE, 20 din cele 28 de țări care au prezentat rapoarte <sup>(39)</sup> aveau o strategie de reintegrare socială a consumatorilor de droguri. Alte patru țări, deși nu tratează acest aspect în mod explicit în strategiile lor naționale privind drogurile sau în alte documente legate de politicile din acest domeniu, aplică strategii regionale sau locale; trei alte țări nu dețin nici una dintre aceste strategii.

Principalul finanțator se situează la nivel de stat/național în 11 țări, în timp ce finanțarea provine preponderent de la nivelul regional/local în opt alte țări. Într-un număr de alte opt țări, finanțarea provine de la ambele niveluri, neputându-se identifica un finanțator predominant, sau din sistemele de asigurări de sănătate.

În statele membre ale UE, consumatorii problematici de droguri pot dobândi acces la măsurile sociale prin facilități fie dedicate exclusiv consumatorilor de droguri, fie orientate spre grupurile defavorizate din punct de vedere social. Printre aceste măsuri, furnizarea de locuințe reprezintă unul

<sup>(37)</sup> Reintegrarea socială este definită drept „orice intervenție cu caracter social care are ca scop integrarea foștilor sau actualilor consumatori problematici de droguri în comunitate”. Cei trei „stâlpi” ai reintegrării sociale sunt (1) oferirea de locuințe, (2) educația și (3) asigurarea de locuri de muncă (inclusiv pregătire profesională). Se pot utiliza și alte măsuri, de pildă consilierea și activități de recreere.

<sup>(38)</sup> Pentru mai multe detalii vizitați <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1573>.

<sup>(39)</sup> Statele membre plus Bulgaria, România, Turcia și Norvegia, însă nu există informații disponibile privind Estonia.

dintre aspectele esențiale. Serviciul oferit cel mai adesea consumatorilor problematici de droguri care nu au locuință este accesul la „servicii generale de adăposturi” (în 21 de țări), în timp ce 18 țări oferă facilități de cazare destinate exclusiv consumatorilor de droguri, iar 13 țări combină cele două sisteme. Cu toate acestea, eficiența accesului consumatorilor problematici de droguri care nu au locuință la aceste servicii este pusă sub semnul întrebării. Gradul redus de disponibilitate a serviciilor, rezistența locală la furnizarea de noi facilități consumatorilor de droguri, criteriile severe de acces și dificultatea consumatorilor problematici de droguri care nu au locuință de a respecta regulile sunt câteva dintre problemele raportate.

Oferirea de locuințe stabile consumatorilor problematici de droguri care nu au locuință este primul pas spre stabilizare și reabilitare. Pe baza cifrelor estimative de consumatori problematici de droguri și a procentului de persoane fără locuință dintre pacienții aflați în tratament, există în Europa aproximativ 75 600–123 300 consumatori problematici de droguri care nu au locuință. În cele mai multe țări sunt deja disponibile astfel de facilități, iar unele țări continuă să pună în aplicare noi structuri, astfel încât efectul tuturor acestor măsuri va depinde de măsura în care se poate garanta accesul consumatorilor problematici de droguri care nu au locuință la aceste servicii.

**Perspectiva consumului de droguri pe grupe de sex și reacții față de problema drogurilor, în Raportul anual al OEDT 2006: extrase**

În general, în rândul consumatorilor de droguri, numărul bărbaților este mult mai mare. În statele membre ale UE, consumul de droguri ilicite este mult mai frecvent la bărbați și tot în rândul bărbaților este mult mai probabil să apară probleme, să solicite tratament și să moară din cauza consumului de droguri.

Acest extras abordează consumul de droguri și problemele legate de acesta în funcție de grupurile de sex. Printre întrebările

importante adresate se numără: Ce diferențe există între consumul de droguri de către bărbați și femei și dacă diferența dintre sexe se reduce? În ce mod au dezvoltat statele membre abordări specifice în funcție de sexe cu privire la prevenirea consumului de droguri, tratament, reabilitare socială și reducerea efectelor nocive? Sunt reacțiile specifice pe criteriul sexului la fel de importante pentru bărbați și femei?

Prezentul extras este disponibil în format tipărit și (“A gender perspective on drug use and responding to drug problems”, în *EMCDDA annual report 2006: selected issues*) și pe Internet, numai în limba engleză (<http://issues06.emcdda.europa.eu>).



## Capitolul 3

### Canabis

#### Ofertă și disponibilitate

##### Producție și trafic

Canabisul este în continuare cel mai produs și comercializat drog ilegal pe bază de plante din lume. (CND, 2006).

Producția pe scară largă a rășinii de canabis se concentrează în câteva țări, în special în Maroc, dar și în Pakistan și Afganistan. La nivel global, producția totală de rășină de canabis se estimează la 7 400 de tone pe an (CND, 2006). Majoritatea rășinii de canabis consumate în Uniunea Europeană este originară din Maroc; se introduce prin contrabandă în principal prin Peninsula Iberică, deși Țările de Jos constituie, se pare, un centru secundar de distribuție pentru transporturile destinate țărilor din Uniunea Europeană. În 2004, s-a realizat pentru a doua oară o anchetă privind cultivarea canabisului în Maroc, iar rezultatele au arătat o scădere de 10 % față de 2003, datorată în principal intervenției guvernului. În 2004,

##### Interpretarea informațiilor privind capturile și piața

De obicei, se consideră că numărul capturilor de droguri dintr-o țară este un indicator indirect al ofertei și disponibilității drogurilor, deși reflectă, de asemenea, resursele, prioritățile și strategiile de aplicare a legii, precum și vulnerabilitatea traficantilor față de activitățile naționale și internaționale de reducere a ofertei de droguri și față de practicile de raportare. Cantitățile capturate pot fluctua considerabil de la un an la altul, de exemplu dacă într-un an câteva capturi sunt de dimensiuni foarte mari. Din acest motiv, numărul capturilor este uneori un indicator mai bun al tendințelor. În toate țările, numărul capturilor include o proporție ridicată de capturi mici la nivelul comerțului cu amănuntul (pe stradă). Acolo unde sunt cunoscute, originea și destinația drogurilor capturate pot indica rutele de trafic și zonele de producție. Majoritatea statelor membre furnizează date privind prețul și puritatea/puterea drogurilor vândute cu amănuntul. Cu toate acestea, datele provin dintr-o varietate de surse diferite, care nu pot fi comparate întotdeauna, ceea ce îngreunează comparațiile corecte dintre țări.

suprafața totală a culturilor a fost de 120 500 hectare în regiunea Rif, ceea ce corespunde unui potențial de producție de 2 760 de tone de rășină de canabis (UNODC și Guvernul Marocului, 2005).

Alte țări care au fost, de asemenea, menționate în 2004 ca țări sursă pentru rășina de canabis capturată în Uniunea Europeană sunt: Albania, Portugalia, Senegal, Afganistan, Pakistan și țări din Asia Centrală (Raportele naționale Reitox, 2005; WCO, 2005; INCB, 2006a).

În 2003, producția globală potențială de plante de canabis a fost estimată la peste 40 000 de tone (CND, 2005), cu țări sursă din întreaga lume. Conform rapoartelor, capturile de plante de canabis realizate în Uniunea Europeană în 2004 proveneau din diverse țări, în principal din Țările de Jos și Albania, dar și din Angola, Africa de Sud, Jamaica și Thailanda (Raportele naționale Reitox, 2005; WCO, 2005; INCB, 2006). În afară de aceasta, în majoritatea statelor membre ale Uniunii Europene se cultivă și se produc local (în interior sau în aer liber) produse din canabis.

##### Capturi

La nivel mondial, în 2004, s-au capturat în total 1 471 de tone de rășină de canabis și 6 189 de tone de plante de canabis. Majoritatea rășinii de canabis a fost capturată, în continuare, în Europa de Vest și Europa Centrală (74 %), precum și în Asia de Sud-Vest și Orientul Mijlociu și Apropiat (19 %), în timp ce capturile de plante de canabis rămân concentrate în America de Nord (54 %) și Africa (31 %) (UNODC, 2006).

În 2004, în Uniunea Europeană s-au realizat aproximativ 275 000 de capturi de rășină de canabis reprezentând 1 087 de tone. Majoritatea capturilor au continuat să fie raportate de Spania (reprezentând aproape jumătate din totalul capturilor și aproximativ trei-sferturi din cantitatea totală capturată în Uniunea Europeană), fiind urmată de Franța și Regatul Unit <sup>(40)</sup>. Deși numărul de capturi de rășină în întreaga Uniune Europeană a scăzut între 1999 și 2003, tendințele înregistrate în țările care au întocmit rapoarte indică o creștere la nivelul Uniunii Europene în 2004 <sup>(41)</sup>.

<sup>(40)</sup> Aceste date ar trebui verificate cu datele lipsă pentru anul 2004, când acestea vor fi disponibile. Datele privind numărul de capturi de canabis și cantitățile de canabis capturate în 2004 nu au fost disponibile pentru Irlanda și Regatul Unit; datele privind numărul de capturi de canabis nu au fost disponibile pentru Țările de Jos în 2004. Pentru estimare, datele lipsă pentru 2004 au fost înlocuite de datele pentru 2003. Datele furnizate de Țările de Jos privind cantitățile capturate în 2004 reprezentau doar estimări, astfel încât nu se puteau include în analiza tendințelor pentru 2004.

<sup>(41)</sup> Vezi Tabelul SZR-1 din Buletinul statistic 2006.

Cantitatea totală de rășină capturată în Uniunea Europeană arată o creștere continuă în cursul perioadei 1999-2004, deși în 2004 majoritatea țărilor (în afară de Spania) au raportat o scădere <sup>(42)</sup>.

Uniunea Europeană capturează mai puțin plante de canabis; în 2004, s-au realizat aproximativ 130 000 de capturi reprezentând 71 de tone, iar majoritatea capturilor au avut loc în Regatul Unit <sup>(43)</sup>. Numărul capturilor de plante de canabis în Uniunea Europeană a crescut constant din 1999 <sup>(44)</sup>, deși cantitățile capturate au scăzut din 2001 în țările care au întocmit rapoarte <sup>(45)</sup>. Acesta reprezintă un tablou preliminar deoarece datele din 2004 pentru Regatul Unit nu sunt încă disponibile.

În 2004, un număr estimat de 12 800 de capturi în Uniunea Europeană și țările candidate a dus la recuperarea a aproximativ 22 de milioane de plante de canabis și 9,5 tone de plante de canabis, Turcia reprezentând țara cu cea mai mare cantitate capturată <sup>(46)</sup>. Numărul de capturi de plante de canabis a crescut din 1999 și, pe baza datelor oferite de țările raportoare, a continuat să crească în 2004.

### Prețul și concentrația

În 2004, prețul mediu de vânzare cu amănuntul al rășinii de canabis în Uniunea Europeană varia de la 2,3 EUR/g în Portugalia la peste 12 EUR/g în Norvegia, în vreme ce prețul pentru plantele de canabis varia de la 2,7 EUR/g în Portugalia la 11,6 EUR/g în Malta, majoritatea țărilor raportând prețuri pentru produse din canabis între 5 și 10 EUR/g <sup>(47)</sup>.

Prețurile medii ale rășinii de canabis, corectate în funcție de inflație, <sup>(48)</sup> au scăzut în cursul perioadei 1999-2004 în toate țările raportoare <sup>(49)</sup>, cu excepția Germaniei și Spaniei, unde prețurile au rămas stabile, și a Luxemburgului, unde s-a înregistrat o ușoară creștere. Prețurile medii ale plantelor de canabis, corectate în funcție

de inflație <sup>(50)</sup>, de un tip nespecificat sau importate, au scăzut și ele în cursul aceleiași perioade, în majoritatea țărilor raportoare, dar au rămas stabile în Spania și Țările de Jos și au crescut în Germania, Letonia, Luxemburg și Portugalia. Doar două țări, Țările de Jos și Regatul Unit, au raportat prețul mediu al plantelor de canabis produse la nivel local și în ambele cazuri acesta a scăzut.

Tăria produselor din canabis este determinată de conținutul lor de  $\Delta^9$ -tetrahydrocannabinol (THC), constituentul activ principal (EMCDDA, 2004b). În 2004, rapoartele au arătat că rășina de canabis vândută cu amănuntul avea un conținut mediu de THC care varia de la sub 1 % (Bulgaria) la 16,9 % (Țările de Jos), în timp ce tăria plantelor de canabis varia de la 0,6 % (Polonia) la 12,7 % (Anglia și Țara Galilor) <sup>(51)</sup>. Pentru Țările de Jos, s-a raportat o tărie a plantelor de canabis produse la nivel local de 17,7 % <sup>(52)</sup>.

### Prevalența și modelul de consum al cannabisului

Canabisul este substanța ilegală cel mai frecvent folosită în Europa. Consumul acestuia a crescut în aproape toate țările din Uniunea Europeană în anii 1990, mai ales în rândul tinerilor, inclusiv al elevilor.

Conform estimărilor, aproape 65 de milioane din populația adultă europeană, reprezentând 20 % din grupa de vârstă 15-64 de ani, au consumat cel puțin o dată această substanță <sup>(53)</sup>, deși ar trebui amintit că majoritatea dintre aceștia nu o consumă în prezent. Cifrele la nivel național variază în mare măsură, de la 2 % până la 31 %, cele mai reduse fiind în Malta, Bulgaria și România, iar cele mai ridicate în Danemarca (31 %), Spania (29 %), Franța (26 %) și Regatul Unit (30 %) <sup>(54)</sup>. Dintre cele 25 de țări pentru care există informații, 13 au prezentat rate de prevalență pe parcursul vieții în intervalul 10-20 % <sup>(55)</sup>.

<sup>(42)</sup> Vezi Tabelul SZR-2 din Buletinul statistic 2006.

<sup>(43)</sup> Vezi nota de subsol nr. (40). Pentru Polonia, datele pentru 2004 privind numărul de capturi de plante de canabis nu au fost disponibile.

<sup>(44)</sup> Vezi Tabelul SZR-3 din Buletinul statistic 2006.

<sup>(45)</sup> Vezi Tabelul SZR-4 din Buletinul statistic 2006.

<sup>(46)</sup> Vezi nota de subsol nr. (40).

<sup>(47)</sup> Vezi Tabelul PPP-1 din Buletinul statistic 2006.

<sup>(48)</sup> Luând anul 1999 ca an de referință pentru puterea de cumpărare în toate țările.

<sup>(49)</sup> Pentru perioada 1999-2004, datele privind prețurile rășinii/plantelor de canabis au fost disponibile pentru cel puțin trei ani consecutivi în Belgia, Cipru, Republica Cehă, Germania, Spania, Franța, Irlanda, Letonia, Lituania, Luxemburg, Țările de Jos, Polonia, Portugalia, Slovenia, Suedia, Regatul Unit, Bulgaria (doar pentru plante), România, Turcia și Norvegia. Cu toate acestea, tendințele din Republica Cehă nu au fost analizate din cauza deficiențelor metodologice care au afectat datele prezentate spre examinare.

<sup>(50)</sup> Luând anul 1999 ca an de referință pentru puterea de cumpărare în toate țările.

<sup>(51)</sup> Vezi Figura PPP-2 din Buletinul statistic 2006.

<sup>(52)</sup> Vezi Tabelul PPP-5 din Buletinul statistic 2006.

<sup>(53)</sup> Proporția medie s-a calculat ca media ratelor de prevalență naționale ponderate în funcție de populația din grupa de vârstă relevantă din fiecare țară. Numărul total s-a calculat prin înmulțirea prevalenței din rândul populației în cauză din fiecare țară și, în țările pentru care nu există nici o informație disponibilă, prin atribuirea unei prevalențe medii. Cifrele din prezentul raport sunt probabil valorile minime, deoarece este posibil ca unele țări să fi raportat cifre mai mici.

<sup>(54)</sup> În acest text, din rațiuni practice, cifrele pentru Regatul Unit se bazează pe 2005 British Crime Survey (England and Wales) [Studiul privind infracțiunile în Marea Britanie pentru anul 2005 (Anglia și Țara Galilor)]. Mai sunt disponibile estimări suplimentare pentru Scoția, Irlanda de Nord și o estimare combinată pentru Regatul Unit (prezentate în Buletinul statistic).

<sup>(55)</sup> Vezi Tabelul GPS-1 din Buletinul statistic 2006.



### Estimarea consumului de droguri în rândul populației

Consumul de cannabis în general sau în rândul populației din școli se evaluează prin anchete care oferă estimări ale proporției din cadrul populației care a consumat droguri în intervale determinate de timp: consumul pe parcursul vieții, consumul în ultimul an sau consumul în ultima lună.

OEDT, în colaborare cu experții naționali, a elaborat o serie de elemente esențiale comune („European Model Questionnaire” – EMQ) [Chestionarul model european] utilizat în anchetele în rândul adulților, și care au fost implementate în majoritatea statelor membre ale UE. Detaliile privind EMQ sunt incluse în „Handbook for surveys about drug use among the general population” [Manual pentru anchete privind consumul de droguri pe ansamblul populației] pe site-ul (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1380>). Cu toate acestea, există încă diferențe între țări în ceea ce privește metodologia și anul de colectare a datelor, iar diferențele mici dintre țări ar trebui interpretate cu precauție<sup>(1)</sup>.

„Consumul pe parcursul vieții” poate avea o valoare limitată ca indicator al situației actuale în rândul adulților (deși poate fi un indicator acceptabil în rândul elevilor), dar poate oferi informații privind modelele de consum. „Consumul în ultimul an” și „consumul în ultima lună” reflectă mai exact situația actuală, în cel de-al doilea caz cuprinzând persoanele care consumă drogul frecvent.

The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) [Proiectul european pentru anchete privind alcoolul și alte droguri în școli] este o sursă importantă de informații privind consumul de droguri și alcool în rândul elevilor din Europa și are o valoare inestimabilă datorită faptului că înregistrează tendințele în timp. Anchetele ESPAD au fost realizate în 1995, 1999 și 2003. Următoarea anchetă va fi realizată în 2007.

ESPAD utilizează metode și instrumente standardizate asupra eșantioanelor reprezentative la nivel național de elevi în vârstă de 15-16 ani pentru a se asigura un set de rezultate comparabile. Cu fiecare anchetă, participarea la ESPAD a crescut, participând 26 țări europene în 1995, 30 în 1999 și 35 în 2003, inclusiv 22 state membre UE și patru țări candidate (Bulgaria, Croația, România și Turcia). Întrebările din anchetă pun accent pe consumul de alcool și consumul drogurilor ilicite, inclusiv intervalele de timp standard și frecvența consumului.

Informații privind ESPAD și disponibilitatea rapoartelor pot fi găsite pe site-ul ESPAD ([www.espad.org](http://www.espad.org)).

(1) Pentru informații suplimentare în legătură cu metodologia anchetelor la nivelul populației și metodologia folosită în fiecare anchetă națională, vezi Buletinul statistic 2006.

Consumul pentru anul trecut este net mai mic decât experimentarea pe parcursul vieții. Se estimează că aproximativ 22,5 milioane de adulți europeni au consumat cannabis în ultimul an, aproape 7 % din grupa de vârstă 15-64 de ani. Cifrele la nivel național se situează între 1 % și 11 %, cele mai mici fiind raportate de Grecia, Malta și Bulgaria, iar cele mai mari de Spania (11,3 %), Franța (9,8 %) și Regatul Unit (9,7 %) <sup>(56)</sup>.

Estimările prevalenței consumului în ultima lună vor indica mai clar consumul regulat al drogului. Conform estimărilor, 12 milioane de adulți europeni au consumat drogul în ultimele 30 de zile, aproape 4 % din populația adultă. Cifrele la nivelul țărilor variază între 0,5 % și 7,5 %, cu diferențe în raport de 1 la 15. Cele mai mici cifre au fost raportate din Lituania, Malta, Suedia și Bulgaria, iar cele mai mari din Republica Cehă (4,8 %), Spania (7,6 %) și Regatul Unit (5,6 %) <sup>(57)</sup>.

Consumul drogurilor ilegale, inclusiv al cannabisului, se concentrează în principal în rândul tinerilor. În 2004, între 3 % și 44 % dintre europenii din grupa de vârstă 15-34 de ani au declarat că au consumat cannabis, 3-20 % au consumat cannabis în ultimul an, iar 1,5-13 % au consumat drogul în ultima lună, cele mai mari cifre provenind din nou din Republica Cehă, Spania și Regatul Unit. Pentru această grupă de vârstă, mediile europene reprezintă 32 % pentru consumul pe parcursul vieții, 14 % pentru consumul din ultimul an (în comparație cu 2 % pentru grupa de vârstă 35-64 de ani) și peste 7 % pentru consumul din ultima lună (în comparație cu 1 % pentru grupa de vârstă 35-64 de ani) <sup>(58)</sup>.

Consumul de cannabis este și mai semnificativ în grupa de vârstă 15-24 de ani, prevalența consumului pe parcursul vieții situându-se între 3 % și 44 % (majoritatea țărilor raportând cifre în intervalul 20-40 %), consumul în ultimul an variind de la 4 % la 28 % (în majoritatea țărilor 10-25 %) (Figura 2), iar consumul în ultima lună de la 1 % la 15 % (în majoritatea țărilor 5-12 %), bărbații înregistrând rate mai mari de consum decât femeile. În noile state membre, nivelurile consumului de cannabis în rândul adulților tineri din grupa de vârstă 15-24 de ani se situează în același interval ca nivelurile din cele cincisprezece state membre ale Uniunii Europene, dar pentru persoanele din grupele de vârstă mai avansată ratele de consum scad simțitor <sup>(59)</sup>.

Spre deosebire de aceasta, în studiul național din 2004 din Statele Unite privind consumul de droguri și sănătatea <sup>(60)</sup>, 40,2 % dintre adulți (definiți ca având cel puțin 12 ani) au declarat un consum pe parcursul vieții, în comparație cu

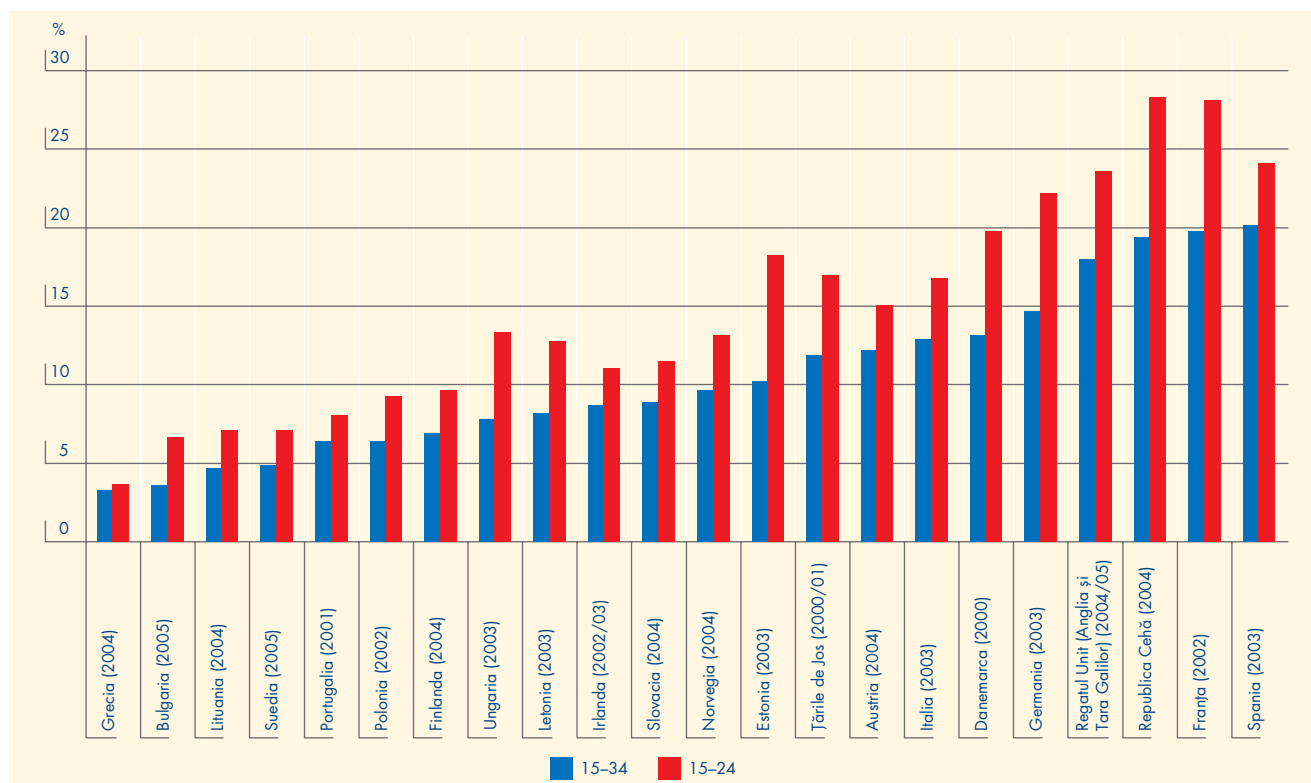
<sup>(56)</sup> Vezi Tabelul GPS-3 din Buletinul statistic 2006.

<sup>(57)</sup> Vezi Tabelul GPS-5 din Buletinul statistic 2006.

<sup>(58)</sup> Vezi Tabelele GPS-2, GPS-4 și GPS-6 din Buletinul statistic 2006.

<sup>(59)</sup> Vezi Tabelele GPS-14, GPS-15 și GPS-16 și Figurile GPS-2, GPS-3, GPS-11, GPS-12, GPS-13 și GPS-26 din Buletinul statistic 2006.

<sup>(60)</sup> Sursa: SAMHSA, Office of Applied Studies, 2004 National Survey on Drug Use and Health (<http://oas.samhsa.gov/nsduh.htm#nsduhinfo>). A se observa că intervalul de vârstă pentru „toți adulții” din sondajul din Statele Unite (12 ani și mai mult) este mai cuprinzător decât intervalul standard de vârstă folosit în sondajele europene (15-64 de ani).

**Figura 2:** Prevalența consumului de canabis în ultimul an în rândul adulților tineri (15–34 ani și 15–24 ani)

NB: Datele provin din cele mai recente anchete naționale existente în fiecare țară la data raportării. Pentru informații suplimentare, vezi Tabelele GPS-8, GPS-11 și GPS-18 din Buletinul statistic 2006.

Surse: Rapoartele naționale Reitox (2005), preluate din anchete asupra populației, rapoarte sau articole științifice.

o medie a UE de circa 20 %. Această cifră este mai mare chiar și decât cele din țările europene cu ratele de consum cele mai ridicate pe parcursul vieții (Danemarca 31,3 % și Regatul Unit 29,7 %), deși diferențele dintre estimările privind consumul din ultimul an nu sunt așa de pronunțate: această cifră este de 10,6 % în Statele Unite față de o medie europeană de 7 %, iar câteva țări europene au raportat cifre similare celor constatate în Statele Unite.

Cinci state membre ale UE (Belgia, Spania, Cipru, Italia și Regatul Unit) au raportat informații noi provenite din sondajele naționale efectuate în școli, iar Bulgaria a raportat date din sondaje efectuate în școli din două importante orașe. Pe ansamblu, tabloul consumului de canabis în rândul elevilor din Europa rămâne neschimbat. Cea mai ridicată prevalență a consumului de canabis pe parcursul vieții în rândul elevilor de 15 și 16 ani este în Republica Cehă și Spania (44 % și, respectiv, 41 %). Țările în care rata este mai mare de 25 % sunt Germania, Italia, Țările de Jos, Slovacia și Slovenia (27-28 %), precum și Belgia, Franța, Irlanda și Regatul Unit, unde prevalența pe parcursul vieții variază între 32 % – 40 %. Estimările cele mai reduse privind prevalența pe parcursul vieții (sub 10 %)

se evidențiază în Cipru, Grecia, Suedia, România, Turcia și Norvegia <sup>(61)</sup>.

Estimările privind prevalența la elevii de 15–16 ani nu ar trebui generalizate pentru elevii cu vârste mai mari, deoarece prevalența poate crește considerabil odată cu mici avansări în vârstă. În rândul persoanelor de 17 și 18 ani, estimările privind prevalența consumului pe parcursul vieții ajung la peste 50 % în Republica Cehă, Spania și Franța <sup>(62)</sup>. Iar în Suedia, unde prevalența este la un nivel scăzut, în comparație cu multe alte state membre, consumul estimat de canabis pe parcursul vieții în rândul elevilor de 17 și 18 ani, de 14 %, reprezintă mai mult decât dublul consumului în rândul elevilor de 15–16 ani (6 %) <sup>(63)</sup>.

### Modele de consum al canabisului

Consumul de canabis tinde să fie ocazional sau să fie abandonat după o perioadă de timp de la inițiere. În medie, 33 % din europenii care au încercat vreodată canabis l-au consumat și în ultimul an, pe când doar 16 % au consumat canabis în ultimele 30 de zile. Aceste proporții, cunoscute ca „rate de continuare”, variază de la o țară la alta, între

<sup>(61)</sup> Vezi Tabelul EYE-1 din Buletinul statistic 2006.

<sup>(62)</sup> Sondajul ESCAPAD privind tinerii, inclusiv cei de 17 până la 18 ani care nu sunt școlariști.

<sup>(63)</sup> Vezi Tabelul EYE-3 și Figura EYE-1 (partea i) din Buletinul statistic 2006.

20 % – 45 % pentru continuarea pe parcursul ultimului an și între 10 % – 25 % pentru continuarea pe parcursul ultimelor 30 de zile <sup>(64)</sup>.

Deși consumul de canabis este concentrat în mare parte în rândul tinerilor, datele provenite din Spania și Regatul Unit sugerează că o continuare a consumului drogului respectiv este posibilă la vârste cuprinse între 30 și 50 de ani. Acest lucru ar putea reprezenta o importantă schimbare pe termen lung a modelelor de consum al canabisului ce merită să fie observată în continuare.

Consumul de canabis, ca cel al altor droguri ilegale, este semnificativ mai ridicat în rândul bărbaților decât al femeilor. Diferența este mai pronunțată în cazul consumului în cursul ultimului an sau al ultimei luni decât în cazul consumului pe parcursul vieții, însă diferențele sunt mai mici în rândul tinerilor decât în rândul adulților cu vârste mai mari (vezi extrasul privind sexele). Consumul de canabis este, de asemenea, mai răspândit în zonele urbane și în zonele cu o densitate ridicată a populației. S-a presupus că folosirea acestui drog se poate răspândi în orașe mai mici sau zone rurale, iar Polonia a confirmat această tendință prin raportul său național din 2005.

### Efecte asupra sănătății ale consumului de canabis

În ultimii ani, a existat o preocupare crescută în legătură cu urmările potențiale pe care consumul de canabis le poate avea în domeniul social și al sănătății. Deși dovezile disponibile nu asigură o înțelegere foarte exactă a acestor chestiuni, pot fi totuși trase anumite concluzii. De exemplu, corelarea consumului intensiv de canabis cu bolile mintale este evidentă, însă problema co-morbidității se împletește cu chestiuni privind cauza și efectul. Caracterul complex al acestei corelații este studiat și dezbătut într-o monografie viitoare a OEDT.

Deoarece consumul intensiv de canabis apare deseori în asociere cu probleme mintale care nu sunt specifice consumului de droguri, apar implicații practice. Atunci când elaborează o schemă de tratament pentru consumatorii de canabis, clinicienilor le este greu să se decidă dacă să înceapă cu consumul de droguri sau cu problema de sănătate mintală. Studiile privind efectele tratamentului pentru consumul problematic de droguri sunt încă limitate, iar puținele care există se referă numai la tratamente psihologice specifice. Celelalte tipuri de tratament, fie nu au fost studiate deloc, fie au fost insuficient studiate, de aceea dovezile privind eficacitatea și eficiența lipsesc.

Cu toate că preocuparea pentru formele consumului de canabis, regulat sau intensiv, crește tot mai mult <sup>(65)</sup>, există foarte puține informații la nivel european. O estimare brută făcută în raportul anual din 2004 (EMCDDA, 2004a) sugerează că 1 % dintre europenii adulți, aproape 3 milioane de persoane, ar putea consuma canabis zilnic sau aproape zilnic. Câteva țări au raportat creșteri ale consumului regulat sau intensiv de canabis, însă doar Spania a raportat date similare privind consumul zilnic, cu o creștere între 1997-99 (0,7–0,8 % din populația adultă) și 2001 (1,5 %), urmată de o stabilizare în 2003 (1,5 %). Ar fi foarte util să existe informații din alte țări și pe anumite grupe de vârstă (de exemplu, 15–24 de ani). Studiul ESCAPAD din 2003 din Franța a arătat că 14 % dintre persoanele cu vârste între 17 și 18 ani (9 % din fete și 18 % din băieți) ar putea fi considerate ca fiind expuse riscului consumului problematic, conform unei scări specifice (CAST). Alte țări lucrează, de asemenea, la elaborarea unor scări pentru evaluarea formelor intensive ale consumului de canabis (Germania, Țările de Jos, Polonia și Portugalia), iar OEDT promovează colaborarea în acest domeniu.

### Tendențe în consumul de canabis în rândul adulților

Absența unor date temeinice ordonate într-o serie cronologică îngreunează decelarea tendințelor pe termen lung ale consumului de droguri în Europa. Cu toate acestea, un număr tot mai mare de țări au inițiat sondaje de la începutul anilor 1990 încoace, iar unele dintre acestea încep să furnizeze informații utile privind tendințele observate de-a lungul timpului.

Se consideră că, în general, consumul de canabis a început să se răspândească în câteva țări europene în anii 1960 și a câștigat în popularitate în anii 1970 și 1980. Sondaje naționale recente arată o importanță experimentare a consumului pe parcursul vieții în rândul persoanelor cu vârste între 45 și 54 de ani din Danemarca, Germania, Spania, Franța, Țările de Jos, Suedia și Regatul Unit, sugerând astfel o inițiere semnificativă în consumul de canabis la sfârșitul anilor 1960 și în anii 1970. O analiză a inițierii în consumul de canabis a arătat o pronunțată extindere a acestuia în Spania, în timpul anilor 1970, în Germania (Vest), în timpul anilor 1980 și în Grecia, în anii 1990 <sup>(66)</sup>. Datele provenite din Suedia atestă un nivel destul de ridicat de experimentare în anii 1970 în rândul militarilor în termen (15–20 %).

Sondajele naționale sau locale realizate în gospodării, în rândul recruților și în școli au arătat o creștere

<sup>(64)</sup> Vezi Figura GPS-24 din Buletinul statistic 2006.

<sup>(65)</sup> Deocamdată nu există o definiție universal acceptată a „consumului intensiv de canabis”; mai degrabă, definiția variază de la un studiu la altul. Oricum, acesta este un termen general ce înseamnă consumul de canabis ce depășește un anumit prag de frecvență. Nu implică neapărat existența „dependenței/abuzului” sau alte probleme, dar se consideră că amplifică riscul unor consecințe negative, inclusiv dependența. În prezentul capitol, cifrele se referă la „consumul zilnic sau aproape zilnic” (definit ca fiind consumul efectuat în cel puțin 20 de zile din ultimele 30 de zile). Această valoare de referință a fost deseori utilizată în studii și se poate deriva din modelul de chestionar folosit la nivel european. Riscul de dependență este mai redus în cazul celor care consumă droguri mai rar.

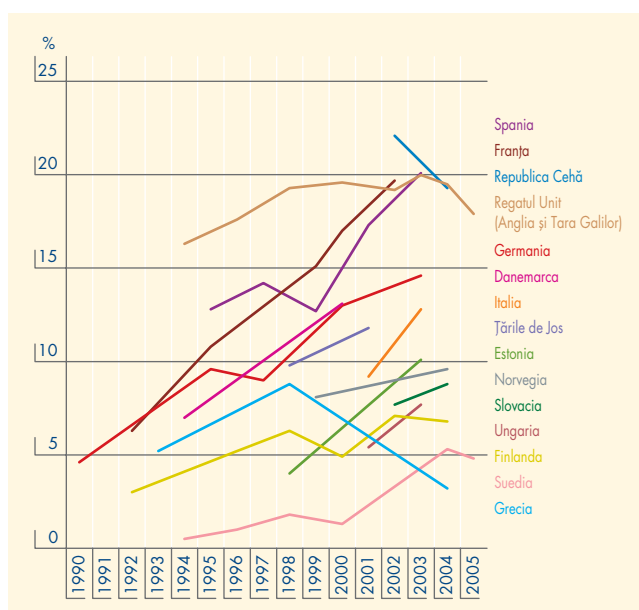
<sup>(66)</sup> Vezi Figura 4 din Raportul anual 2004.

considerabilă a consumului de canabis în timpul anilor 1990 în aproape toate țările Uniunii Europene, mai ales în rândul tinerilor. Această creștere a continuat până recent în aproape toate țările, deși se observă o oarecare stabilizare sau chiar scădere în unele cazuri.

În Regatul Unit, consumul recent de canabis în rândul adulților tineri (cu vârste între 15 și 34 de ani) a înregistrat valoarea cea mai mare din Europa la începutul anilor 1990, dar a scăzut ușor din 1998 până în 2004/2005 <sup>(67)</sup>, în timp ce în Spania și Franța ratele de consum au atins recent (în 2002 sau 2003) valorile înregistrate în Regatul Unit (Figura 3). Niveluri similare de prevalență ridicată sunt, de asemenea, raportate în ceea ce privește Republica Cehă.

Nivelurile de consum sunt mai reduse în Danemarca, Germania, Estonia, Italia, Țările de Jos și Slovacia, însă toate aceste țări au raportat creșteri ale consumului pe parcursul ultimului an în rândul adulților tineri, la fel ca Ungaria, deși într-o măsură mai mică. Este de reținut că datele provenite din Danemarca (2000) și Țările de Jos (2001) sunt în prezent relativ vechi și astfel situația actuală nu este bine definită.

**Figura 3:** Tendințe ale prevalenței consumului de canabis în ultimul an în rândul adulților tineri (15–34 ani)



NB: Datele provin din cele mai recente anchete naționale existente în fiecare țară la data raportării. Pentru informații suplimentare, vezi Tabelul GPS-4 din Buletinul statistic 2006.

Surse: Rapoartele naționale Reitox (2005), preluate din anchete asupra populației, rapoarte sau articole științifice.

În Finlanda și Suedia, ratele de prevalență sunt relativ reduse, însă tendința observată este spre creștere; cu toate acestea, diferența observată în Suedia între 2000 (1,3 %) și 2004 (5,3 %) este dificil de interpretat din cauza schimbărilor metodologice <sup>(68)</sup>.

În general, estimările privind prevalența pe parcursul ultimei luni au crescut, de asemenea, în ultimul deceniu, deși creșteri semnificative s-au înregistrat doar în Belgia și Spania. Regatul Unit a înregistrat recent o scădere a consumului pe parcursul ultimei luni, anterior prezentând cele mai ridicate niveluri din Europa de la începutul anilor 1990. În plus, Slovacia a raportat o scădere între 2002 și 2004. În Republica Cehă și Franța nu a fost posibilă o evaluare a tendinței.

În afară de aceasta, sondajele efectuate în școli pot oferi informații utile cu privire la tendințele consumului de droguri în rândul celor mai tineri membri ai populației, ceea ce poate ajuta la prezicerea viitoarelor tendințe în rândul adulților tineri. În majoritatea țărilor, din 1995, numărul elevilor care au încercat vreodată canabis a crescut în general. Cu toate acestea, variațiile geografice ale tendințelor sunt pronunțate. Tendințele privind prevalența consumului de canabis pe parcursul vieții în rândul elevilor cu vârste de 15–16 ani se pot clasifica în trei grupe geografice. În Irlanda și Regatul Unit, care au o lungă istorie a consumului de canabis, prevalența pe parcursul vieții este ridicată, dar a rămas stabilă în cursul ultimului deceniu (în jur de 37–39 %). În statele membre din Europa de Est și Centrală, precum și în Danemarca, Spania, Franța, Italia și Portugalia, prevalența consumului de canabis pe parcursul vieții în 2003 a fost considerabil mai mare decât în 1995. În a treia grupă de state membre (Finlanda și Suedia, în nord, Grecia, Cipru și Malta, în sud) plus Norvegia, estimările prevalenței pe parcursul vieții în rândul elevilor au rămas la niveluri relativ scăzute (în jur de 10 % sau mai mici) <sup>(69)</sup>.

## Date privind cererile de tratament <sup>(70)</sup>

Din totalul de aproximativ 380 000 de cereri de tratament înregistrate în 2004 (potrivit datelor disponibile din 19 țări), canabisul a fost principalul motiv pentru trimiteri la tratament în circa 15 % din cazuri, ceea ce îl face drogul cel mai raportat, după heroină <sup>(71)</sup>.

Pe ansamblu, canabisul este, de asemenea, al doilea drog ca număr de mențiuni în rapoartele privind persoanele supuse unui prim tratament, acestea reprezentând 27 % din noii pacienți raportați în 2004, deși există variații

<sup>(67)</sup> Din 1994, primul an cu informații bazate pe Studiul privind infracțiunile în Marea Britanie, pentru Anglia și Tara Galilor.

<sup>(68)</sup> Vezi Figurile GPS-4 și GPS-14 din Buletinul statistic 2006.

<sup>(69)</sup> Vezi Tabelul EYE-5 (partea i) și Figura EYE-1 (partea ii) din Buletinul statistic 2006.

<sup>(70)</sup> Analiza distribuției generale și a tendințelor se bazează pe datele privind pacienților care au solicitat tratament în toate centrele de tratament; analiza profilului pacienților și a modelelor de consum de droguri se bazează pe datele provenite de la centrele de tratament în ambulatoriu. O analiză specifică bazată pe genuri se poate găsi în extrasul privind genul, publicat în Raportul anual al OEDT pe 2006.

<sup>(71)</sup> Vezi Figura TDI-2 din Buletinul statistic 2006.

semnificative între țări, canabisul fiind menționat doar în cazul a mai puțin de 5 % din noii pacienți în Lituania, Malta și România, dar pentru peste 40 % din noii pacienți în Danemarca, Germania, Ungaria și Finlanda <sup>(72)</sup>. În cursul perioadei 1999–2004, proporția tuturor noilor pacienți care au solicitat tratament pentru consumul de canabis a crescut în majoritatea țărilor care au raportat date în acest sens <sup>(73)</sup>.

În aproape toate țările pentru care există date disponibile, proporția pacienților noi înregistrați ca solicitând tratament pentru consumul de canabis este mai mare decât proporția tuturor pacienților; în câteva țări proporțiile sunt aproximativ egale <sup>(74)</sup>. Cea mai mare cerere de tratament pentru consumul de canabis se înregistrează în servicii de ambulatoriu <sup>(75)</sup>.

Mai mulți factori se pot asocia creșterii cererii de tratament pentru consumul de canabis, fiind necesar să se facă cercetări amănunțite în acest sens. Creșterea cererii de tratament s-ar putea datora unei extinderi a consumului intensiv de canabis și problemelor ce apar ca urmare a acestui fapt în rândul populației, unei înțelegeri sporite a riscurilor asociate consumului de canabis, unei creșteri, evident importante în unele țări, a numărului de trimiteri la tratament din partea sistemului de urmărire penală și schimbărilor la nivelul sistemului de raportare și/sau gradului de cuprindere al acestuia <sup>(76)</sup>.

Pe ansamblu, consumatorii de canabis se pot împărți în trei grupe: cei care consumă canabis ocazional (34 %), cei care îl consumă o dată sau de câteva ori pe săptămână (32 %) și cei care îl consumă zilnic (34 %). Există diferențe marcante între țări în ceea ce privește consumul de canabis în rândul noilor pacienți, raportându-se cea mai mare proporție a consumatorilor zilnici de canabis în Țările de Jos și Danemarca și cele mai însemnate proporții ale consumatorilor ocazionali sau ale celor care nu au folosit canabisul în luna precedentă tratamentului în Germania, Grecia și Ungaria. Această variație reflectă probabil diferențe în ceea ce privește trimerile la tratament (de exemplu, mai multe trimeri din partea sistemului de urmărire penală sau din partea serviciilor sociale) <sup>(77)</sup>.

Este important să se cunoască măsura în care consumatorii de canabis care beneficiază de tratament îndeplinesc criteriile de diagnostic pentru dependență sau pentru consumul periculos de droguri. În prezent, este necesar să se facă cercetări suplimentare în acest domeniu. Deoarece practicile de trimitere la tratament diferă de la

o țară la alta, este necesar ca studiile să furnizeze date privind caracteristicile clinice distinctive ale persoanelor ce beneficiază de tratament pentru consum de canabis.

Unii consumatori solicită tratament pentru consumul de canabis combinat cu alte probleme legate de droguri sau alcool și, uneori, cererea de tratament se referă la probleme mai generale, precum tulburările de comportament ale tinerilor. Mai mult decât atât, unele studii recente evidențiază, de asemenea, o creștere a numărului adolescenților care solicită tratament pentru consumul de canabis și care manifestă probleme conexe de sănătate mentală, iar acest lucru poate fi un important factor ce influențează cererea de tratament. <sup>(78)</sup>.

De asemenea, este important ca populația să înțeleagă mai bine nevoile consumatorilor de canabis. OEDT estimează un număr de 3 milioane de consumatori intensivi de canabis (definiți drept consumatori zilnici sau aproape zilnici de canabis) în Uniunea Europeană. Deși numărul celor care solicită intervenții nu se cunoaște, numărul cererilor de tratament legate de canabis este mic față de această cifră.

Potrivit informațiilor disponibile, pacienții consumatori de canabis din centrele de tratament în ambulatoriu tind să fie relativ tineri; practic, toți pacienții noi care fac tratament pentru dependența de canabis au vârste sub 30 de ani. Este mult mai probabil ca adolescenții care beneficiază de tratament specializat pentru dependență de droguri să se înregistreze pentru prima dată cu problema canabisului decât pacienții din celelalte grupe de vârstă, canabisul făcând obiectul a 75 % din cererile de tratament în rândul persoanelor cu vârste sub 15 și a 63 % din cereri pentru cei cu vârste cuprinse între 15–19 ani <sup>(79)</sup>.

Majoritatea pacienților declară că au consumat canabis pentru prima dată când făceau parte din grupe de vârstă mai mică, un procent de 36,8 % consumând drogul pentru prima dată înainte de vârsta de 15 ani. Aproape nici o persoană care solicită tratament nu declară că a consumat canabis pentru prima dată după vârsta de 29 de ani <sup>(80)</sup>.

## Prevenirea

Prin programe universale de prevenire, aplicate corespunzător, se poate întârzia sau reduce inițierea tinerilor în consumul unor substanțe, precum tutunul, alcoolul și canabisul. Importanța acestui fapt este susținută de dovezi că cei care încep să consume droguri la vârste timpurii (din

<sup>(72)</sup> Vezi Tabelul TDI-4 (partea ii) din Buletinul statistic 2006.

<sup>(73)</sup> Vezi Figura TDI-1 din Buletinul statistic 2006.

<sup>(74)</sup> Vezi Tabelele TDI-3 (partea iii) și TDI-4 (partea iii) din Buletinul statistic 2006.

<sup>(75)</sup> Vezi Tabelul TDI-25 din Buletinul statistic 2006.

<sup>(76)</sup> O monografie OEDT privind canabisul se va publica în 2007; trei capitole ale acestei monografii vor trata aspectul creșterii cererii de tratament pentru canabis.

<sup>(77)</sup> Vezi Tabelul TDI-18 din Buletinul statistic 2006.

<sup>(78)</sup> <http://www.addaction.org.uk/Drugcannabis.htm#top>

<sup>(79)</sup> Vezi Tabelul TDI-10 (partea i) și (partea ii) din Buletinul statistic 2006.

<sup>(80)</sup> Vezi Tabelul TDI-11 (partea ii) și (partea ix) din Buletinul statistic 2006.

preadolescență până la mijlocul adolescenței) prezintă un risc mult mai mare de dezvoltare a unor probleme legate de droguri, inclusiv dependență (Von Sydow et al., 2002; Chen et al., 2005). Un alt aspect de luat în considerare în eforturile de prevenire sau de întârziere a inițierii în consumul de canabis este o vulnerabilitate mai mare a adolescenților la toxicitatea canabisului.

Profilurile consumatorilor tineri de canabis, cel puțin la începutul consumului, nu diferă de cele ale consumatorilor tineri de alcool sau tutun. Acest aspect susține ideea că programele de prevenire universală destinate tinerilor nu ar trebui să se axeze doar asupra canabisului, ci ar trebui să vizeze și prevenirea consumului de alcool și de tutun.

Genul este un aspect important în prevenirea consumului de canabis (vezi extrasul privind sexele). Riscul ca băieții să treacă la un consum mai intensiv este mai ridicat, probabil pentru că fetele sunt mai receptive la dezaprobarea părinților și sunt mai precaute în alegerea anturajului. Cu toate acestea, acest lucru se schimbă pe măsură ce rolurile tradiționale ale bărbaților și femeilor se schimbă în societățile moderne. În câteva țări europene, proiectele destinate prevenirii consumului de canabis și de alcool (*Bagmaendene*, în Danemarca; *Beer-Group*, în Germania; și *Risflecting*, în Austria) au în vedere tratarea lipsei abilităților de comunicare ale băieților. Se știe că unul dintre motivele care stau la baza consumului intensiv de alcool și canabis în rândul băieților este dificultatea acestora de a aborda fetele, în consecință, prin intermediul acestor proiecte ei învață cum să flirteze.

Prevenirea selectivă în școli vizează factorii de risc asociați consumului de droguri, precum abandonarea timpurie a școlii, comportamentul antisocial, performanțele școlare reduse, gradul scăzut de atașare față de alte persoane, frecvența redusă la școală și diminuarea capacității de învățare din cauza consumului de droguri.

Proiectul german „*Drogat la școală*” are în vedere instruirea profesorilor în depistarea și prevenirea din timp a consumului de canabis, precum și intervenția oportună în acest sens, vizând și stabilirea unei legături între școli și serviciile de consiliere privind drogurile. Acest proiect, la fel ca cele de aceeași natură din Austria, este un proiect de instruire format din 10 module, având scopul de a conștientiza tot mai mult profesorii cu privire la consumul de canabis și de a identifica elevii aflați în pericol.

Centre de consiliere specifică privind drogurile se găsesc în număr mare în Germania, Franța și Țările de Jos. Din ianuarie 2005, s-au înființat peste 250 de clinici de „consultanță privind canabisul” pe întreg teritoriul Franței. Destinate adolescenților care se confruntă cu dificultăți ca urmare a consumului de canabis sau de alte droguri, precum și părinților lor, aceste unități sunt anonime, gratuite și deschise pentru toți. Acestea sunt localizate în orașele

franceze importante pentru facilitarea accesului. Consultările sunt efectuate de profesioniști formați în utilizarea instrumentelor de evaluare și intervenții rapide în caz de dependențe și care sunt, de asemenea, în măsură să identifice serviciile sociale, medicale sau psihiatrice potrivite pentru pacienții care au nevoie de îngrijire specializată. Acest nou tip de structură va face obiectul unui studiu ulterior. Primele date disponibile din primele 2 sau 3 luni de funcționare indică o frecvență de 3 500–4 000 de persoane pe lună, din care 2 000–2 500 au fost consumatori de canabis (cei alți fiind părinți, rude și asistenți sociali pentru tineri). Unele strategii alternative vor oferi cursuri scurte, dar structurate, cu aproximativ 10 sesiuni de grup (Germania, Danemarca, Țările de Jos, Austria). Un proiect EUREGIO germano-olandez a lansat un manual asociat acestor cursuri, SKOLL (pregătire în domeniul stăpânirii de sine).

Deseori, „cursurile de instruire” privind problemele specifice legate de canabis se bazează pe faptul că posesia sau consumul de canabis sunt ilegale, iar participanții sunt trimiși la aceste cursuri prin intermediul sistemului de urmărire penală. Motivația de a participa provine în mare măsură din faptul că frecventarea unor astfel de cursuri este o componentă obligatorie din sentința judecătorească. Totuși, aceste metode facilitează stabilirea unei legături cu cel puțin o parte a grupului expus riscurilor.

Multe intervenții de prevenire selectivă la nivel european se direcționează spre furnizarea de informații privind canabisul. Câteva abordări, bazate mai mult pe fapte, inclusiv restructurarea normativă (de exemplu, a afla că majoritatea membrilor grupului dezaprobă consumul), formarea în dezvoltarea unui comportament asertiv, motivația și stabilirea unor scopuri, precum și corectarea unor mituri (privind valorile asociate canabisului), încă mai trebuie stabilite ca elemente standard ale programelor de prevenire a consumului de canabis. O meta-analiză recentă a programelor de prevenire destinate tinerilor vulnerabili (Roe și Becker, 2005) a revelat că abordările bazate pe informații au un impact redus sau nul asupra comportamentelor sau atitudinilor de consum, indiferent dacă vizează prevenirea universală sau cea selectivă. Aceiași autori au constatat că programele extinse de influențare socială au un efect semnificativ asupra tinerilor vulnerabili.

Un important punct de reieșire din puținele evaluări disponibile ale proiectelor europene de prevenire selectivă a consumului de canabis (FRED, Way-Out [Drogați], Sports for Immigrants [Sporturi pentru imigranți] și altele; vezi mai sus și EDDRA la <http://eddra.emcdda.europa.eu>) este eficacitatea tehnicilor extinse de influențare socială. Printre efectele pozitive ale acestor tehnici sunt reducerea nivelurilor de consum, sporirea percepției problemelor personale legate de consum, o reducere a principalilor factori de risc și a problemelor asociate, precum și o mai mare stăpânire de sine și motivație.

### Scurtă intervenție pentru consumatorii de cannabis

Intervenția de scurtă durată este o abordare care urmărește să-i facă pe oameni să analizeze consumul de droguri și să le asigure tehnicile necesare pentru a-l controla. Conceptul are în mare măsură la bază interviul motivațional, o abordare care nu judecă și nu confruntă și care studiază valorile, obiectivele și auto-evaluarea propriului consum de către pacient și oferă un feedback privind discrepanțele dintre imaginea creată de pacient și situația reală.

Intervenția de scurtă durată se aplică de cele mai multe ori într-o etapă incipientă a consumului de alcool sau de droguri al unei persoane pentru a preveni apariția în viitor a unor probleme serioase legate de droguri. Există dovezi privind eficacitatea intervenției de scurtă durată în prevenirea abuzului de alcool și tabac, existând de asemenea un interes crescut privind însemnătatea acestei abordări și în cazul altor substanțe.

S-a observat că intervenția de scurtă durată este foarte utilă în măsurile selective de prevenire, având ca țintă consumatorii de cannabis care, în mod normal, nu ar intra în contact cu serviciile de tratament. Referitor la consumatorii intensivi de cannabis, programele educative care pun accent pe abținere, nu ar putea fi eficiente.

Intervențiile de scurtă durată sunt ieftine și sunt potrivite în special pentru consumatorii de cannabis, deoarece se pare că sunt eficiente în cazul consumatorilor de droguri care:

- au probleme puține legate de consumul de droguri
- prezintă niveluri scăzute de dependență
- consumă droguri de puțină vreme
- au un mediu stabil (social, academic, familial)
- nu sunt siguri sau sunt indeciși cu privire la schimbarea consumului de droguri.

Acest tip de abordare este utilizat în prezent în câteva țări, inclusiv în Germania, Țările de Jos, Austria și Regatul Unit, unde intervențiile pot apărea sub forma consilierii, „cursuri privind cannabisul” sau chiar site-uri de autoajutorare. De exemplu, programul german de consiliere virtuală „Quit the Shit” [Lasă-te de drog] de pe site-ul ([www.drugcom.de](http://www.drugcom.de)) reprezintă o abordare inovatoare, care folosește telematica și se adresează consumatorilor de cannabis care doresc să reducă sau să întrerupă consumul de droguri. Alte site-uri asemănătoare având opțiuni de autoajutorare: [www.jellinek.nl/zelfhulp/cannabis/frameset.html](http://www.jellinek.nl/zelfhulp/cannabis/frameset.html), găzduit de Jellinek (Țările de Jos) și [www.knowcannabis.org.uk/](http://www.knowcannabis.org.uk/) de HIT (Regatul Unit).





## Capitolul 4

### Amfetaminele, ecstasy și alte droguri psihotrope

În multe țări europene, a doua substanță ilegală consumată cel mai curent este o formă de drog produs în mod sintetic. La nivelul populației generale, consumul acestor substanțe este de obicei scăzut, însă ratele de prevalență în rândul grupurilor de vârstă ale tinerilor sunt considerabil mai ridicate, iar consumul acestor droguri poate fi deosebit de mare în anumite împrejurări sociale sau grupuri culturale. În ansamblu, amfetaminele (amfetamină și metamfetamină) și ecstasy sunt dintre cele mai prevalente droguri sintetice.

Amfetamina și metamfetamina sunt substanțe stimulative ale sistemului nervos central. Dintre cele două droguri, amfetamina este de departe cea mai ușor disponibilă în Europa. La nivel mondial, nivelurile tot mai ridicate ale consumului de metamfetamină produc motive întemeiate de îngrijorare, deoarece acest drog este asociat cu o serie de probleme serioase de sănătate. În Europa, se pare că nu se înregistrează un consum important de metamfetamină decât în Republica Cehă.

Ecstasy se referă la substanțele sintetice asociate din punct de vedere chimic amfetaminelor, însă diferă într-o oarecare măsură în ceea ce privește efectele. Cel mai cunoscut drog din grupul ecstasy este 3,4-metilendioxi-metamfetamina (MDMA), dar tabletele de ecstasy conțin uneori și alte substanțe analoge (MDA, MDEA etc.). Aceste droguri sunt cunoscute și sub denumirea de entactogeni, termen ce se referă la efectele lor tipice de schimbare a dispoziției. Uneori aceste droguri provoacă efecte asociate în mod tipic mai mult substanțelor halucinogene.

Din trecut, dietilamida acidului lisergic (LSD) a fost de departe cel mai cunoscut drog halucinogen, însă nivelurile consumului global au fost scăzute și oarecum stabile pe parcursul unei lungi perioade de timp. Recent, au apărut noi dovezi cu privire la disponibilitatea și consumul în cantități mai mari de substanțe halucinogene de origine naturală, în special, ciuperci halucinogene.

Pentru a depista apariția unor noi droguri în Europa, Uniunea Europeană a înființat un sistem de avertizare rapidă. Acest sistem monitorizează, de asemenea, noile

tendențe potențial prejudiciabile ale consumului de substanțe psihoactive.

#### Ofertă și disponibilitate <sup>(81)</sup>

Producția de amfetamine și ecstasy este dificil de cuantificat deoarece „aceasta se realizează pe bază de substanțe chimice ușor accesibile în laboratoare care pot fi ascunse cu ușurință”. (UNODC, 2003a). Producția globală anuală de amfetamine și ecstasy este estimată cel mai recent la aproximativ 520 de tone (UNODC, 2003b). Capturile la nivel global din aceste substanțe au înregistrat un vârf în 2000, când au ajuns la 46 de tone. Apoi acestea au înregistrat o scădere în 2001 și 2002, urmată de o nouă creștere la 34 de tone în 2003 și, ulterior, de o scădere ușoară la 29 de tone în 2004. În 2004, din capturile globale de amfetamine și ecstasy, ponderea metamfetaminelor a scăzut la 38 % (de la 66 % în 2003), ecstasy reprezentând 29 %, iar amfetamina 20 % (CND, 2006).

#### Amfetamina

La nivel mondial, producția de amfetamină rămâne concentrată în Europa Centrală și de Vest, în special în Belgia, Țările de Jos și Polonia. În această subregiune, Estonia, Lituania și Bulgaria joacă, de asemenea, un rol important în producerea ilegală de amfetamină și, într-o măsură mai mică, Germania, Spania și Norvegia, după cum rezultă din numărul de laboratoare de amfetamină dezafectate în 2004 în aceste țări (UNODC, 2006) <sup>(82)</sup>. În afara Europei, amfetamina se produce în principal în America de Nord și Oceania (CND, 2006). În 2004, traficul de amfetamină a rămas în principal unul intraregional. Cea mai mare cantitate de amfetamină descoperită pe piețele europene de droguri ilegale provine din Belgia, Țările de Jos și Polonia, precum și din Estonia și Lituania (în țările nordice) (Rapoartele naționale Reitox, 2005; WCO, 2005).

Din cele 6 tone de amfetamină capturate la nivel mondial în 2004, circa 97 % s-au capturat în Europa, în mare parte în Europa de Vest/Centrală și Europa de Sud-Est

<sup>(81)</sup> Vezi „Interpretarea informațiilor privind capturile și piața”, p. 37.

<sup>(82)</sup> Numărul raportat al laboratoarelor dezafectate din diferite țări reflectă, pe lângă numărul unităților de producție, acțiunile de aplicare a legii, prioritățile și practicile de raportare.

(reprezentând respectiv 67 % și 26 % din cantitatea capturată la nivel global) (CND, 2006).

În 2004, se estimează că s-au efectuat în Uniunea Europeană 33 000 de capturi de amfetamină, reprezentând 5,2 tone și 9,6 milioane de unități. În ceea ce privește numărul de capturi și cantitatea capturilor de amfetamină, Regatul Unit a fost în mod constant țara care a realizat cele mai multe capturi de amfetamină din Uniunea Europeană <sup>(83)</sup>. Turcia a raportat confiscarea a 9,5 milioane de unități de amfetamină în 2004. În ciuda unor fluctuații, la nivelul Uniunii Europene, atât numărul global de capturi de amfetamină <sup>(84)</sup>, cât și cantitățile capturate <sup>(85)</sup> au crescut din 1999 și, pe baza concluziilor din rapoartele prezentate de fiecare țară, se pare că această tendință ascendentă a continuat și în 2004.

În 2004, prețul mediu de vânzare cu amănuntul al amfetaminei varia de la 4 EUR/g în Slovenia la 64 EUR/g în Malta <sup>(86)</sup>. În cursul perioadei 1999–2004, prețurile amfetaminei, corectate în funcție de inflație <sup>(87)</sup>, au scăzut în general în Germania, Spania, Irlanda, Letonia, Lituania, Suedia, Regatul Unit, Bulgaria, Turcia și Norvegia <sup>(88)</sup>.

Puritatea medie a amfetaminei în 2004 a variat de la 5–6 % în Bulgaria la 44 % în Norvegia <sup>(89)</sup>. Datele disponibile <sup>(90)</sup> privind puritatea medie a amfetaminei pentru perioada 1999–2004 indică tendințe generale descendente în Letonia, Lituania, Luxemburg, Finlanda și Norvegia și tendințe ascendente în Belgia, Germania, Franța, Italia, Ungaria și Austria.

## Metamfetamina

Pe plan mondial, în ceea ce privește cantitățile fabricate și comercializate, metamfetamina este în continuare mai importantă decât amfetamina sau ecstasy, deși cota metamfetaminei din capturile globale a scăzut în 2004.

Metamfetamina se fabrică în cea mai mare parte în Asia de Est și de Sud-Est (China, Filipine, Myanmar, Thailanda), urmată de America de Nord și Centrală (Statele Unite, Canada, Mexic). În 2004, s-au capturat 11 tone de metamfetamină la nivel mondial, din care 59 % s-au capturat în Asia de Est și de Sud-Est și 37 % în America de Nord (CND, 2006). În Europa, metamfetamina se produce în mari cantități doar în Republica Cehă, unde a început să se fabrice de la mijlocul anilor 1980 sub denumirea locală de „pervitin”. Cu toate acestea, în 2004, a fost raportată producerea acestei substanțe și în Slovacia și Bulgaria, unde s-a procedat la dezafectarea de laboratoare (Rapoartele naționale Reitox, 2005; UNODC, 2006). Marea parte a producției cehe de metamfetamină este destinată pieței locale, deși o parte este introdusă ilegal în Germania, Austria și Slovacia (Rapoartele naționale Reitox, 2005). În 2004, s-au raportat capturi de metamfetamină în Belgia, Republica Cehă, Danemarca, Estonia, Grecia, Franța, Letonia, Lituania, Ungaria, Austria, Slovacia, Suedia, România și Norvegia, ultima înregistrând atât numărul cel mai mare de capturi, cât și cele mai mari cantități recuperate <sup>(91)</sup>.

În 2004, s-a raportat o variație de 12 până la 63 EUR/g a prețului <sup>(92)</sup> metamfetaminei la vânzarea cu amănuntul în Republica Cehă, în vreme ce puritatea medie a acesteia <sup>(93)</sup> a variat între 43 % în Slovacia și 50 % în Republica Cehă.

## Ecstasy

La nivel global, Europa rămâne principalul centru de producție de ecstasy, deși importanța sa relativă pare în declin deoarece producția de ecstasy s-a extins și în alte părți ale lumii în ultimii ani, în special în America de Nord (Statele Unite, Canada) și în Asia de Est și de Sud-Est (China, Indonezia, Hong Kong) (CND, 2006; UNODC, 2006). Deși

<sup>(83)</sup> Această situație ar trebui verificată cu datele din 2004 pentru Regatul Unit, când acestea vor fi disponibile. Datele privind numărul de capturi de amfetamină și cantitățile de amfetamină capturate în 2004 nu au fost disponibile pentru Irlanda și Regatul Unit; datele privind cantitățile de amfetamină capturate nu au fost disponibile pentru Slovenia în 2004; datele privind numărul de capturi de amfetamină nu au fost disponibile pentru Țările de Jos în 2004. Pentru estimare, datele lipsă pentru 2004 au fost înlocuite de datele pentru 2003. Datele furnizate de Țările de Jos privind cantitățile capturate în 2004 reprezentau doar estimări, astfel încât nu se puteau include în analiza tendințelor pentru 2004.

<sup>(84)</sup> Vezi Tabelul SZR-11 din Buletinul statistic 2006.

<sup>(85)</sup> Vezi Tabelul SZR-12 din Buletinul statistic 2006.

<sup>(86)</sup> Vezi Tabelul PPP-4 din Buletinul statistic 2006.

<sup>(87)</sup> Luând anul 1999 ca an de referință pentru puterea de cumpărare în toate țările.

<sup>(88)</sup> Pentru perioada 1999-2004, datele privind prețurile amfetaminei au fost disponibile pentru cel puțin trei ani consecutivi în Belgia, Germania, Spania, Franța, Irlanda, Letonia, Lituania, Polonia, Suedia, Regatul Unit, Bulgaria, Turcia și Norvegia.

<sup>(89)</sup> Vezi Tabelul PPP-8 din Buletinul statistic 2006. De notat că nivelurile medii raportate pentru puritatea amfetaminei pot masca o importantă variație a purității mostrelor analizate.

<sup>(90)</sup> Pentru perioada 1999-2004, datele privind prețurile amfetaminei au fost disponibile pentru cel puțin trei ani consecutivi în Belgia, Germania, Estonia, Franța, Italia, Letonia, Lituania, Luxemburg, Ungaria, Țările de Jos, Polonia, Portugalia, Finlanda, Regatul Unit, Turcia și Norvegia.

<sup>(91)</sup> Din datele pentru 2004 furnizate de Germania, Italia, Luxemburg și Țările de Jos, nu se pot deosebi capturile de metamfetamină și amfetamină, în timp ce Irlanda și Regatul Unit nu au furnizat date privind capturile de droguri pe 2004, fiind astfel dificil de determinat dacă au avut loc capturi de metamfetamină în aceste cinci țări în 2004.

<sup>(92)</sup> Vezi Tabelul PPP-4 din Buletinul statistic 2006.

<sup>(93)</sup> Vezi Tabelul PPP-8 din Buletinul statistic 2006.

Tările de Jos au rămas în 2004 principala sursă de ecstasy pentru Europa și întreaga lume, s-au depistat laboratoare de ecstasy și în Belgia, Estonia, Spania și Norvegia (Rapoartele naționale Reitox, 2005; UNODC, 2006). S-a raportat că ecstasy-ul capturat în Uniunea Europeană provine din Tările de Jos și Belgia, și într-o mai mică măsură din Polonia și Regatul Unit (Rapoartele naționale Reitox, 2005).

Traficul cu ecstasy este încă puternic concentrat în Europa de Vest, deși, precum producția, s-a extins în întreaga lume în ultimii ani. Din cele 8,5 tone (echivalent greutate) de ecstasy capturate la nivel global în 2004, 50 % au fost recuperate în Europa Centrală și de Vest, 23 % în America de Nord și 16 % în Oceania (CND, 2006).

Un număr estimat de 24 000 de capturi a condus la confiscarea a circa 28,3 milioane de tablete de ecstasy în Uniunea Europeană în 2004. Până în 2003, cele mai mari cantități de ecstasy au fost capturate de Regatul Unit, urmat de Germania, Franța și Tările de Jos <sup>(94)</sup>.

După o creștere rapidă în cursul perioadei 1999–2001, numărul de capturi de ecstasy <sup>(95)</sup> la nivelul Uniunii Europene a scăzut în 2002–2003; însă datele provenite din rapoartele prezentate de țări indică o nouă creștere în 2004. Cantitățile de ecstasy <sup>(96)</sup> interceptate au crescut din 1999 până în 2002; după o scădere bruscă în 2003, datele disponibile pentru 2004 sugerează că au ajuns din nou la nivelul din 2002.

În 2004, prețul mediu de vânzare cu amănuntul a tabletelor de ecstasy varia de sub 3 EUR pe tabletă în Lituania și Polonia la 15–25 EUR în Grecia și Italia <sup>(97)</sup>. În cursul perioadei 1999–2004, prețurile medii de vânzare cu amănuntul a ecstasy-ului, corectate în funcție de inflație <sup>(98)</sup>, au scăzut în majoritatea țărilor care au prezentat rapoarte <sup>(99)</sup>.

În general, în Europa, majoritatea tabletelor vândute ca ecstasy conțineau MDMA sau o altă substanță de tipul ecstasy (MDEA, MDA), de obicei ca singura substanță

psihotrope prezentă. În Republica Cehă, Grecia, Letonia, Lituania, Ungaria, Tările de Jos, Slovacia, Finlanda, Regatul Unit și Norvegia, astfel de tablete reprezentau peste 95 % din numărul total de tablete analizate în 2004. Bulgaria a făcut excepție de la această constatare, un mare procent (61 %) din tabletele analizate în această țară conținând amfetamină și/sau metamfetamină ca singurele substanțe psihotrope. Conținutul de MDMA al tabletelor de ecstasy variază considerabil de la un lot la altul (chiar și în cazul loturilor marcate cu aceeași pictogramă), atât de la o țară la alta, cât și în interiorul aceleiași țări. În 2004, conținutul mediu de substanță activă (MDMA) pentru o tabletă de ecstasy s-a raportat ca variind de la 30 la 82 mg <sup>(100)</sup> (Rapoartele naționale Reitox, 2005).

## LSD

LSD este fabricat și comercializat ilegal într-o măsură mult mai mică decât alte droguri sintetice. În 2004, s-a estimat că s-au efectuat în Uniunea Europeană 700 de capturi reprezentând 220 000 de unități de LSD. Din 2002, Germania a fost țara care a capturat cele mai mari cantități de LSD anual, urmată de Regatul Unit <sup>(101)</sup>. Între 1999 și 2002, la nivelul Uniunii Europene, atât numărul capturilor de LSD <sup>(102)</sup>, cât și cantitățile capturate <sup>(103)</sup> au scăzut. Cu toate acestea, atât în 2003 cât și 2004, datele disponibile sugerează că numărul capturilor de LSD și cantitățile interceptate au crescut pentru prima dată în 9 ani, în 2004 fiind capturate cantități de LSD relativ importante în Germania, Franța, Lituania, Tările de Jos și Polonia.

În 2004, costul mediu la consumator al unei unități de LSD varia de la 2,5 EUR în Portugalia la 11,6 EUR în Malta <sup>(104)</sup>. Prețurile medii ale LSD, corectate în funcție de inflație <sup>(105)</sup>, au manifestat o tendință generală descendentă <sup>(106)</sup> între 1999 și 2004 în Republica Cehă, Irlanda, Polonia, Slovenia și Suedia, însă au crescut în Germania și Franța.

<sup>(94)</sup> Această situație ar trebui verificată cu datele din 2004 pentru Regatul Unit, când acestea vor fi disponibile. Datele privind numărul de capturi de Ecstasy și cantitățile de Ecstasy capturate în 2004 nu au fost disponibile pentru Irlanda și Regatul Unit; datele privind cantitățile de Ecstasy capturate nu au fost disponibile pentru Tările de Jos în 2004; Pentru estimare, datele lipsă pentru 2004 au fost înlocuite de datele pentru 2003. Datele furnizate de Tările de Jos privind cantitățile capturate în 2004 reprezentau doar estimări, astfel încât nu se puteau include în analiza tendințelor pentru 2004.

<sup>(95)</sup> Vezi Tabelul SZR-13 din Buletinul statistic 2006.

<sup>(96)</sup> Vezi Tabelul SZR-14 din Buletinul statistic 2006.

<sup>(97)</sup> Vezi Tabelul PPP-4 din Buletinul statistic 2006.

<sup>(98)</sup> Luând anul 1999 ca an de referință pentru puterea de cumpărare în toate țările.

<sup>(99)</sup> Pentru perioada 1999-2004, datele privind prețurile la Ecstasy au fost disponibile pentru cel puțin trei ani consecutivi în Belgia, Republica Cehă, Germania, Spania, Franța, Irlanda, Cipru, Letonia, Lituania, Luxemburg, Polonia, Portugalia, Slovenia, Suedia, Regatul Unit, Bulgaria, Turcia și Norvegia.

<sup>(100)</sup> Acest interval se bazează pe datele provenite din doar câteva țări, și anume Danemarca, Germania, Franța, Luxemburg și Tările de Jos.

<sup>(101)</sup> Această situație ar trebui verificată cu datele din 2004 pentru Regatul Unit, când acestea vor fi disponibile. Datele privind numărul de capturi de LSD și cantitățile de LSD capturate în 2004 nu au fost disponibile pentru Irlanda și Regatul Unit; datele privind numărul de capturi de LSD nu au fost disponibile pentru Cipru, Tările de Jos, Polonia și Bulgaria; Pentru estimare, datele lipsă pentru 2004 au fost înlocuite de datele pentru 2003. Datele furnizate de Tările de Jos privind cantitățile capturate în 2004 reprezentau doar estimări, astfel încât nu se puteau include în analiza tendințelor pentru 2004.

<sup>(102)</sup> Vezi Tabelul SZR-15 din Buletinul statistic 2006.

<sup>(103)</sup> Vezi Tabelul SZR-16 din Buletinul statistic 2006.

<sup>(104)</sup> Vezi Tabelul PPP-4 din Buletinul statistic 2006.

<sup>(105)</sup> Luând anul 1999 ca an de referință pentru puterea de cumpărare în toate țările.

<sup>(106)</sup> Pentru perioada 1999-2004, datele privind prețurile LSD au fost disponibile pentru cel puțin trei ani consecutivi în Republica Cehă, Germania, Spania, Franța, Irlanda, Lituania, Polonia, Portugalia, Slovenia, Slovacia, Suedia, Regatul Unit, România și Norvegia.

## Acțiuni internaționale împotriva producției și traficului de amfetamine și Ecstasy

În domeniul drogurilor sintetice, Europolul a desfășurat, începând din decembrie 2004, proiectul Synergy<sup>(107)</sup>. Acesta este susținut de 20 de state membre ale Uniunii Europene și câteva țări terțe și cuprinde un fișier analitic de lucru (AWF) cu subproiecte operaționale desfășurate în câteva țări din Uniunea Europeană, precum și o serie de instrumente folosite în scopuri analitice și strategice, precum Europol ecstasy logo system [Sistemul Europol pentru pictogramele ecstasy] (EELS) (inclusiv catalogul pictogramelor ecstasy) și Europol illicit laboratory comparison system [Sistemul Europol de comparare a laboratoarelor ilicite] (EILCS). Europol continuă să susțină Proiectul CHAIN<sup>(108)</sup> privind analiza profilului amfetaminei și European Joint Unit on Precursors [Unitatea europeană comună pentru precursori] (EUJP). În afară de asistența la fața locului, oferită de experți pentru dezafectarea unităților de producție a drogurilor sintetice ilicite, unele subproiecte recente s-au axat pe compararea laboratoarelor dezafectate, pe descoperirea locurilor de eliminare a deșeurilor chimice ca puncte de pornire a investigațiilor, pe investigarea în sens invers a parcursului mașinilor de tabletare și pe investigarea traficului de precursori chimici în țările Uniunii Europene.

Proiectul Prism [Prisma] este inițiativa internațională creată pentru a preveni deturnarea precursorilor chimici folosiți în fabricarea ilegală de droguri sintetice, printr-un sistem de notificări anterioare exportului pentru comerț licit, adresate International Narcotics Control Board (INCB) [Biroul Internațional pentru Controlul Narcoticelor], și prin raportarea opririi transporturilor sau a efectuării unor capturi atunci când au loc tranzacții dubioase.

Efedrina și pseudoefedrina sunt precursori cheie ai metamfetaminei, în timp ce 1-fenil-2-propanonă (P-2-P) se folosește, de asemenea, pentru a fabrica amfetamina; 3,4-metilendioxfenil-propanonă-2 (3,4-MDP-2-P), safrolul și uleiurile bogate în safrol se folosesc pentru fabricarea ilegală de MDMA, în timp ce piperonalul se utilizează, de asemenea, pentru sinteza MDA<sup>(109)</sup>.

Comerțul legal de efedrină și pseudoefedrină s-a ridicat la un total de 526 și respectiv 1 207 tone, în 2004. Cele mai importante capturi ale acestor substanțe chimice au fost raportate în America de Nord și Asia de Sud-Est, însă există îngrijorări cu privire la răspândirea capturilor în toate

regiunile. Contrabanda cu efedrină și pseudoefedrină în Europa provine în principal din Asia de Vest. În 2004, 2,6 tone de efedrină și 1 kg de pseudoefedrină au fost capturate în Europa<sup>(110)</sup>; capturile au fost în mare parte de mici dimensiuni și au provenit din multe laboratoare diferite, majoritatea în Republica Cehă, deși în Grecia a avut loc o importantă captură de efedrină din Pakistan.

Activitățile Proiectului Prisma în Europa s-au concentrat asupra prevenirii contrabandei cu 3,4-MDP-2-P și P-2-P în Uniunea Europeană, substanțe ce se utilizează pentru fabricarea ilicită de MDMA și, respectiv, de amfetamină. În 2004, s-au raportat cele mai mari capturi de 3,4-MDP-2-P și P-2-P la nivel global, cele mai mari cantități de 3,4-MDP-2-P fiind capturate în Europa, iar Statele Unite confiscând cele mai mari cantități de P-2-P. În 2004, capturile efectuate în Europa au totalizat 10 161 litri de 3,4-MDP-2-P (majoritatea în Țările de Jos și Belgia) și 9 297 litri de P-2-P (majoritatea în Polonia și Țările de Jos)<sup>(111)</sup>.

Piperonalul are multe utilizări legale, dar se poate folosi, de asemenea, ca precursor în fabricarea 3,4-MDP-2-P, MDA sau MDMA (INCB, 2006b). Între noiembrie 2004 și octombrie 2005, s-au raportat la INCB peste 150 de transporturi de 3 800 de tone (2006b). În 2004, China a raportat cele mai mari capturi de piperonal (13 tone); în Europa, s-au capturat 2,4 tone, aproape toată cantitatea în România<sup>(112)</sup>.

Se raportează capturi de safrol din toate regiunile la nivel global, însă în cantități mici, cu excepția Chinei, care raportează capturi de peste 100 kg. În Europa, 122 de litri de safrol s-au capturat în 2004, mai ales în Letonia, dar și în Lituania.

## Prevalența și modelele de consum

În mod tradițional, sondajele realizate la nivelul populației au arătat că, după canabis, amfetaminele și ecstasy sunt substanțele ilegale cele mai des consumate, deși prevalența generală a consumului acestora este mai redusă decât cea a canabisului. Consumul de ecstasy a devenit popular în cursul anilor 1990, pe când consumul de amfetamine are o istorie mai lungă.

Între statele membre ale Uniunii Europene, consumul de amfetamine<sup>(113)</sup> și de ecstasy pare să fie relativ ridicat în doar câteva țări, și anume Republica Cehă, Estonia și Regatul Unit.

<sup>(107)</sup> Proiectul Synergy a fuzionat cu Proiectele CASE și Genesis, care au debutat în 2002.

<sup>(108)</sup> Collaborative Harmonised Amphetamine Initiative (CHAIN) [Inițiativa armonizată de colaborare în domeniul amfetaminei] este o inițiativă de natură legală pentru analiza profilului amfetaminei care a înlocuit proiectul pilot CASE.

<sup>(109)</sup> Descrierea etapelor în conformitate cu Tabelul I din Convenția din 1988.

<sup>(110)</sup> Datele privind capturile nu includ cantitățile din transporturile oprite.

<sup>(111)</sup> Datele privind capturile nu includ cantitățile din transporturile oprite.

<sup>(112)</sup> Datele privind capturile nu includ cantitățile din transporturile oprite.

<sup>(113)</sup> În cadrul unor sondaje realizate la nivelul populației, datele privind „consumul de amfetamină” include consumul de „amfetamină” și de „metamfetamină” în aceeași categorie.

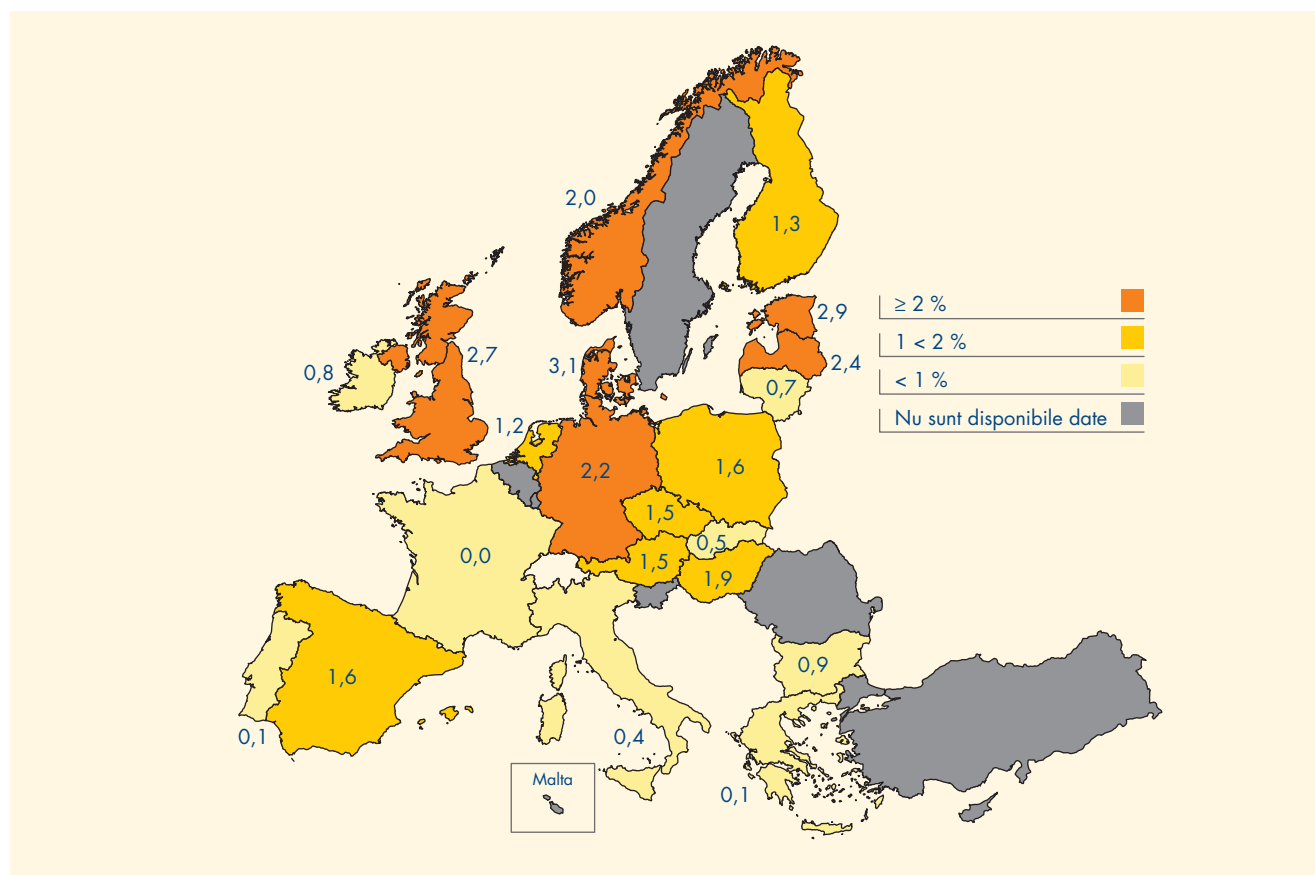
Conform unor sondaje recente realizate la nivelul populației adulte (15–64 de ani), prevalența consumului de amfetamine pe parcursul vieții în Europa variază de la 0,1 % la 5,9 %, cu excepția Regatului Unit (Anglia și Țara Galilor), unde aceasta ajunge la 11,2 %. În medie, aproximativ 3,1 % dintre toți adulții europeni au consumat cel puțin o dată amfetamine. Țările cu cifrele cele mai mari după Regatul Unit în ceea ce privește prevalența consumului de amfetamine sunt Danemarca (5,9 %), Norvegia (3,6 %) și Germania (3,4 %). Consumul din ultimul an este mult mai mic: în medie 0,6 % (în intervalul 0–1,4 %). Pe baza unor sondaje realizate la nivelul populației generale, s-a estimat că aproape 10 milioane de europeni au consumat această substanță și peste 2 milioane ar fi consumat amfetamină în ultimele 12 luni <sup>(114)</sup>.

Se raportează o experimentare a consumului de amfetamină în rândul adulților tineri (15–34 de ani) la aproximativ 0,1–9,6 %, Regatul Unit (Anglia și Țara Galilor) raportând o rată de prevalență pe parcursul vieții de 16,5 % (ceea ce poate reflecta un fenomen istoric, vezi

în continuare). Jumătate dintre țările care au furnizat date au rate de prevalență mai mici de 4 %, iar cele mai ridicate rate după Regatul Unit sunt înregistrate în Danemarca (9,6 %), Norvegia (5,9 %) și Germania (5,4 %). În medie, 4,8 % dintre tinerii europeni au încercat amfetamina. Danemarca (3,1 %) și Estonia (2,9 %) raportează ratele de în ultimul an mai ridicate <sup>(115)</sup>. Se estimează că, în medie, 1,4 % din tinerii europeni au consumat amfetamină în ultimul an (vezi și Figura 4).

Ecstasy a fost încercat de 0,2–7,1 % din populația adultă (în medie 2,6 %). Jumătate dintre țări raportează rate de prevalență de 1,8 % sau mai mici, cele mai mari rate de prevalență fiind raportate de Republica Cehă (7,1 %) și Regatul Unit (6,7 %). Prevalența consumului de ecstasy pe parcursul ultimului an variază de la 0,2 % la 3,5 %, însă jumătate dintre țări raportează rate de prevalență de 0,5 % sau mai puțin. S-a estimat că aproape 8,5 milioane de europeni au încercat ecstasy și aproape 3 milioane au consumat această substanță în ultimul an.

**Figura 4:** Prevalența consumului de amfetamine în ultimul an în rândul adulților tineri (15–34 ani)



NB: Datele provin din cele mai recente anchete naționale existente în fiecare țară la data raportării. Pentru informații suplimentare, vezi Tabelele GPS-8 și GPS-11 din Buletinul statistic 2006.

Surse: Rapoartele naționale Reitox (2005), preluate din anchete asupra populației, rapoarte și articole științifice.

<sup>(114)</sup> Pentru metoda de calcul, vezi nota de subsol nr. (53).

<sup>(115)</sup> Vezi Figurile GPS-15 și GPS-16 din Buletinul statistic 2006.

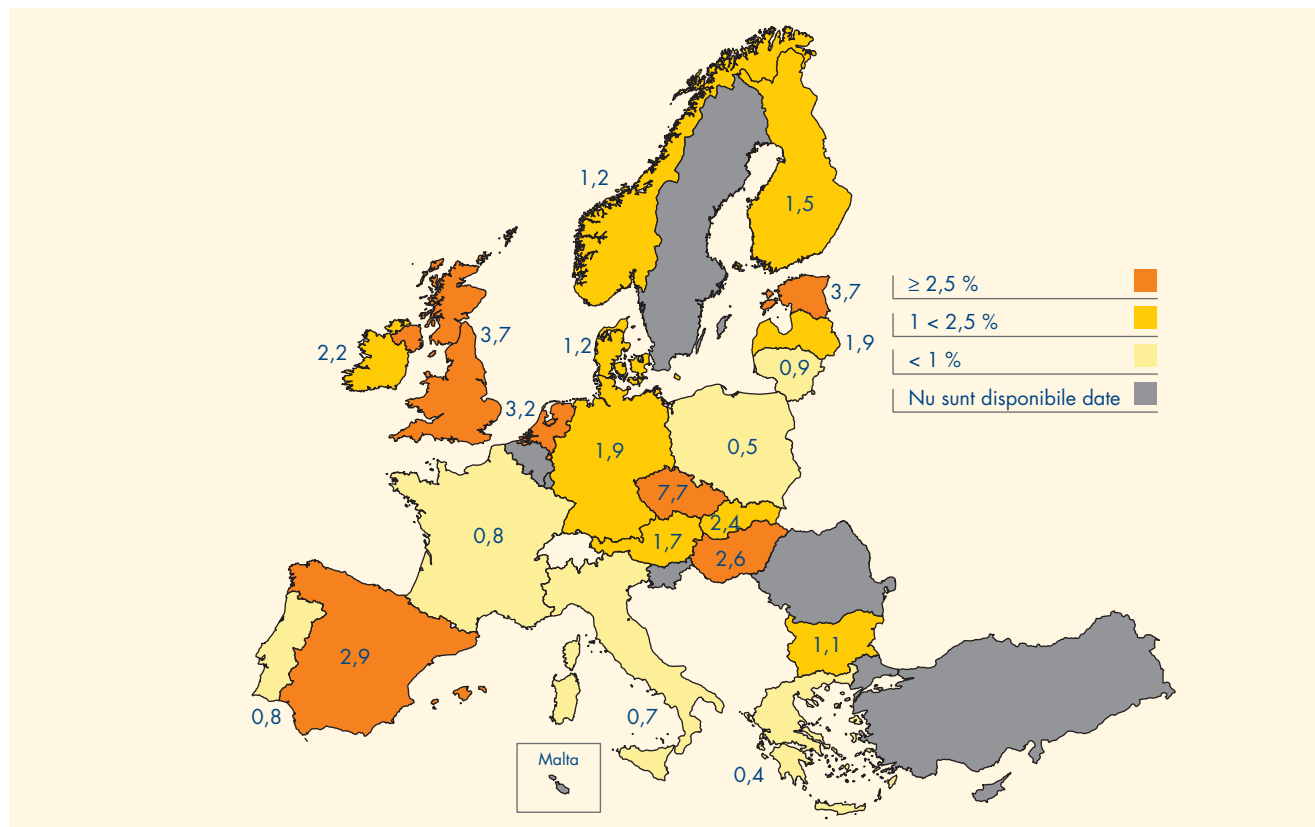
În rândul adulților tineri din țările europene, prevalența consumului de ecstasy pe parcursul vieții este de 5,2 %, variind de la 0,5 % la 14,6 %, deși jumătate dintre țări raportează rate mai mici de 3,6 %. Republica Cehă (14,6 %), Regatul Unit (12,7 %) și Spania (8,3 %) raportează cele mai mari rate de prevalență.

Consumul de ecstasy este predominant un fenomen al tinerilor. În grupa de vârstă 15–24 de ani, consumul pe parcursul vieții variază de la 0,4 % la 18,7 %, cele mai mari cifre fiind raportate de Republica Cehă (18,7 %) <sup>(116)</sup> și de Regatul Unit (10,7 %), fiind înregistrate rate mai ridicate în rândul bărbaților (0,3–23,2 %) decât al femeilor (0,4–13,9 %). Consumul din ultimul an variază de la 0,3 % la 12 %, Republica Cehă (12 %) și Estonia (6,1 %) raportând cele mai mari cifre (Figura 5). Rate de prevalență în ultima lună mai mici de 3 % sunt raportate de șapte țări. Ratele de prevalență sunt de obicei mai mari în zonele urbane, în special în rândul persoanelor care frecventează discoteci, cluburi sau evenimente la care se dansează (vezi extrasul privind consumul în spații de recreere).

La elevii în vârstă de 15–16 ani, sondajele arată că prevalența generală a consumului de ecstasy pe parcursul vieții a crescut în perioada 1995–2003, cele mai mari creșteri înregistrându-se în Republica Cehă și majoritatea noilor state membre ale Uniunii Europene <sup>(117)</sup>. În sondajele ESPAD din 2003 realizate în școli (Hibell et al., 2004), estimările prevalenței pe parcursul vieții pentru amfetamine au rămas cu 1 % – 3 % mai ridicate decât cele pentru ecstasy în șase state membre (Germania, Danemarca, Estonia, Lituania, Austria și Polonia) <sup>(118)</sup>.

Pentru comparație, în sondajul național privind consumul de droguri și sănătatea din Statele Unite, 4,6 % din adulți (definiți ca persoane de minimum 12 ani inclusiv) au raportat o experimentare a consumului de ecstasy pe parcursul vieții și 0,8 % au raportat că au consumat această substanță în ultimul an (pentru comparație, cifrele corespunzătoare pentru Uniunea Europeană sunt de 2,6 % și 0,9 %). În rândul adulților tineri cu vârste între 16 și 34 de ani, experimentarea consumului pe parcursul vieții a fost de 11,3 %, și consumul în cursul ultimului an de 2,2 % (5,2 % și 1,9 %, respectiv, în Europa) <sup>(119)</sup>.

**Figura 5:** Prevalența consumului de ecstasy în ultimul an în rândul adulților tineri (15–34 ani)



NB: Datele provin din cele mai recente anchete naționale existente în fiecare țară la data raportării. Pentru informații suplimentare, vezi Tabelele GPS-8 și GPS-11 din Buletinul statistic 2006.  
 Surse: Rapoartele naționale Reitox (2005), preluate din anchete asupra populației, rapoarte și articole științifice.

<sup>(116)</sup> În Republica Cehă, sondajul s-a realizat pentru grupa de vârstă 18–24 de ani.

<sup>(117)</sup> Vezi Figura EYE-2 (partea i) din Buletinul statistic 2006.

<sup>(118)</sup> Vezi Figura EYE-2 (partea vi) din Buletinul statistic 2006.

Experimentarea consumului de LSD pe parcursul vieții în rândul adulților variază de la 0,2 % la 5,9 %, două treimi dintre țări raportând rate de prevalență între 0,4 % și 1,7 %. În rândul adulților tineri (15–34 de ani), prevalența consumului de LSD pe parcursul vieții variază de la 0,3 % la 9 %, iar în rândul persoanelor din grupa de vârstă 15–24 de ani, această prevalență nu este mai mare de 4.5 %. Prevalența consumului acestui drog în cursul ultimului an în grupa de vârstă 15–24 de ani este de peste 1 % doar în Republica Cehă, Estonia, Letonia, Ungaria, Polonia și Bulgaria.

### Tendențe

Din noile sondaje realizate la nivelul populației reiese posibilitatea de stabilizare sau chiar de scădere a consumului de amfetamină și ecstasy, consum care urmează o tendință ascendentă în ultimii ani. În Regatul Unit, precum și în alte două state membre în care consumul acestor droguri a fost relativ ridicat (Republica Cehă și Spania), consumul de amfetamine din ultimul an în rândul adulților tineri tinde să se stabilizeze sau chiar să se reducă <sup>(120)</sup>. Și, la fel, consumul de ecstasy pare să se stabilizeze sau chiar să se reducă în două țări ce înregistrează o prevalență ridicată, Spania și Regatul Unit, cu toate că această tendință nu se manifestă în cazul Republicii Cehe <sup>(121)</sup>.

### Date privind cererile de tratament – amfetamine și ecstasy <sup>(122)</sup>

Deși numărul de cereri de tratament legate de consumul de amfetamine și de ecstasy crește, în general, în majoritatea țărilor, această formă de consum de droguri este rareori principalul motiv pentru tratament <sup>(123)</sup>. O excepție importantă este aceea că există câteva țări care raportează un procent substanțial de cereri de tratament legate de consumul de amfetamină sau metamfetamină. În Republica Cehă, Slovacia, Finlanda și Suedia, cererile de tratament pentru aceste droguri reprezintă de la un sfert la aproximativ o jumătate din toate cererile de tratament <sup>(124)</sup>. În Republica Cehă și Slovacia, un mare procent al cererilor de tratament raportate se referă la o problemă principală legată de metamfetamină (vezi căsuța privind metamfetamina). În țările în care consumatorii de amfetamină reprezintă o parte semnificativă a cererilor de tratament, între o treime și două treimi din pacienții consumatori de amfetamină își injectează acest drog <sup>(125)</sup>.

### Consumul de metamfetamină și probleme conexe

S-au raportat probleme majore legate de consumul de metamfetamină în multe părți ale lumii, inclusiv în SUA, Asia de Sud-Est, zona Pacificului și Africa (UNODC, 2006). Consumul de metamfetamină poate provoca probleme medicale grave, inclusiv psihoză și dependență, și poate fi asociat comportamentelor riscante, inclusiv unele care pot duce la transmiterea infecției cu HIV.

Din punct de vedere istoric, consumul de metamfetamină în Europa s-a concentrat în Republica Cehă, unde se estimează că există de două ori mai mulți consumatori problematici de metamfetamină (pervitin) (20 300) decât consumatori problematici de opiacee (9 700). În ultimii ani, metamfetamina a devenit drogul primar cel mai frecvent în rândul persoanelor care solicită tratament pentru prima dată în Slovacia, în timp ce în rândul unor subpopulații din Ungaria au fost depistate niveluri ridicate ale consumului de metamfetamină. În rapoartele Reitox 2005, alte șapte țări (Danemarca, Franța, Letonia, Slovenia, Regatul Unit, Bulgaria și Norvegia) au raportat o creștere a capturilor și/sau a consumului acestui drog, în special în rândul celor care frecventează des cluburi și petreceri. În prezent, informațiile disponibile nu ne permit să tragem concluzii exacte privind tendințele consumului de metamfetamină în țările respective. Cu toate acestea, extinderea consumului de metamfetamină peste tot în lume și probabilitatea ca acest drog să provoace probleme serioase de sănătate necesită acordarea unei precauții permanente în această zonă.

Se raportează că cererile de tratament legate de consumul de ecstasy reprezintă mai puțin de 1 % din toate cererile de tratament din majoritatea țărilor, cu excepția Ciprului, Ungariei, Irlandei și Turciei, unde pacienții consumatori de ecstasy constituie între 4 % și 6 % dintre toți pacienții care solicită tratament.

### Tendențe noi în consumul de droguri

Estimările prevalenței consumului de droguri noi sunt mult mai scăzute decât cele ale consumului de droguri ilicite mai cunoscute. După toate probabilitățile, noile forme de consum de droguri sunt adoptate inițial de câțiva indivizi, din rândul unor subpopulații reduse sau în așezări sau spații geografice limitate. În consecință, identificarea și monitorizarea noilor tendințe necesită o altă abordare decât cea folosită în monitorizarea principalelor tipuri de consum de droguri.

<sup>(119)</sup> Sursa: SAMHSA, Office of Applied Studies, 2004 National Survey on Drug Use and Health (<http://oas.samhsa.gov/nsduh.htm#nsduhinfo>). Observați că intervalul de vârstă din sondajul din Statele Unite (12 ani și mai mult) este mai mare decât intervalul de vârstă raportat de EMCDDA în sondajele europene (15–64 de ani). Cifrele pentru „adulți tineri” (16–34 de ani) pentru sondajul din Statele Unite au fost recalculat de EMCDDA.

<sup>(120)</sup> Vezi Figurile GPS-6 și GPS-17 din Buletinul statistic 2006.

<sup>(121)</sup> Vezi Figurile GPS-8, GPS-18 și GPS-30 din Buletinul statistic 2006.

<sup>(122)</sup> Vezi nota de subsol nr. (70).

<sup>(123)</sup> Vezi Figura TDI-1 din Buletinul statistic 2006.

<sup>(124)</sup> Vezi Tabelul TDI-5 din Buletinul statistic 2006.

<sup>(125)</sup> Vezi Tabelul TDI-17 (partea iii) din Buletinul statistic 2006.

### Ciupercile halucinogene: un studiu de caz privind o nouă tendință

Până nu demult, LSD a fost substanța halucinogenă cel mai des consumată. Acest fapt se poate schimba acum, deoarece se raportează tot mai mult consumul de ciuperci halucinogene <sup>(126)</sup>. Disponibilitatea ciupercilor halucinogene pare să fi crescut de la sfârșitul anilor 1990, când acestea au început să se comercializeze alături de alte produse „naturale” în „magazine inteligente” în Țările de Jos și în alte părți <sup>(127)</sup>. De exemplu, în Regatul Unit, la începutul anilor 2000, numărul magazinelor în care se vând ciuperci halucinogene a crescut, iar, în 2005, s-a estimat că aceste produse se vindeau în circa 300 de magazine și standuri din țară. De asemenea, a apărut vânzarea ciupercilor halucinogene pe Internet, pe site-uri, în principal olandeze, care vând ciuperci proaspete, seturi de cultură și amprente de spori. Comercializarea on-line a ciupercilor halucinogene se desfășoară în diverse limbi, în principal engleza, franceza și germana, ceea ce o face accesibilă unui mare număr de consumatori pe plan internațional.

Unele sondaje recente realizate în Uniunea Europeană la nivelul populației adulte și în școli arată că, în rândul tinerilor de 15–24 de ani, consumul de ciuperci halucinogene pe parcursul vieții variază de la sub 1 % până la 8 % <sup>(128)</sup>. Estimările prevalenței consumului de ciuperci halucinogene pe parcursul vieții în rândul elevilor de 15–16 ani sunt mai mari sau egale cu estimările prevalenței consumului de ecstasy pe parcursul vieții în nouă state membre ale Uniunii Europene (Hibell et al., 2004). Cu toate acestea, realitatea arată că ratele de continuare sunt mai mici pentru ciupercile halucinogene decât pentru majoritatea drogurilor. Aceasta este o trăsătură obișnuită a consumului de droguri halucinogene și reflectă faptul că tinerii în general limitează la experimentare acest tip de consum și rareori se întâmplă să dezvolte forme de consum regulat.

Nu se prea raportează probleme acute sau cronice de sănătate datorate consumului de ciuperci halucinogene și care să necesite intervenții medicale. Cu toate acestea, unele țări și-au modificat legislația ca reacție la consumul acestor substanțe halucinogene de către tineri. Deși ingredientele active ale ciupercilor, psilocibina și psilocina, sunt deja controlate la nivel internațional prin Convenția Națiunilor Unite din 1971 privind substanțele psihotrope, procurorii erau cei care, până nu demult, interpretau dacă și când se interzic aceste substanțe conținute în ciuperci,

pentru a evita sancționarea proprietarilor terenurilor pe care cresc în mod natural aceste ciuperci. Șase țări și-au înăspriț legislația privind ciupercile în ultimii 5 ani (Danemarca, Germania, Estonia, Irlanda, Țările de Jos și Regatul Unit). Modificările operate de aceste țări extind interdicția la ciupercile halucinogene, deși controalele legale nu se aplică întotdeauna la exact aceleași ciuperci sau stadii de preparare.

În 2004, s-au raportat capturi de ciuperci halucinogene în Republica Cehă, Germania, Estonia, Grecia, Lituania, Ungaria, Țările de Jos, Polonia, Portugalia, Slovenia, Slovacia, Suedia și Norvegia <sup>(129)</sup>. Numărul și cantitatea de capturi de ciuperci halucinogene efectuate de serviciile de aplicare a legii sunt în general scăzute, prin urmare, nici o tendință clară nu se poate desprinde din aceste date.

### GHB și ketamina

Atât gama-hidroxibutiratul (GHB), cât și ketamina se monitorizează în prezent ca urmare a îngrijorării manifestate de Uniunea Europeană în 2000 în ceea ce privește utilizarea necorespunzătoare a acestor droguri în scopuri recreative <sup>(130)</sup>. În martie 2001, sistemul de control al drogurilor al Națiunilor Unite a adăugat GHB pe lista drogurilor controlate la nivel internațional și, prin urmare, toate statele membre ale Uniunii Europene și-au actualizat legislația privind substanța în cauză. Mai recent, în martie 2006, INCB a recomandat ca OMS să își urgenceze analiza pentru a stabili în ce măsură ketamina ar trebui plasată sub control internațional (INCB, 2006a). La nivel național, în aproape jumătate din statele membre ale Uniunii Europene, ketamina este controlată în conformitate cu legislația privind drogurile, spre deosebire de reglementările privind medicamentele.

Puținele date disponibile privind prevalența consumului de GHB și ketamină sugerează stabilizarea la niveluri scăzute a consumului acestor substanțe în majoritatea țărilor. Studiile efectuate asupra unor populații care înregistrează o prevalență ridicată sugerează posibilitatea ca, și în rândul celor care consumă regulat droguri în scopuri de recreere, ambele droguri în cauză să se consume mai rar decât alte substanțe precum amfetaminele, ecstasy, LSD și ciupercile halucinogene.

Decesele și urgențele nesoldate cu un deces raportate ca fiind asociate consumului de GHB și ketamină sunt foarte

<sup>(126)</sup> În acest raport, termenul de ciuperci halucinogene se referă doar la ciupercile care conțin substanțele psihoactive psilocibina și psilocina. Speciile de ciuperci care conțin alte substanțe psihoactive sunt mai rar folosite. Pentru informații suplimentare, vezi lucrarea OEDT dedicată ciupercilor halucinogene ([www.emcdda.europa.eu/?nodeid=400](http://www.emcdda.europa.eu/?nodeid=400)).

<sup>(127)</sup> Aceste magazine vând produse legale și predominant naturale, inclusiv ciuperci halucinogene.

<sup>(128)</sup> Datele OEDT din chestionarul model european. Unsprezece state membre furnizează date privind ciupercile halucinogene (Republica Cehă, Danemarca, Germania, Franța, Irlanda, Lituania, Ungaria, Țările de Jos, Polonia, Finlanda, Regatul Unit).

<sup>(129)</sup> Rapoartele naționale Reitox (Germania, Estonia, Țările de Jos, Norvegia) și chestionarul rețelei sistemului de avertizare rapidă OEDT (Republica Cehă, Grecia, Ungaria, Polonia, Portugalia, Slovenia, Slovacia, Suedia).

<sup>(130)</sup> Raportul pe anul 2000 privind evaluarea riscurilor în conformitate cu acțiunea comună.



rare. Cu toate acestea, absența unor sisteme precise și comparabile pentru înregistrarea deceselor și urgențelor nesoldate cu un deces, legate de consumul acestor substanțe, limitează datele disponibile în acest domeniu. Două țări au raportat decese legate de GHB, de obicei când au fost asociate cu alte droguri. Serviciul Municipal de Sănătate din Amsterdam a înregistrat o creștere a numărului anual de urgențe nesoldate cu un deces ce se pot datora consumului de GHB, de la 25, în 2000, la 98, în 2004, depășind numărul urgențelor medicale atribuite consumului de ecstasy, amfetamină, LSD sau ciuperci halucinogene. În Suedia, numărul depistărilor de GHB (sau precursorii acestuia GBL și 1,4-BD) în probele de fluide corporale a crescut de la 24, în 1997, la 367, în 2004. S-au raportat decese asociate cu GHB și în Suedia: între 1996 și 2004, drogul a fost depistat la 36 de cazuri de decese cauzate de consumul de droguri, nouă dintre acestea fiind în 2004. În 2003, în Anglia și Țara Galilor, GHB a fost menționat în rapoartele întocmite de coroner pentru trei decese, în unul dintre acestea GHB fiind singurul drog menționat (ONS, 2006). Cu toate acestea, informațiile toxicologice provenite de la un spital din Regatul Unit, care deservește o vastă regiune, arată că GHB a fost depistat în cinci cazuri de decese între mai și decembrie 2005 <sup>(131)</sup>.

Deoarece GHB este solubil în apă/alcool și din cauza efectelor sale potențial incapacitante, deseori urmate de amnezie, au existat îngrijorări că se folosește pentru abuzuri sexuale facilitate de droguri (așa-numitele, „violuri prin întâlnire”). Totuși, deoarece este posibil ca aceste cazuri să rămână nedeclarate și pentru că nu prea există probe legale și asemenea infracțiuni sunt dificil de dovedit, nu există dovezi solide privind amploarea acestui fenomen. Prin urmare, este necesar să se efectueze cercetări suplimentare pentru a determina natura și amploarea acestei evoluții potențial îngrijorătoare.

## Acțiuni în privința noilor droguri

S-a realizat o tranziție ușoară, fără denaturarea schimbului de informații, în 2005, când acțiunea comună din 1997 a fost înlocuită de noua Decizie a Consiliului (2005/387/JAI). În total, 14 noi substanțe psihoactive au fost notificate în mod oficial pentru prima dată OEDT și Europolului. Toate acestea sunt droguri (sintetice) psihotrope, similare celor care figurează în Tabelele I și II din Convenția Națiunilor Unite din 1971 privind substanțele psihotrope. Substanțele notificate recent făceau parte din trei grupe chimice majore – feniletaminele, triptaminele și piperazinele. Diferite substanțe din aceste grupe au fost notificate anterior și sunt monitorizate în prezent prin sistemul de avertizare rapidă (EWS) <sup>(132)</sup>.

Cea mai importantă nouă evoluție în 2005 a fost apariția și răspândirea rapidă a noii substanțe psihoactive 1-(3-clorfenil)piperazină (mCPP). mCPP este o piperazină cu aril substituit, la fel ca benzilpiperazina (BZP), o substanță monitorizată de EWS, din 1999. OEDT și Europol au primit primele notificări oficiale privind depistarea de mCPP în februarie/martie 2005, în ceea ce privește probele colectate în Franța și Suedia. Până la sfârșitul anului 2005, tabletele cu conținut de mCPP au fost capturate de autoritățile de aplicare a legii sau au fost descoperite în diferite contexte de recreere (dans în aer liber/festivaluri de muzică, cluburi de dans etc.) în aproape toate statele membre. Aceste tablete sunt aproape întotdeauna concepute pentru a semăna și, probabil, a se comercializa ca ecstasy. Drogul este

### Decizia Consiliului privind noile substanțe psihoactive

Decizia 2005/387/JAI a Consiliului din 10 mai 2005 privind schimbul de informații, evaluarea riscului și controlul noilor substanțe psihoactive <sup>(1)</sup> stabilește un mecanism pentru schimbul rapid de informații privind noile substanțe psihoactive care aduc în discuție sănătatea publică și amenințarea socială, permițând astfel instituțiilor UE și statelor membre să acționeze împotriva noilor narcotice și a noilor substanțe psihotropice care apar pe scena europeană a drogurilor. OEDT și Europol, în strânsă cooperare cu rețelele acestora – punctele focale naționale Reitox (NFPs), respectiv unitățile naționale Europol (ENUs) – au rolul de a depista și notifica noile substanțe psihoactive. Decizia în cauză prevede, de asemenea, evaluarea riscurilor asociate acestor noi substanțe astfel încât măsurile aplicabile în statele membre pentru controlul substanțelor narcotice și psihotropice <sup>(2)</sup> să se poată aplica și în cazul noilor substanțe psihoactive, după caz. Decizia extinde sfera de aplicare și înlocuiește acțiunea comună din 1997 <sup>(3)</sup>, dedicată exclusiv noilor droguri sintetice. Cu toate acestea, decizia menține abordarea în trei trepte inițiată de acțiunea comună: schimb de informații/avertizare rapidă, evaluarea riscurilor și luare a deciziilor.

<sup>(1)</sup> Decizia 2005/387/JAI a Consiliului privind schimbul de informații, evaluarea riscului și controlul noilor substanțe psihoactive a fost publicată în Jurnalul Oficial al Uniunii Europene la 20 mai 2005 (L 127/32–37) și a intrat în vigoare la 21 mai 2005. Decizia se aplică pentru substanțele care nu au fost până în prezent incluse în nici o anexă la convențiile ONU privind controlul drogurilor din 1961 și 1971.

<sup>(2)</sup> În conformitate cu dispozițiile Convenției ONU din 1961 privind drogurile narcotice și ale Convenției ONU din 1971 privind substanțele psihotrope.

<sup>(3)</sup> Acțiunea comună din 16 iunie 1997 privind schimbul de informații, evaluarea riscului și controlul noilor droguri sintetice (JO L 167, 25.06.1997).

<sup>(131)</sup> Informații provenite de la EWS. Numărul relativ mare de decese legate de GHB din acest raport poate reflecta interesul manifestat de laboratorul spitalului pentru cercetarea GHB.

<sup>(132)</sup> Din cele nouă noi droguri sintetice care au făcut obiectul evaluării riscurilor între 1997 și 2004 în temeiul acțiunii comune, toate cele șase substanțe care au fost controlate ulterior la nivelul Uniunii Europene erau feniletamine.

În principal disponibil sub formă de tablete, iar efectele subiective ale mCPP și MDMA sunt parțial comparabile (Bossong et al., 2005). În plus, mCPP se găsește deseori în combinație cu MDMA. Prin faptul că este puțin probabil ca acest lucru să se datoreze unei contaminări accidentale, se sugerează că adăugarea deliberată de mCPP poate avea scopul de a potența sau modifica efectele MDMA. Se pare că nu prea există cerere sau piață specifică a mCPP în Uniunea Europeană.

Statele membre au identificat mCPP la scară mai largă decât orice altă nouă substanță psihoactivă din momentul în care EWS a început să monitorizeze noile droguri (sintetice)

în 1997. În decurs de un an, substanța a fost identificată în 20 de state membre, precum și în România și Norvegia.

Într-un raport comun, OEDT și Europol au recomandat, în conformitate cu dispozițiile deciziei Consiliului, să nu se desfășoare o evaluare oficială a riscurilor deoarece există dovezi că mCPP se folosește în fabricarea cel puțin a unui produs medicinal. Cu toate acestea, s-a remarcat și că, în ciuda faptului că în prezent nu prea există dovezi care să ateste importante riscuri sociale sau de sănătate publică legate de mCPP, această problemă trebuie să rămână deschisă în absența unei evaluări științifice riguroase a riscurilor implicate.

### **Evoluții ale consumului de droguri în locuri recreative, în Raportul anual al OEDT 2006: extrase**

De cele mai multe ori există o legătură între consumul de droguri și activitățile recreative ale tinerilor. În special, studiile asupra tinerilor care frecventează evenimente muzicale și de dans indică fără dubiu o prevalență mult mai ridicată a consumului de droguri în rândul acestora, decât în ansamblul populației, raportându-se de foarte multe ori niveluri ridicate ale consumului de droguri stimulative. Pot aceste diferențe între țări să fie explicate în funcție de varietatea locurilor disponibile în care se desfășoară viața de noapte, cultura muzicală, disponibilitatea drogurilor și posibilitățile financiare? Întrebările respective sunt analizate în acest extras.

Noile metode de promovare a consumului de droguri în scopuri recreative prin intermediul Internetului atrag după ele noi priorități în domeniile politicii, prevenirii și reducerii riscurilor. Aceste metode sunt studiate în acest extras care trece în revistă inițiativele inovatoare de prevenire a drogurilor și de reducere a riscurilor, inițiative care au fost introduse în ultimul deceniu în UE ca reacție la această problemă complexă a interdependenței dintre activitățile de timp liber și consumul de droguri de către tineri.

Acest extras este disponibil în format tipărit ("Developments in drug use within recreational settings", în *EMCDDA annual report 2006: selected issues*) și pe Internet numai în limba engleză (<http://issues06.emcdda.europa.eu>).



## Capitolul 5

### Cocaina și cocaina crack

#### Oferta și disponibilitatea cocainei <sup>(133)</sup>

##### Producția și traficul

Cocaina este cel mai traficat drog din lume după plantele de canabis și rășina de canabis. Din punctul de vedere al volumului capturat – 578 de tone în întreaga lume, în 2004 – majoritatea traficului cu cocaină s-a înregistrat în America de Sud (44 %) și în America de Nord (34 %), urmate de Europa Centrală și de Vest (15 %) (CND, 2006).

Columbia este de departe cea mai importantă sursă de coca ilicită din lume, fiind urmată de Peru și Bolivia. Producția globală de cocaină din 2004 a fost estimată la 687 tone, la care Columbia a contribuit cu 56 %, Peru cu 28 %, iar Bolivia cu 16 % (CND, 2005). Majoritatea cocainei confiscate în Europa vine direct din America de Sud (Columbia) sau via America Centrală și Caraibe. În 2004, rapoartele au arătat că Surinamul, Brazilia, Argentina, Venezuela, Ecuador, Curaçao, Jamaica, Mexico, Guyana și Panama au fost țări de tranzit pentru cocaina importată în Uniunea Europeană (Rapoartele naționale Reitox, 2005; WCO, 2005; CND, 2006; INCB, 2006a; Europol, 2006). O parte din aceasta a trecut, de asemenea, prin Africa, din ce în ce mai mult prin vestul Africii și țări din Golful Guineii (în principal, Nigeria), dar și prin estul Africii (Kenya) și nord-vestul Africii prin insulele din largul coastei Mauritaniei și a Senegalului (CND, 2006; INCB, 2006a). Principalele puncte de intrare în Uniunea Europeană sunt în continuare Spania, Țările de Jos și Portugalia, precum și Belgia, Franța și Regatul Unit (Rapoartele naționale Reitox, 2005; CND, 2006; Europol, 2006). Deși Spania și Țările de Jos continuă să joace un rol important ca puncte de distribuție pentru cocaina care intră

în Uniunea Europeană, controalele intensificate de-a lungul coastei de nord a Spaniei (Galicia) și politica de controale 100 % a zborurilor din anumite țări <sup>(134)</sup> la Aeroportul Schipol (Amsterdam) este posibil să fi jucat un rol important în dezvoltarea rutelor alternative, tot mai mult, spre exemplu, prin Africa, dar și prin Europa Centrală și de Est și distribuția secundară de aici către Europa de Vest (Rapoartele naționale Reitox, 2005; WCO, 2005; INCB, 2006a).

##### Capturi

Se estimează că, în 2004, s-au efectuat în Uniunea Europeană 60 000 de capturi, totalizând 74 de tone de cocaină. Majoritatea capturilor de cocaină au fost raportate în țările Europei de Vest, mai ales în Spania, care a contribuit cu aproape jumătate din capturile și cantitățile recuperate în Uniunea Europeană în ultimii 5 ani <sup>(135)</sup>. La nivelul Uniunii Europene, numărul de capturi de cocaină <sup>(136)</sup> a crescut, pe ansamblu, pe parcursul perioadei 1999–2004, în timp ce cantitățile <sup>(137)</sup> confiscate au fluctuat prezentând o tendință crescătoare. Totuși, potrivit țărilor care fac obiectul raportului, cantitățile par să fi scăzut în 2004 – probabil în comparație cu cantitatea excepțională recuperată capturată în Spania în anul anterior.

##### Prețul și puritatea

În 2004, prețul mediu de vânzare cu amănuntul al cocainei a variat mult în Uniunea Europeană, între 41 EUR/g în Belgia și până la peste 100 EUR/g în Cipru, România și Norvegia <sup>(138)</sup>. Prețul mediu al cocainei, corectat pentru inflație <sup>(139)</sup>, a prezentat o tendință globală de scădere în perioada 1999–2004 în toate țările care fac obiectul raportului <sup>(140)</sup>, cu excepția Luxemburgului, unde acesta

<sup>(133)</sup> Vezi „Interpretarea datelor privind capturile și piața”, p. 37.

<sup>(134)</sup> Toate zborurile din Țările de Jos, Antile, Aruba, Surinam, Peru, Venezuela și Ecuador sunt controlate 100 %; în 2004, 3 466 de transportatori de droguri au fost arestați ca rezultat al unor astfel de controale și 620, ca rezultat al controalelor obișnuite (raportul național olandez).

<sup>(135)</sup> Acest lucru ar trebui verificat și confruntat pe baza datelor lipsă pentru 2004, atunci când acestea vor fi disponibile. Nu au fost disponibile nici date privind numărul și nici date privind cantitățile capturilor de cocaină din 2004 din Irlanda și Regatul Unit; nu au fost disponibile date privind numărul capturilor de cocaină din Țările de Jos, din 2004. În scopul estimării, datele lipsă pentru 2004 au fost înlocuite cu datele pentru 2003. Datele privind cantitățile capturate în 2004 furnizate de Țările de Jos au fost numai estimări, care nu au putut fi incluse în analiza tendințelor din 2004.

<sup>(136)</sup> Vezi Tabelul SZR-9 din Buletinul statistic 2006.

<sup>(137)</sup> Vezi Tabelul SZR-10 din Buletinul statistic 2006.

<sup>(138)</sup> Vezi Tabelul PPP-3 din Buletinul statistic 2006.

<sup>(139)</sup> Luând anul 1999 ca an de referință pentru puterea de cumpărare în toate țările.

<sup>(140)</sup> În perioada 1999–2004, date privind prețurile cocainei au fost disponibile pentru cel puțin 3 ani consecutivi: pentru cocaina din Belgia, Republica Cehă, Germania, Spania, Franța, Irlanda, Cipru, Letonia, Lituania, Luxemburg, Polonia, Portugalia, Slovenia, Suedia, Regatul Unit, Bulgaria, Turcia și Norvegia.

a scăzut până în 2002 și a crescut ulterior, și a Norvegiei, unde prețurile au crescut brusc în 2001, pentru a se stabili ulterior.

În comparație cu heroina, puritatea medie a cocainei la nivelul consumatorilor este mare, variind, în 2004, de la 24 %, în Danemarca, la 80 %, în Polonia, majoritatea țărilor raportând purități de 40–65 % <sup>(141)</sup>. Datele disponibile pentru perioada 1999-2004 indică o scădere generală globală a purității medii a cocainei în majoritatea țărilor care fac obiectul raportului <sup>(142)</sup>, deși aceasta a crescut în Estonia (din 2003), în Franța și Lituania, rămânând stabilă în Luxemburg și Austria.

### Ațiunea internațională împotriva producției și a traficului de cocaină

Proiectul COLA, desfășurat de Europol, are ca scop identificarea și concentrarea asupra grupurilor criminale latino-americane și asociațiilor acestora care operează înspre și în interiorul Uniunii Europene și care sunt implicați, în primul rând, în traficul de cocaină.

Programul oferă sprijin în special operativ pentru a conduce investigații în statele membre participante și potențează imaginea serviciilor de informații strategice. Acesta este completat de Europol Cocaine Logo System [Sistemul Europol pentru pictogramele de cocaină], care colaborează într-un catalog actualizat anual, informațiile privind *modus operandi* și informații fotografice și alte informații privind capturile de cocaină și pictogramele/marcările drogurilor și ale ambalajelor acestora, pentru a identifica asemănările dintre capturi și pentru a promova cooperarea internațională și schimbul de informații privind acțiunile de aplicare a legii (Europol, 2006).

Operation Purple [Operațiunea Purpuriu], în acțiune din 1999, este menită să prevină deturnarea permanganatului de potasiu <sup>(143)</sup> din comerțul licit în scopul utilizării acestuia în fabricarea ilicită a cocainei, în special în America de Nord și în America de Sud. Comerțul licit cu permanganat de potasiu a atins cote mari: din 1999, INCB a primit 4 380 de prenotificări la export de la 30 de țări/teritorii exportatoare în care au fost implicate peste 136 560 de tone de permanganat de potasiu. Din 1999, 233 de transporturi în care au fost implicate peste 14 316 tone de substanțe au fost oprite sau capturate pe motiv că legitimitatea comenzilor sau a utilizatorilor finali era pusă la îndoială și au fost identificate deturnări. În 2004, s-au capturat 1,4 tone de

permanganat de potasiu în Europa, mai ales în Federația Rusă, urmate de România și de Ucraina <sup>(144)</sup> (INCB, 2006b).

Traficanții par să fi găsit mijloacele de a evita controalele și mecanismele de monitorizare introduse în cadrul Operation Purple [Operațiunii Purpuriu]. Într-adevăr, deși fabricarea ilicită de cocaină nu este asociată cu Asia, există o preocupare tot mai mare că traficanții ar putea să vizeze această regiune în vederea deturnării permanganatului de potasiu de la comerțul licit. Există, de asemenea, preocuparea că traficanții ar putea să deturneze permanganatul de potasiu către subregiunea Andină prin Insulele Caraibe. Astfel, în timp ce recunoaște un oarecare succes în identificarea tranzacțiilor suspicioase și în oprirea transporturilor, INCB a cerut guvernelor să dezvolte proceduri operative pentru investigarea informațiilor în sensul invers al parcursului de la capturile de cocaină din laboratoare, pentru a merge pe urma substanțelor chimice înapoi la sursă, pentru a identifica țările de tranzit și pentru a investiga companiile comerciale, astfel încât traficanții să se confrunte cu mai multe dificultăți în transferarea activităților lor.

### Prevalența și modelele de consum ale cocainei

Pe baza anchetelor recente la nivelul populației, se estimează că în jur de 10 milioane de europeni <sup>(145)</sup> au consumat cel puțin o dată această substanță (consum pe parcursul vieții), ceea ce reprezintă peste 3 % din totalul populației adulte <sup>(146)</sup>. Cifrele naționale privind consumul raportat variază între 0,5 % și 6 %, valorile cele mai mari înregistrându-se în Italia (4,6 %), Spania (5,9 %) și în Regatul Unit (6,1 %). Se estimează că aproximativ 3,5 milioane de adulți au consumat cocaină în ultimul an, reprezentând 1 % din totalul populației adulte. În majoritatea țărilor, cifrele naționale variază între 0,3 % și 1 %, deși nivelurile de prevalență sunt mai ridicate în Spania (2,7 %) și în Regatul Unit (2 %).

Ca și în cazul celorlalte droguri ilegale, consumul de cocaină se concentrează în rândul adulților tineri. Consumul acestui drog pe parcursul vieții este cel mai răspândit în rândul adulților tineri cu vârste cuprinse între 15-34 ani, deși consumul din ultimul an este ușor mai ridicat în rândul celor cu vârste cuprinse între 15-24 ani. Cocaina pare să fie un drog utilizat în special de cei cu vârsta de 20-30 de ani, însă, în comparație cu consumul de cannabis, consumul de cocaină este mai puțin frecvent în rândul celor mai

<sup>(141)</sup> Vezi Tabelul PPP-7 din Buletinul statistic 2006.

<sup>(142)</sup> În perioada 1999–2004, date privind puritatea cocainei au fost disponibile pentru cel puțin trei ani consecutivi din Belgia, Republica Cehă, Danemarca, Germania, Estonia, Spania, Franța, Irlanda, Italia, Letonia, Lituania, Luxemburg, Ungaria, Țările de Jos, Austria, Portugalia, Slovacia, Regatul Unit și Norvegia.

<sup>(143)</sup> Precursor folosit în fabricarea cocainei și inclus în Tabelul I din Convenția din 1988.

<sup>(144)</sup> Aceste date nu includ cantitățile implicate în transporturile oprite.

<sup>(145)</sup> Pe baza mediei ponderate a cifrelor la nivel național; mai multe detalii în nota de subsol nr. (534).

<sup>(146)</sup> Pentru cifre detaliate pentru fiecare țară, vezi tabelul din studiul „Anchete privind consumul de droguri la nivelul întregii populații” din Buletinul statistic din 2006.

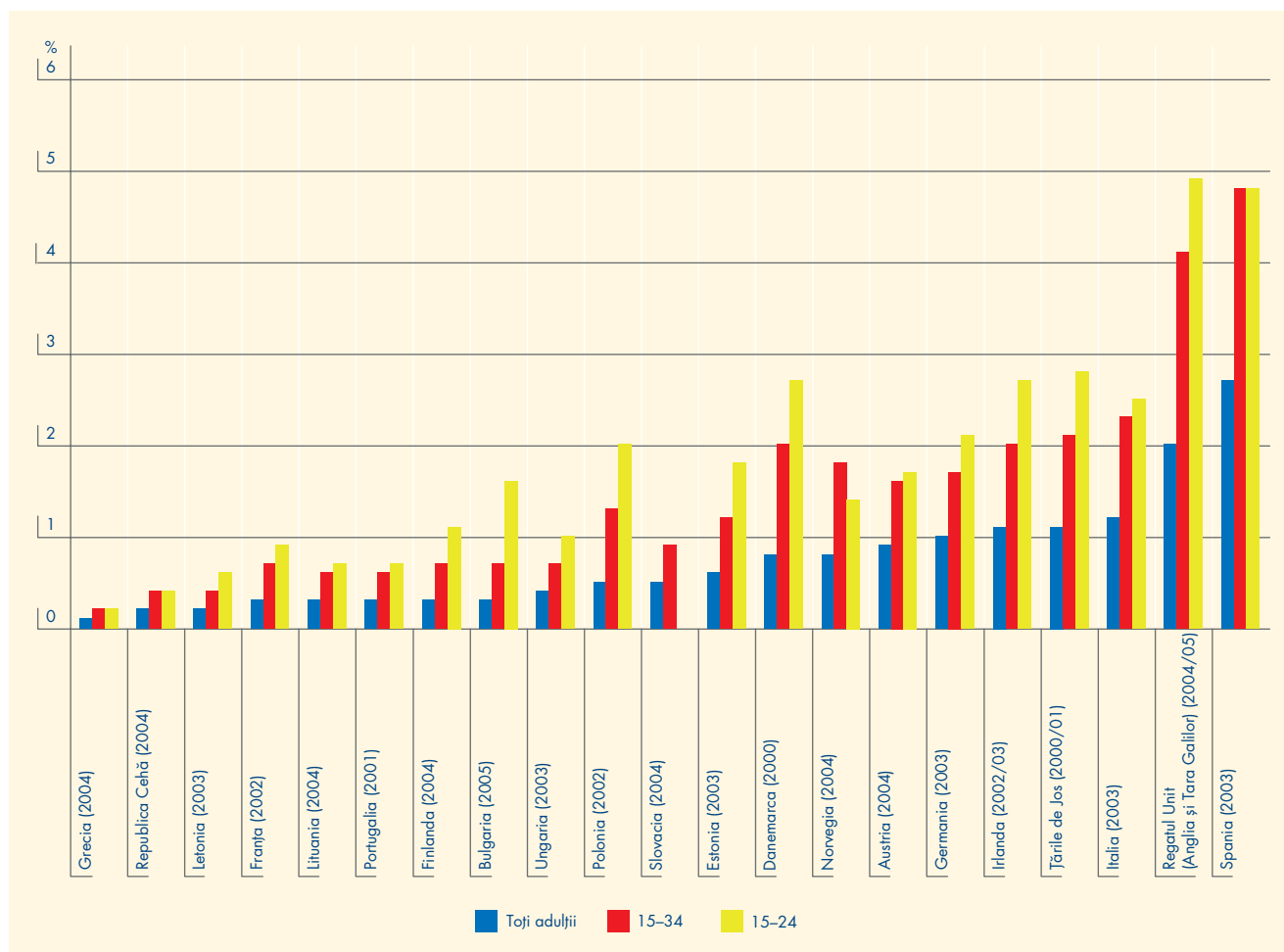
tineri. Consumul acestui drog pe parcursul vieții în rândul celor cu vârste cuprinse între 15-34 ani variază între 1 % și 10 %, nivelurile cele mai ridicate înregistrându-se, din nou în Spania (8,9 %) și Regatul Unit (10,5 %). Consumul din anul trecut variază între 0,2 % și 4,8 %, cifrele pentru Danemarca, Irlanda, Italia și Țările de Jos fiind în jur de 2 %, iar pentru Spania și Regatul Unit, de peste 4 % (Figura 6). Datele din sondajele în școli prezintă o prevalență foarte scăzută a consumului de cocaină pe parcursul vieții, variind între 0 % în Cipru, Finlanda și Suedia și 6 % în Spania, iar ratele de prevalență pe parcursul vieții sunt și mai scăzute pentru consumul de cocaină crack, variind între 0 % și 3 % (Hibell et al., 2004).

Consumul de cocaină este mult mai mare în rândul bărbaților tineri. De exemplu, sondajele din Danemarca, Germania, Spania, Italia, Țările de Jos, Regatul Unit și Norvegia au arătat că, pentru bărbații cu vârste cuprinse între

15–34 de ani, rata celor care au experimentat drogul pe parcursul vieții varia între 5 % și 14 %. Consumul din anul trecut a fost mai scăzut, însă, în patru țări, consumul recent a fost de peste 3 %, Spania și Regatul Unit raportând rate de 6-7 % <sup>(147)</sup>, ceea ce sugerează că, în aceste țări, aproximativ 1 din 15 bărbați tineri au consumat recent cocaină. Acest procent este considerabil mai ridicat în zonele urbane.

La nivelul întregii populații, consumul de cocaină pare să fie unul ocazional, și se produce în principal la sfârșit de săptămână și în locuri de recreere (baruri și discotecă) unde acesta poate atinge niveluri ridicate. Studii realizate în rândul tinerilor în locurile de muzică și dans din diferite țări au arătat că prevalența estimată pe parcursul vieții a consumului de cocaină este mult mai ridicată decât cea înregistrată la nivelul întregii populații, prevalența consumului pe parcursul vieții variind între 10 % și 75 % (vezi extrasul privind consumul de droguri în locurile de recreere). De

**Figura 6:** Prevalența consumului de cocaină în ultimul an în rândul tuturor adulților (15–64 ani) și în rândul adulților tineri (15–34 ani și 15–24 ani)



NB: Datele provin din cele mai recente anchete naționale existente în fiecare țară la data raportării. Pentru informații suplimentare, vezi tabelele GPS-8, GPS-11 și GPS-18 din Buletinul statistic 2006.

Surse: Rapoartele naționale Reitox (2005), preluate din anchete asupra populației, rapoarte și articole științifice.

<sup>(147)</sup> Vezi Figura GPS-9 din Buletinul statistic 2006.

exemplu, Raportul britanic privind infracțiunile 2004/05 a raportat o prevalență estimată pentru consumul de droguri din „clasa A” în rândul persoanelor care merg la discotecă sau cluburi de noapte care a fost de cel puțin de două ori mai ridicată decât rata celor care nu merg la astfel de localuri (Chivite-Matthews et al., 2005) (vezi și extrasul privind consumul de droguri în locurile de recreere). În medie, în jur de o treime dintre toți tinerii europeni care au încercat vreodată să consume cocaină, au făcut-o în ultimele 12 luni; pentru comparație, numai 13 % au raportat că au consumat cocaina în ultimele 30 de zile. Spre exemplu, 2–4 % dintre bărbații cu vârstele cuprinse între 15-24 ani din Spania, Italia, Regatul Unit și Bulgaria <sup>(148)</sup> au raportat că au consumat cocaina în ultimele 30 de zile. O estimare brută a consumului actual de cocaină în Europa ar fi de aproximativ 1,5 milioane de adulți cu vârstele cuprinse între 15-64 ani (80 % în grupa de vârstă 15-34 de ani). Aceasta poate fi considerată o estimare minimă, înregistrările fiind probabil mai mici decât datele reale.

Modelele consumului de droguri sunt foarte diferite, în grupuri diverse de utilizatori. În cadrul unui studiu realizat în mai multe orașe din Europa, s-a arătat că vasta majoritate (95 %) a persoanelor definite ca fiind consumatori integrați social priza substanța și numai o mică parte fumau sau își injectau substanța, însă consumul combinat de canabis și alcool era foarte obișnuit (Prinzleve et al., 2004). Printre utilizatorii din locurile de tratament al dependenței sau în cadrul grupurilor marginalizate social, injectarea era frecventă, iar consumul cocainei crack era obișnuit la Hamburg, Londra și Paris și, într-o măsură mai mică, la Barcelona și Dublin. Consumul de cocaină crack pare să fie scăzut la nivelul întregii populații a Europei. De exemplu, rapoartele arată că prevalența consumului de cocaină crack pe parcursul vieții este de 0,5 % în Spania (2003) și 0,8 % în Regatul Unit (Chivite-Matthews et al., 2005). În trei țări, prevalența consumului de cocaină crack a fost inclusă în sondajul cluburilor și s-a dovedit a fi chiar mai scăzută decât consumul de heroină (Republica Cehă 2 %, Regatul Unit 13 % și Franța 21 %). Totuși, consumul de cocaină crack în rândul grupurilor marginalizate social sau al consumatorilor de opioace constituie un motiv de îngrijorare în unele orașe. De exemplu, în cadrul unui grup țintă format din 94 de femei lucrătoare sexuale de stradă din Amsterdam, estimarea prevalenței pentru consumul de cocaină crack pe parcursul vieții a fost extrem de ridicată, de 91 % (Korf, 2005, citat în raportul național olandez).

Pentru comparație, potrivit studiului național din 2004 din Statele Unite privind consumul de droguri și sănătatea, 14,2 % dintre adulți (definiți ca având cel puțin 12 ani) au declarat că au consumat cocaină pe parcursul vieții, ceea ce contrastează cu media europeană de 3 %. Consumul

din ultimul an a fost de 2,4 %, în comparație cu media europeană de 1 %, deși, în unele state ale Uniunii Europene, de exemplu, Spania (2,7 %) și Regatul Unit (2%), cifrele raportate se încadrează în același interval ca cel din Statele Unite <sup>(149)</sup>. Cifrele pentru consumul pe parcursul vieții comparativ mai ridicate din Statele Unite s-ar putea, în parte, să fie legate de răspândirea mai timpurie a consumului de cocaină în această țară.

În rândul adulților tineri (cu vârstele cuprinse între 16–34 ani), cifrele din Statele Unite au fost de 14,6 % (pe parcursul vieții), 5,1 % (în ultimul an) și 1,7 % (în ultima lună), în timp ce cifrele medii ale Uniunii Europene pentru cei cu vârstele cuprinse între 15–34 de ani au fost, respectiv, de circa 5 % (pe parcursul vieții), 2 % (în ultimul an) și 1 % (în ultima lună).

### Tendențele consumului de cocaină

De mai mulți ani există avertismente privind creșterea consumului de cocaină în Europa, pe baza datelor din diferite surse (de exemplu, indicatori ai pieței, cereri de tratament, decese). Deși informațiile existente privind tendințele consumului de cocaină în rândul populației se ameliorează, pe măsură ce tot mai multe țări realizează sondaje repetate, datele sunt încă limitate. În cazul cocainei, dificultăți suplimentare le constituie nivelurile prevalenței și posibila raportare incompletă a consumului.

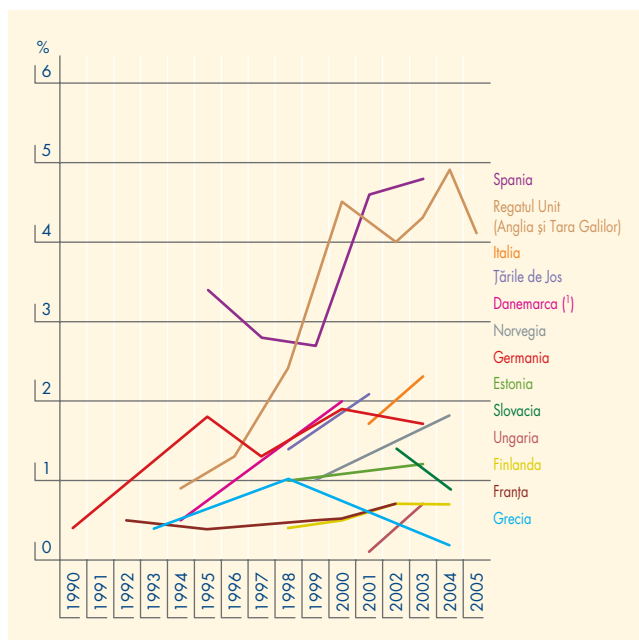
Consumul recent de cocaină (în ultimul an) a înregistrat o creștere marcată în a doua jumătate a anilor 1990 în rândul tinerilor adulți din Regatul Unit, până în 2000, și în Spania, până în 2001, cu o aparentă stabilizare în ultimii ani. În Germania, s-a observat o creștere moderată pe parcursul anilor 1990, însă cifrele au rămas stabile în ultimii ani, la niveluri în mod evident mai scăzute decât în Spania și în Regatul Unit (Figura 7).

S-au observat creșteri moderate în ultimul an, în Danemarca (până în 2000), Italia, Ungaria, Țările de Jos (până în 2001) și în Norvegia. Această tendință trebuie interpretată cu precauție deoarece se bazează numai pe două studii în fiecare țară.

În cazul cocainei și a altor substanțe (de exemplu, ecstasy, amfetamine, ciuperci halucinogene), tendințele ar putea fi indicate mai bine prin concentrarea analizei asupra grupurilor în care consumul de droguri este frecvent, în special în rândul tinerilor din zonele urbane. Aceste populații sunt analizate în profunzime în extrasul privind consumul de droguri din locurile de recreere. În plus, informațiile din studii se vor completa cu studii care au pus accentul pe studii realizate în rândul tinerilor din grupurile selectate (localuri de noapte).

<sup>(148)</sup> Studiul din 2001. În studiul din 2003, defalcarea pe sexe nu a fost raportată de grupe de vârstă de 10 ani.

<sup>(149)</sup> Sursa: SAMSHA, Office of Applied Studies, 2004 National Survey on Drug Use and Health [Studiul național din 2004 privind consumul de droguri și sănătatea] (<http://oas.samhsa.gov/nsduh.htm#nsduhinfo>). A se ține seama că intervalul de vârstă pentru „toți adulții” din studiul SUA (12 ani și peste) este mai mare decât intervalul standard de vârstă pentru studiile europene (15–64). Cifrele pentru grupa de vârstă 16–34 ani din Statele Unite au fost recalculat de OEDT.

**Figura 7:** Tendințe ale prevalenței consumului de cocaină în ultimul an în rândul adulților tineri (15–34 ani)

(1) În Danemarca, valoarea pentru 1994 corespunde „drogurilor tari”.

NB: Datele provin din cele mai recente anchete naționale existente în fiecare țară la data raportării. Pentru informații suplimentare, vezi Tabelul GPS-4 din Buletinul statistic 2006.

Surse: Rapoartele naționale Reitox (2005), preluate din anchete asupra populației, rapoarte și articole științifice.

## Date privind cererile de tratament (150)

După opiacee și canabis, cocaina este drogul cel mai des declarat ca drog principal de către cei care încep tratamentul și face obiectul a aproximativ 8 % din totalul cererilor de tratament din Uniunea Europeană, în 2004 (151). Trebuie remarcat că Spania, o țară ce raportează, în mod obișnuit, un număr ridicat de cereri de tratament legate de cocaină, nu a furnizat încă date. Această cifră generală reflectă variații foarte mari de la o țară la alta: în majoritatea țărilor, numărul cererilor de tratament legate de consumul de cocaină este relativ mic, dar în Țările de Jos (37 %) și, în mod istoric, în Spania (20 % în 2002), ponderea din total a pacienților care solicită tratament pentru dependența de consumul de cocaină este de departe, cea mai mare. Din datele cele mai recente disponibile, un grup de țări raportează procente ale pacienților care solicită tratament pentru dependența de consumul de cocaină între 5 % și 10 % din totalul pacienților care solicită tratament (Danemarca, Germania, Franța, Irlanda, Italia, Cipru, Malta, Regatul Unit și Turcia), în timp

ce, în restul țărilor, proporțiile sunt foarte scăzute (152). În mai multe țări, proporția pacienților noi care solicită tratament pentru dependența de cocaină ca drog principal este cea mai mare din totalul pacienților (153) și, pe ansamblu, în jur de 12 % dintre toate cererile noi de tratament sunt declarate ca fiind legate de consumul de cocaină. Cocaina este, de asemenea, raportată ca drog secundar de aproximativ 12 % dintre pacienții noi (154).

Tendințele crescătoare în rândul pacienților care au solicitat tratament pentru dependența de consumul de cocaină raportate în anii anteriori se manifestă în continuare; din 1999 până în 2004, o analiză care interpolează datele neraportate sugerează că proporția pacienților noi care solicită tratament pentru dependența de consumul de cocaină a crescut de la aproximativ 10 % la 20 % în cursul acestei perioade (pe baza datelor din 17 țări membre UE, din Bulgaria și România) (155).

Pe ansamblu, majoritatea cererilor de tratament pentru dependența de cocaină din Europa nu sunt legate de cocaina crack: s-a raportat că aproximativ 80 % din pacienții noi care solicită tratament în centrele de tratament în ambulatoriu consumă cocaină-hidroclorură (praf de cocaină), mai puțin de 20 % consumând cocaina crack. Totuși, consumatorii de cocaină crack pot pune probleme speciale serviciilor de tratament deoarece aceștia tind să aibă mai mult profilul persoanelor marginalizate social decât consumatorii de praf de cocaină. Un studiu european privind consumul de cocaină (praf sau cocaină crack) a constatat o asociere între consumul de cocaină crack și problemele sociale și de sănătate mentală; totuși, studiul a prezentat, de asemenea, faptul că simplul consum de cocaină crack nu este suficient pentru a explica problemele sociale și de sănătate mentală (Haasen et al., 2005). Un studiu recent pe 585 pacienți ai tratamentului pentru dependența de cocaină crack realizat în Scoția a arătat că este foarte posibil ca cei care consumă cocaină crack să aibă o istorie mai lungă a consumului problematic de drog și să fie mai implicați în infracțiuni (Neale și Robertson, 2004, citați în raportul național al Regatului Unit).

Analizând profilul pacienților care solicită tratament pentru consumul de cocaină în centrele de tratament în ambulatoriu, se observă că noii pacienți care solicită tratament pentru consumul de cocaină ca drog principal sunt, de obicei, mai în vârstă decât ceilalți consumatori de droguri: 70 % se încadrează în grupa cu vârstă de 20-34 de ani, iar un grup mai mic (13 %) îi reprezintă pe cei cu vârste între 35-39 de ani (156).

(150) Vezi nota de subsol nr.(70).

(151) Vezi Figura TDI-2 din Buletinul statistic 2006.

(152) Vezi Tabelul TDI-5 din Buletinul statistic 2006; pentru Spania, datele se referă la anul de raportare 2002.

(153) Vezi Tabelul TDI-4 din Buletinul statistic 2006.

(154) Vezi Tabelul TDI-23 din Buletinul statistic 2006.

(155) Vezi Figura TDI-1 din Buletinul statistic 2006.

(156) Vezi Tabelul TDI-10 din Buletinul statistic 2006.



Cocaina este adesea folosită în combinație cu un alt drog subsidiar ilicit sau licit, de multe ori cannabisul (31,6 %), opiaceele (28,6 %) sau alcoolul (17,4 %) <sup>(157)</sup>. Studiile locale privind consumatorii prin injecție sugerează că, în unele zone, combinarea heroinei și a cocainei în aceeași injecție câștigă în popularitate (și este numită uneori de consumatorii prin injecție „speedballing” [șut tare]). Combinarea opiaceelor cu cocaina reiese, în prezent, din ce în ce mai mult din datele de tratament. Dintre pacienții care raportează consumul principal de opiacee, 31 % în Italia, 42 % în Țările de Jos și 44 % în Regatul Unit raportează consumul de

cocaină ca drog secundar. Dintre cei care consumă cocaina ca drog principal, 28 % în Italia și 38 % în Regatul Unit raportează consumul de opiacee ca drog secundar.

## Tratamentul dependenței de cocaină

Nu există suficiente dovezi pentru în sprijinul tratamentului farmacologic pentru dependența de cocaină și alte psihostimulante. Totuși, în sinteza lor cuprinzătoare privind utilizarea farmacoterapiilor pentru consumatorii de psihostimulante, Shearer și Gowing (2004) ajung la concluzia că terapia de substituție, care prezintă succes în cazul dependenței de opiacee și nicotină, și are potențialul de a atrage și de a reține consumatorii la tratament, nu a fost testată încă în mod corespunzător la consumatorii de stimulante. O sinteză a literaturii de specialitate privind răspunsurile la tratamentul dependenței de cocaină și eficiența acestuia, inclusiv răspunsurile la tulburările de sănătate mentală în rândul consumatorilor de cocaină crack, a fost publicată recent de OEDT <sup>(158)</sup>.

În unele țări, inclusiv în Statele Unite și în Regatul Unit, există, în momentul de față, o investiție considerabilă în construirea opțiunilor de tratament de imunoterapie prin dezvoltarea de anticorpi care pot intercepta cocaina din fluxul sanguin înainte ca aceasta să ajungă la sistemul nervos central (vezi căsuța privind imunoterapia pentru dependenții de cocaină).

Combinarea mai multor intervenții specifice de tratament psihosocial este considerată în prezent cea mai promițătoare opțiune de tratament pentru consumatorii de cocaină și de alte psihostimulante. S-a arătat că, prin combinarea abordării axate pe comunitate (CRA) și managementul situațiilor neprevăzute, se reduce consumul de cocaină pe termen scurt (Higgins et al., 2003; Roozen et al., 2004).

CRA este o metodă de tratament intensiv care implică familia, prietenii și alți membri din rețeaua socială a pacientului pe parcursul tratamentului și constă în pregătirea pacienților pentru a stabili contacte sociale, pentru a-și îmbunătăți imaginea despre sine și a-și găsi un loc de muncă și activități recreative recompensatoare în vederea construirii unui alt stil de viață (Roozen et al., 2004). Combinat cu managementul situațiilor neprevăzute – o metodă care urmărește influențarea comportamentului pacienților prin oferirea de stimulente semnificative, și anume cadouri, bonuri sau privilegii în schimbul probelor de urină lipsite de cocaină – s-au obținut efecte pozitive privind consumul de droguri și funcționarea psihosocială în cursul etapei de tratament și urmărirea post-tratament la pacienții dependenți de cocaină din centrele de tratament în ambulatoriu, deși efectele asupra consumului de cocaină par a fi limitate la perioada de tratament (Higgins et al., 2003).

### Terapie imunitară pentru dependenții de cocaină

Spre deosebire de dependența de heroină, care se poate trata cu agonști, cum ar fi metadona, sau antagoniști, cum ar fi naltrexona, nu există în prezent tratamente medicale pentru dependența de cocaină. Acest lucru se explică prin mecanismul prin care cocaina acționează asupra neurotransmițătorilor din creier, dopamina și serotonina. În timp ce heroina intră în legătură cu receptorii opioizi din creier, de exemplu receptorii m, imitând, prin urmare, acțiunea propriilor endorfine produse de creier, cocaina inhibă reabsorbția dopaminei (și a serotoninei) din sinapsa neuronală de îndată ce a acționat, ducând la consolidarea transmițătorului, prelungindu-i și fortificându-i astfel efectul.

Nu înseamnă totuși că este imposibilă descoperirea unui tratament medical pentru dependența de cocaină, însă poate fi mai dificil și poate implica mai multe concepte decât cele utilizate în tratamentele pentru dependența de heroină.

O abordare foarte interesantă a cercetărilor constă în utilizarea terapiei imunitare, și anume descoperirea unui vaccin care ar putea „neutraliza” în mod eficient acțiunea cocainei, împiedicând drogul să ajungă la creier. Conceptul de bază a fost supus unor testări destul de limitate. Un vaccin realizat în Regatul Unit a fost testat pe un număr redus de dependenți de cocaină, în total 18 persoane, pe o perioadă de 14 săptămâni. În urma acestei experiențe, s-a demonstrat că trei sferturi dintre dependenții de cocaină vaccinați au reușit să rămână abștinenți timp de 3 luni, fără a avea efecte secundare severe. În plus, după 6 luni, atât cei care au reluat cât și cei care nu au reluat consumul, au declarat că senzațiile de euforie nu sunt la fel de intense ca înainte de vaccinare. În urma acestor descoperiri, vaccinul, cunoscut sub denumirea de vaccinul TA-CD (drog combinat cu proteine) este supus etapei a doua a testelor clinice. O abordare imunoterapeutică alternativă implică dezvoltarea unor anticorpi monoclonari pentru cocaină, dar această metodă nu a fost încă testată clinic.

Avantajul potențial al vaccinului TA-CD împotriva cocainei ridică chestiuni de ordin etic în ceea ce privește utilizarea vaccinului: cine va beneficia de acesta, cine va decide și pe ce criterii etc.

<sup>(157)</sup> Vezi Tabelul TDI-24 din Buletinul statistic 2006.

<sup>(158)</sup> [www.emcdda.europa.eu/?nodeid=400](http://www.emcdda.europa.eu/?nodeid=400)

Noile abordări în cazul grupurilor foarte problematice de consumatori de heroină, în același timp consumatori de cocaină și cocaină crack, se concentrează asupra reducerii consecințelor negative ale consumului de droguri ca principal obiectiv al tratamentului și aplică terapii comportamentale, în special abordări de management al situațiilor neprevăzute, în combinație cu programe de menținere cu metadonă sau terapia asistată cu heroină. (Schottenfeld et al., 2005; van den Brink, 2005; Poling et al., 2006).

## Abordări de reducere a consecințelor negative

În Europa, dezvoltarea abordărilor de reducere a consecințelor negative care au ca obiectiv consumul de cocaină este limitată. Acest lucru s-ar putea să înceapă să se schimbe în prezent, pe măsură ce recunoașterea crește atât a gradului de consum de cocaină cât și a problemelor asociate cu acesta stimulează interesul pentru dezvoltarea răspunsurilor care se adresează nevoilor consumatorilor de cocaină. Valoarea prevenirii și abordărilor reducerii consecințelor negative pentru a reduce riscurile asociate consumului de cocaină rămân, în mare măsură, neexplorate, însă mai multe domenii ar putea prezenta posibilități de dezvoltare a unei astfel de abordări. De exemplu, este posibil ca persoanele care consumă cocaină să poată beneficia de intervenții care abordează probleme cum ar fi toxicitatea combinării cocainei cu alcoolul, asocierea posibilă a consumului de cocaină cu probleme cardiovasculare sau legăturile comportamentale care pot expune consumatorii la un risc ridicat de infecție cu HIV sau să devină victima unui accident sau a unei crime violente. Deoarece consumul de cocaină poate să crească brusc, intervențiile scurte care pot alerta consumatorii asupra faptului că s-ar putea să sufere consecințe negative din cauza consumului de droguri merită a fi explorate.

Drept rezultat al problemelor serioase, de sănătate și sociale, asociate consumului de cocaină crack, există o mai mare experiență în dezvoltarea serviciilor destinate acestui

grup, deși activitățile sunt limitate la relativ puținele orașe din Europa în care există o problemă serioasă în ceea ce privește consumul de cocaină crack. În mai multe orașe, programele de intervenție timpurie au vizat consumatorii de cocaină crack; prin aceasta, s-a încercat abordarea unui grup considerat, în general, un grup cu care este dificil de lucrat. Deși, pe ansamblu, baza de dovezi rămâne relativ scăzută, unele studii au sugerat că beneficiile se pot mări. De exemplu, un studiu asupra unui program inovator de tratament de intervenție timpurie din Rotterdam (Henskens, 2004, citat în raportul național olandez) a identificat factorii care au fost observați ca fiind importanți pentru tratarea acestui grup de pacienți, care sunt adesea greu de antrenat în serviciile convenționale de droguri.

Modele obligatorii ale consumului de cocaină și cocaină crack pot fi asociate cu o creștere a asumării riscurilor privind sănătatea sexuală, iar unele programe cu acces necondiționat vizează, în special, muncitorii din industria sexului, consumatori de cocaină crack, pentru a transmite mesaje privind sexul protejat și mesaje legate de consumul de droguri și pentru a distribui prezervative și lubrifianți (vezi extrasul privind grupele de sexe).

În mai multe orașe din Europa s-a adoptat o abordare mai controversată, în care conceptul de camere pentru consumul în siguranță al drogurilor, având, de obicei, drept obiectiv consumatorii prin injectare, s-a extins și la consumul de droguri prin inhalare. S-au deschis camere pentru inhalare supravegheată în mai multe orașe olandeze, germane și elvețiene (EMCDDA, 2004c). Deși supravegherea igienei consumului constituie obiectivul principal al acestui tip de servicii, există unele dovezi că acestea ar putea acționa drept catalizator pentru alte opțiuni de îngrijire; de exemplu, monitorizarea unui serviciu din Frankfurt (Germania), a prezentat faptul că, în cursul unei perioade de evaluare care a durat 6 luni în 2004, au fost supravegheate peste 1 400 acte de consum, fiind consemnate, în același timp, 332 de convorbiri de contact, 40 de ședințe de consiliere și 99 de trimiteri la alte servicii specializate pentru probleme legate de droguri.



## Capitolul 6

### Consumul de opiacee și injectarea de droguri

#### Oferta și disponibilitatea de heroină <sup>(159)</sup>

În Europa, heroina se găsește sub două forme de import: heroina brună obișnuită (forma sa chimică de bază) și heroina albă (sub formă de sare) care este mai rar întâlnită și, de obicei, mai scumpă, provenind de obicei din Asia de Sud-Est. Pe lângă heroina importată, unele droguri pe bază de opiacee sunt produse în Uniunea Europeană, dar fabricarea este în esență limitată la producerea pe scară redusă a preparatelor „de casă” din mac opiaceu (ex. tulpini de mac opiaceu, concentrat de mac opiaceu obținut din tulpini sau capsule zdrobite de mac) într-o serie de state din estul Uniunii Europene, cum ar fi Lituania, unde piața de tulpini de mac opiaceu și concentrat de mac opiaceu din tulpini pare să se fi stabilizat, precum și Polonia, unde se pare că producția de „heroină poloneză” este în descreștere (CND, 2006).

#### Producția și traficul

Heroina consumată în Europa este, în principal, produsă în Afganistan, care rămâne liderul mondial în aprovizionarea cu opiu ilicit, iar, în 2005, a contribuit în proporție de 89 % din producția globală de opiu ilicit, urmat de Myanmar (în proporție de 7 %). Producția globală de opiu a rămas relativ stabilă între 1999 și 2004, cu excepția anului 2001, când interdicția impusă de regimul taliban asupra cultivării macilor pentru opiu în Afganistan a determinat o scădere dramatică, dar de scurtă durată, a acesteia; se estimează că aproximativ 4 670 de tone au fost produse în 2005, o scădere de 4 % în comparație cu 2004 (CND, 2006). Potențialul global de producție a heroinei a fost estimat la 472 de tone în 2005 (495 de tone în 2004) (UNODC, 2006).

Heroina pătrunde în Europa pe două rute principale de trafic. Ruta tradițională balcanică continuă să joace un rol crucial în contrabanda cu heroină. După tranzitul prin Pakistan, Iran și Turcia, ruta se desparte într-un traseu sudic, prin Grecia, fosta Republică Iugoslavă a Macedoniei (FYROM), Albania, Italia, Serbia, Muntenegru

și Bosnia–Herțegovina, și un traseu nordic, prin Bulgaria, România, Ungaria, Austria, Germania și Țările de Jos, acesta din urmă operând ca centru de distribuție secundară pentru celelalte țări ale Europei de Vest. Capturile de heroină din 2004 sugerează că traseul sudic a câștigat în prezent aceeași importanță ca cel nordic în termeni de volum de contrabandă realizat (WCO, 2005; INCB, 2006a). De la mijlocul anilor 1990, contrabanda cu heroină în Europa s-a realizat tot mai mult (însă la un nivel mai redus decât pe rutele balcanice) pe „drumul mătășii”, prin Asia Centrală (în special, Turkmenistan, Tadjikistan, Kîrgîzstan și Uzbekistan), Marea Caspică și Federația Rusă, Belarus sau Ucraina, către Estonia, Letonia, unele țări nordice și Germania (rapoartele naționale Reitox, 2005; CND, 2006; INCB, 2006a). Deși aceste rute sunt cele mai importante, țări din Peninsula Arabă (Oman, Emiratele Arabe Unite) au devenit locuri de tranzit pentru heroina expediată din Asia de Sud și de Sud-Vest și destinată Europei. (INCB, 2006a). Pe lângă acestea, heroina destinată Europei (și Americii de Nord) a fost capturată în 2004 în Africa de Est și de Vest, în Caraibe, precum și în America Centrală și de Sud (CND, 2006).

#### Capturi

În 2004, 210 tone de opiu (sau echivalentul a 21 de tone de heroină), 39,9 tone de morfină și 59,2 tone de heroină au fost capturate în întreaga lume. Asia (50 %) și Europa (40 %) au continuat să înregistreze majoritatea capturilor de heroină la nivel mondial. Proporția reprezentată de Europa este în creștere, mai ales datorită capturilor mai mari de heroină din țările est și sud-est europene (Turcia) care, pentru prima dată, a depășit volumul interceptat în Europa Centrală și de Vest (CND, 2006).

În 2004, un total estimat la 46 000 de capturi au avut ca rezultat recuperarea a aproximativ 19 tone de heroină din țările care fac obiectul raportului. Regatul Unit a continuat să înregistreze cel mai mare număr de capturi, urmat de Germania și Italia, în timp ce Turcia a capturat cele mai mari cantități (urmată de Italia și de Regatul Unit), înregistrând aproape jumătate din volumul total interceptat în 2004 <sup>(160)</sup>.

<sup>(159)</sup> Vezi „Interpretarea informațiilor privind capturile și piața” p. 37.

<sup>(160)</sup> Acest lucru ar trebui verificat și confruntat pe baza datelor lipsă pentru 2004, atunci când acestea vor fi disponibile. Nu au fost disponibile nici date privind numărul și nici date privind cantitățile capturilor de heroină din 2004 din Irlanda și Regatul Unit; nu au fost disponibile date privind numărul capturilor de heroină din Țările de Jos din 2004. În scopul estimării, datele lipsă pentru 2004 au fost înlocuite cu datele pentru 2003. Datele privind cantitățile capturate în 2004 furnizate de Țările de Jos au fost numai estimări, care nu au putut fi incluse în analiza tendințelor din 2004.

Pe parcursul perioadei 1999-2004, capturile de heroină au fluctuat și, pe baza datelor obținute de la jările care fac obiectul raportului, se pare că scăderea observată între 2000-2003 a fost urmată de o creștere în 2004 <sup>(161)</sup>. Pe parcursul unei perioade de 5 ani, între 1999–2004, cantitățile totale capturate au crescut constant, ajungându-se la un nivel record în 2004, în mare parte datorită cantității de heroină capturată în Turcia, care, aproape, s-au dublat în 2004, în comparație cu anul anterior <sup>(162)</sup>.

### Prețul și puritatea

În 2004, prețul mediu de vânzare cu amănuntul al heroinei brune a variat puternic în Europa, de la 12 EUR/g în Turcia, la 141 EUR/g în Suedia, în timp ce prețul heroinei albe a variat între 31 EUR/g în Belgia și 202 EUR/g în Suedia, iar prețul heroinei de tip nedeterminat a variat între 35 EUR/g în Slovenia și 82 EUR/g în Regatul Unit <sup>(163)</sup>. Datele disponibile pentru perioada 1999-2004 arată o scădere a prețului mediu al heroinei, corectat pentru inflație <sup>(164)</sup>, în majoritatea țărilor care fac obiectul raportului <sup>(165)</sup>. Puritatea medie a heroinei brune la nivelul consumatorului a variat în 2004 de la 10 % în Bulgaria la 48 % în Turcia, în timp ce puritatea heroinei albe a variat între 20 % în Germania și 63 % în Danemarca, iar a heroinei de tip nedeterminat a variat între 16 % în Ungaria și 42–50 % <sup>(166)</sup> în Țările de Jos <sup>(167)</sup>. Puritatea medie a produselor din heroină a fluctuat în majoritatea țărilor care fac obiectul raportului <sup>(168)</sup> din 1999, ceea ce face dificilă identificarea unei tendințe globale.

### A acțiunea internațională împotriva producției și a traficului de heroină

Anhidrida acetică <sup>(169)</sup> este un precursor important folosit în fabricarea ilicită a heroinei. Operațiunea Topaz este o inițiativă internațională de monitorizare a comerțului licit cu anhidridă acetică și de investigare a metodelor și rutelor de deturnare (INCB, 2006b). Există un comerț licit considerabil cu anhidridă acetică, ceea ce îl face greu de controlat. Acest lucru este ilustrat de faptul că, din 2001, INCB a primit 7 684 de prenotificări la export de la 22 de țări/teritorii exportatoare, în care au fost implicate

peste 1 350 000 de tone de anhidridă acetică. Capturile din Turcia (1 600 de litri în 2004) au scăzut în mod considerabil în ultimii ani, indicând, probabil, faptul că traficanții au dezvoltat noi rute și metode de deturnare. În 2004, capturile din Europa (Bulgaria) au fost identificate pentru prima dată ca provenind din Asia de Sud-Vest (INCB, 2006b).

Deși aspecte ale Operațiunii Topaz legate de monitorizarea comerțului internațional s-au dovedit pline de succes, s-a realizat un progres mic în ceea ce privește identificarea și dezafectarea rutelor folosite pentru contrabanda cu anhidridă acetică în interiorul Afganistanului și a țărilor vecine (INCB, 2006b).

Proiectul Mustard, desfășurat de Europol, are ca obiectiv identificarea și concentrarea asupra grupurilor criminale turcești și asociațiilor acestora, care operează înspre și în interiorul Uniunii Europene și care sunt implicate în traficul de droguri, în special de heroină. Proiectul oferă sprijin operativ pentru a conduce investigații în statele participante și întăresc imaginea serviciilor de informații strategice, oferind informații privind activitățile mafiei turcești și ale grupurilor asociate (Europol, 2006).

### Estimările prevalenței consumului problematic de opiacee

Datele din această secțiune derivă din indicatorul consumului problematic de droguri (CPD) al OEDT, care se definește operațional ca fiind „consumul de droguri injectabile sau consumul de opiacee, cocaină și/sau amfetamine timp îndelungat/în mod regulat”. Din punct de vedere istoric, estimările consumului problematic de droguri au reflectat, în principal, consumul de heroină, deși în câteva țări, după cum a fost discutat și în altă parte în raport, consumatorii de amfetamină reprezintă o componentă importantă.

Atunci când se interpretează estimările privind consumul problematic de opiacee, trebuie să se țină întotdeauna seama de faptul că modelele de consum se diversifică. De exemplu, problemele legate de consumul mai multor droguri au devenit treptat mai importante în majoritatea țărilor, iar unele țări, în care problemele legate de opiacee au fost

<sup>(161)</sup> Vezi Tabelul SZR-7 din Buletinul statistic 2006.

<sup>(162)</sup> Vezi Tabelul SZR-8 din Buletinul statistic 2006.

<sup>(163)</sup> Vezi Tabelul PPP-2 din Buletinul statistic 2006.

<sup>(164)</sup> Luând anul 1999 ca an de referință pentru puterea de cumpărare în toate țările.

<sup>(165)</sup> În perioada 1999–2004, date privind prețurile heroinei au fost disponibile pentru cel puțin 3 ani consecutivi: pentru heroina brună din Belgia, Republica Cehă, Spania, Franța, Irlanda, Luxemburg, Polonia, Portugalia, Slovenia, Suedia, Regatul Unit, Bulgaria, România, Turcia și Norvegia; pentru heroina albă din Republica Cehă, Germania, Franța, Letonia și Suedia; iar pentru heroina de tip nedeterminat din Lituania și Regatul Unit.

<sup>(166)</sup> Aceste două cifre corespund datelor de la două sisteme de monitorizare (vezi Tabelul PPP-6 (partea iii) din Buletinul statistic 2006; se impune precauție deoarece cifra 50 % se bazează numai pe un singur eșantion.

<sup>(167)</sup> Vezi Tabelul PPP-6 din Buletinul statistic 2006.

<sup>(168)</sup> În perioada 1999–2004, au fost disponibile datele privind puritatea heroinei timp de trei ani consecutivi: pentru heroina brună din Republica Cehă, Danemarca, Spania, Irlanda, Italia, Luxemburg, Austria, Portugalia, Slovacia, Regatul Unit, Turcia și Norvegia; pentru heroina albă din Danemarca, Germania, Estonia, Finlanda și Norvegia; iar pentru heroina de tip nedeterminat în Belgia, Lituania, Ungaria și Țările de Jos.

<sup>(169)</sup> Include în Tabelul I din Convenția din 1988.

în mod istoric predominante, raportează acum deplasări spre alte droguri. În prezent, se consideră că majoritatea consumatorilor de heroină consumă, pe lângă opiacee, substanțe stimulante și alte droguri, însă este greu să se obțină date fiabile privind consumul mai multor droguri la nivelul Uniunii Europene (vezi Capitolul 8).

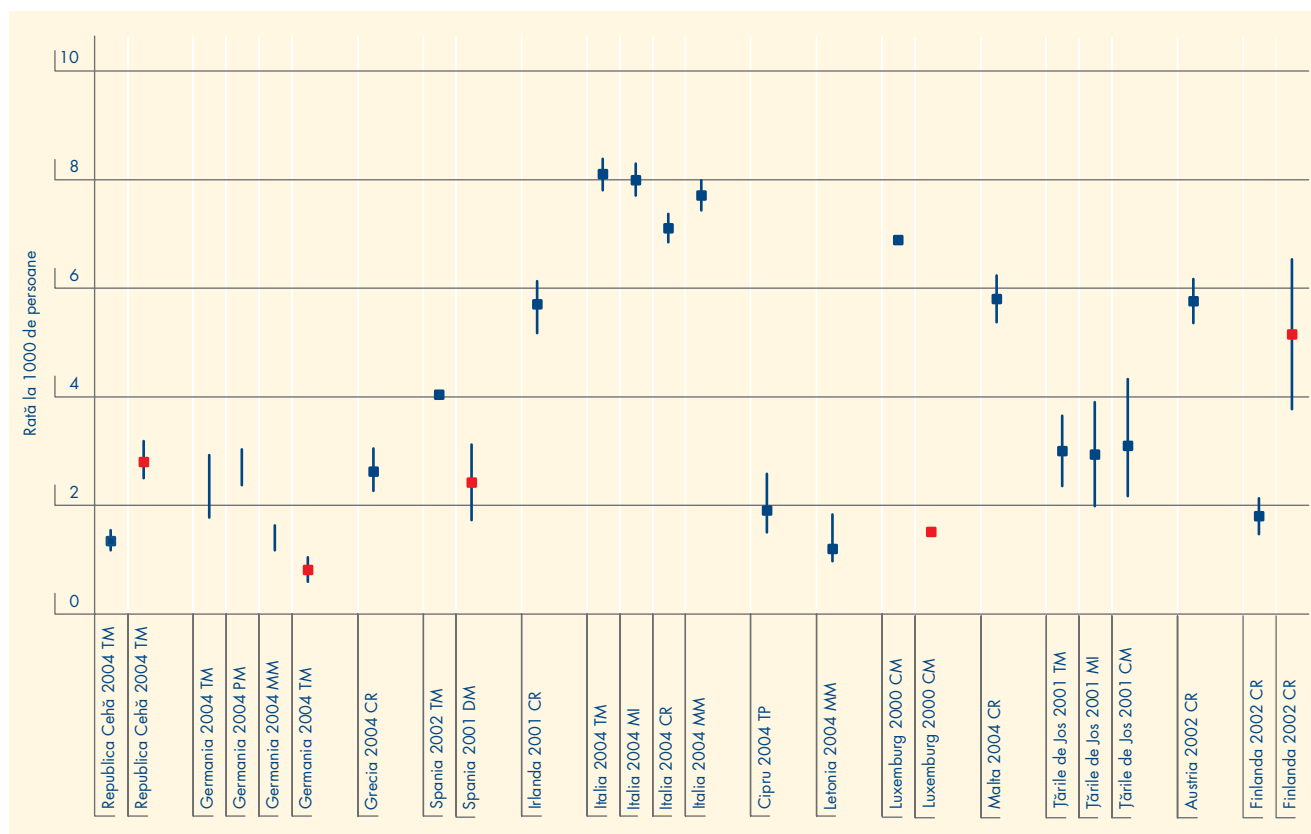
În ciuda tendinței generale spre diversificarea fenomenului, estimările din multe țări legate de consumul problematic de droguri se bazează exclusiv pe consumul problematic de heroină sau alte opiacee ca substanțe principale. Acest lucru poate fi observat în ratele estimate ale consumului problematic de opiacee (vezi Figura 8), care sunt, în cea mai mare parte, foarte asemănătoare cu cele ale CPD <sup>(170)</sup>. Nu se știe în mod clar dacă în alte țări prevalența consumului problematic de ne-opiacee este aproape neglijabilă, sau, poate, semnificativă, însă prea dificil de estimat.

Estimarea numărului de consumatori problematici de opiacee este dificilă și sunt necesare analize complicate pentru a se obține, din sursele de date disponibile, cifre privind

prevalența. Mai mult, estimările sunt adesea localizate geografic, iar extrapolările pentru a obține estimări la nivel național nu sunt, neapărat, fiabile.

Estimările privind prevalența consumului problematic de opiacee la nivel național în perioada 2000–2004 au variat între 1 și 8 cazuri la 1 000 de locuitori cu vârste cuprinse între 15–64 ani (pe baza punctului de mijloc al estimărilor). Estimările privind prevalența consumului problematic de opiacee diferă mult de la o țară la alta, deși atunci când într-o țară au fost utilizate mai multe metode, rezultatele au fost, în mare, coerente. Estimări mai mari ale consumului problematic de opiacee sunt raportate de Irlanda, Italia, Luxemburg, Malta și Austria (5–8 cazuri la 1 000 locuitori cu vârste între 15–64 ani), iar Republica Cehă, Germania, Grecia, Cipru, Letonia și Țările de Jos (sub 4 cazuri la 1 000 locuitori cu vârste între 15–64 ani) au raportat rate mai scăzute (Figura 8). În ceea ce privește noile țări ale Uniunii Europene, nu există estimări bine documentate, în Malta s-a raportat însă o prevalență mai ridicată

**Figura 8:** Estimări ale prevalenței consumului problematic de opiacee și stimulante, 2000–2004 (rată la 1 000 de persoane cu vârste între 15–64 de ani)



NB: ■ În pătratele de culoare roșie se indică consumul de stimulante, celelalte estimări se referă la consumul de opiacee. MM, multiplicator al mortalității; CR, metoda captură-recaptură; TM, metodă multiplicator bazată pe tratament; PM, metodă multiplicator bazată pe registrele poliției; MI, indicator multivariabil; TP, distribuție Poisson; CM, metode combinate. Pentru mai multe informații, vezi Tabelele PDU-1, PDU-2 și PDU-3 din Buletinul statistic 2006. Simbolul indică o estimare punctuală, iar bara indică un interval de incertitudine, care poate fi un interval de încredere de 95 % sau un interval bazat pe analiza sensibilității. Grupurile țintă pot varia ușor din cauza diferitelor metode și surse de date; prin urmare, comparațiile trebuie realizate cu precauție.  
Surse: Punctele focale naționale.

<sup>(170)</sup> Vezi Figura PDU-1 (partea i) din Buletinul statistic 2006.

(5,4–6,2 cazuri la 1 000 de locuitori cu vârste între 15–64 de ani). Din aceste date parțiale, se poate deduce o prevalență globală pentru UE privind consumul problematic de droguri de 2–8 cazuri la 1 000 de locuitori din grupa de vârstă 15–64 de ani. Totuși, aceste estimări sunt încă departe de a fi exacte și trebuie îmbunătățite pe măsură ce vor fi disponibile mai multe date.

Nu sunt disponibile estimări locale și regionale privind, în special, consumul problematic de opiacee; totuși, datele disponibile privind consumul problematic de droguri (inclusiv consumul de stimulante și de alte droguri) sugerează că prevalența poate varia mult între diferite orașe și regiuni. Cele mai mari estimări privind prevalența locală în perioada 2000–2004 sunt raportate de Irlanda, Portugalia, Slovacia și Regatul Unit, ajungând la rate de 15–25/1 000 <sup>(171)</sup>. Variațiile geografice sunt, după cum este de așteptat, importante la nivel local; de exemplu, prevalența în diferite zone ale Londrei variază între 6 și 25 de cazuri la 1 000. Variația mare a ratelor prevalenței locale sau regionale face dificilă orice generalizare.

### Consumatori de droguri în închisori

Informațiile privind consumul de droguri în rândul deținuților sunt inconsecvente. O mare parte a datelor existente în Europa provin din studii *ad hoc* realizate uneori la nivel local, în locuri care nu sunt reprezentative pentru sistemul național de închisori și bazate pe eșantioane de dimensiuni variabile. Ca urmare, diferențele privind caracteristicile populațiilor studiate limitează comparațiile de date ale anchetelor - atât în interiorul aceleiași țări, cât și între țări diferite - precum și extrapolarea rezultatelor acestora și a tendințelor.

Majoritatea țărilor europene <sup>(1)</sup> au furnizat în ultimii 5 ani (1999–2004) date privind consumul de droguri în rândul populației de deținuți. Aceste date arată că, față de populația generală, consumatorii de droguri sunt supra-reprezențați în cadrul populației de deținuți. Proporția deținuților care declară folosirea unui drog ilicit variază în funcție de închisoare și centrul de detenție, dar media generală fluctuează între 1/3 sau mai puțin în Ungaria și Bulgaria și 2/3 sau mai mult în Țările de Jos, Regatul Unit și Norvegia, în timp ce majoritatea țărilor raportează rate de prevalență pe parcursul vieții de aproximativ 50 % (Belgia, Grecia, Letonia, Portugalia, Finlanda). Canabisul rămâne în continuare drogul ilicit cel mai frecvent consumat, raportându-se rate de prevalență pe parcursul vieții în rândul deținuților cu variații între 4 % și 86 %, în comparație cu rate de prevalență pe parcursul vieții de 3–57 % pentru cocaină, 2–59 % pentru amfetamine și 4–60 % pentru heroină <sup>(2)</sup>.

Consumul regulat de droguri sau dependența înainte de încarcerare variază de la 8 % la 73 % în rândul deținuților,

### Tendențe ale evoluției în timp ale consumului problematic de opiacee

Lipsa datelor istorice credibile și coerente complică evaluarea tendințelor în timp ale consumului problematic de opiacee. Dovezile care au fost adunate sugerează că prevalența consumului problematic de opiacee diferă în mare măsură de la o țară la alta, iar tendințele nu sunt coerente în Uniunea Europeană. Rapoartele din unele țări, susținute și de alți indicatori, sugerează o creștere continuă a consumului problematic de opiacee de la mijlocul către sfârșitul anilor 1990 (Figura 9), însă pare să se fi stabilizat sau scăzut într-o oarecare măsură în ultimii ani. Sunt disponibile estimări repetate privind consumul problematic de opiacee pentru perioada cuprinsă între 2000–2004 din șapte țări (Republica Cehă, Germania, Grecia, Spania, Irlanda, Italia, Austria) : patru țări (Republica Cehă, Germania, Grecia și Spania) au înregistrat o scădere a consumului problematic de opiacee, în timp ce o țară a raportat o creștere (Austria - deși acest lucru este greu de interpretat, deoarece sistemul de colectare a datelor s-a

în timp ce prevalența pe parcursul vieții a consumului de droguri injectabile în rândul populației de deținuți este de 7–38 % <sup>(3)</sup>.

Deși majoritatea consumatorilor de droguri își reduc sau încetează consumul de droguri după intrarea în închisoare, unii deținuți continuă să consume droguri după încarcerare, iar unii chiar încep să consume droguri (și/sau să își injecteze droguri) în închisoare. Studiile existente arată că între 8–51 % din deținuți au consumat droguri pe durata detenției, 10–42 % au declarat că au consumat droguri în mod regulat iar 1–15 % și-au injectat droguri în închisoare <sup>(4)</sup>. Acest aspect ridică chestiunea posibilității răspândirii a bolilor infecțioase, și, în special, problema accesului la instrumente sterile de injectare și a practicilor de folosire în comun a instrumentelor în cadrul populației de deținuți.

Anchetele repetate, efectuate în Republica Cehă (1996–2002), Danemarca (1995–2002), Lituania (2003–2004), Ungaria (1997–2004), Slovenia (2003–2004) și Suedia (1997–2004) arată o creștere a prevalenței diferitelor tipuri de consum de droguri în rândul deținuților, în timp ce Franța (1997–2003) raportează o scădere semnificativă a proporției consumatorilor de droguri injectabile în rândul populației de deținuți <sup>(5)</sup>.

<sup>(1)</sup> Țările care au efectuat studii în ultimii 5 ani (1999–2004) și care au furnizat date privind modelele de consum de droguri în rândul populațiilor de deținuți au fost Belgia, Republica Cehă, Danemarca, Germania, Grecia, Franța, Irlanda, Italia, Letonia, Lituania, Ungaria, Malta, Țările de Jos, Austria, Portugalia, Slovenia, Slovacia, Finlanda, Suedia, Regatul Unit, Bulgaria și Norvegia.

<sup>(2)</sup> Vezi Tabelul DUP-1 și Figura DUP-1 din Buletinul statistic 2006.

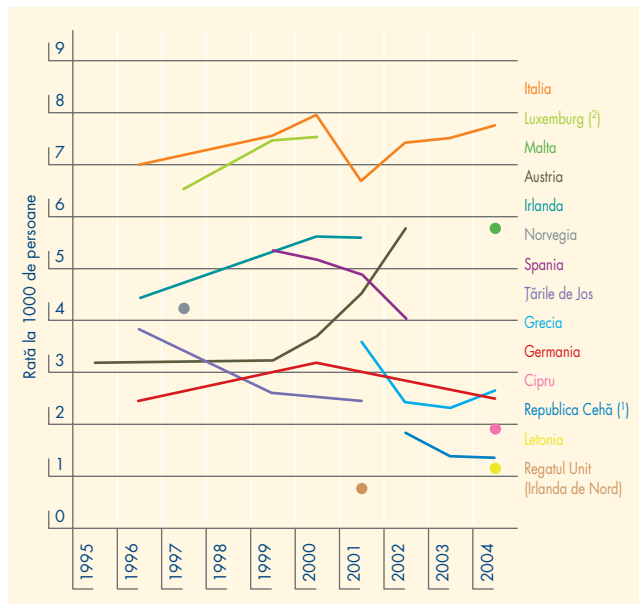
<sup>(3)</sup> Vezi Tabelele DUP-2 și DUP-5 din Buletinul statistic 2006.

<sup>(4)</sup> Vezi Tabelele DUP-3 și DUP-4 din Buletinul statistic 2006.

<sup>(5)</sup> Vezi Tabelul DUP-5 din Buletinul statistic 2006.

<sup>(171)</sup> Vezi Figura PDU-6 (partea i) din Buletinul statistic 2006.

**Figura 9:** Tendințe ale prevalenței consumului problematic de opiacee, 1995–2004 (rată la 1 000 de persoane cu vârste între 15–64 de ani)



(<sup>1</sup>) Estimări pentru grupa de vârstă 18–64 ani.

(<sup>2</sup>) S-a calculat pe baza datelor pentru grupa de vârstă 15-54 ani.

NB: Secvențele de timp sunt combinate în situațiile în care metodele sunt similare în intervalul respectiv. Pentru mai multe informații, vezi Tabelele PDU-1, PDU-2 și PDU-3 din Buletinul statistic 2006.

Surse: Punctele focale naționale.

modificat în această perioadă). Dovezi de la persoanele care încep tratamentul pentru prima dată sugerează că incidența consumului problematic de opiacee pare să fie ușor în scădere, prin urmare, în viitorul apropiat, se așteaptă o scădere a prevalenței.

## Consumul de droguri injectabile

Consumatorii de droguri injectabile (CDI) sunt expuși unui risc foarte înalt de efecte adverse, cum ar fi boli infecțioase grave sau supradoze. Prin urmare, este important ca injectarea drogurilor să fie analizată separat.

În ciuda importanței acestora pentru sănătatea publică, doar puține țări furnizează estimări privind consumul de droguri injectabile la nivel național sau subnațional (<sup>172</sup>). În această secțiune, estimările CDI nu sunt pe categorii în funcție de drogul principal, dată fiind lipsa datelor, deși tendințele în proporția consumatorilor de droguri injectabile în rândul consumatorilor de heroină tratați (vezi mai jos) sunt, desigur, specifice pentru consumul heroinei prin injectare.

Majoritatea estimărilor disponibile privind consumul de droguri injectabile decurg fie din ratele de supradoză fatală, fie din datele privind bolile infecțioase (cum ar fi

HIV). Estimările disponibile variază, în mod considerabil, de la țară la alta: din 2000, estimările la nivel național s-au încadrat, în cea mai mare parte, în intervalul cuprins între unu și șase cazuri la 1 000 de locuitori cu vârste între 15–64 ani, existând unele estimări mai ridicate înainte de anul 2000. Din anul 2000, ratele de prevalență cele mai ridicate la nivel național de consum de droguri injectabile, în rândul jărilor unde există estimări, au fost raportate de Luxemburg și Austria, cu o rată de aproximativ șase cazuri la 1 000 de locuitori cu vârste între 15–64 ani. Cele mai scăzute estimări sunt raportate de Cipru și Grecia, cu numai peste un caz la 1 000 de locuitori.

Acolo unde sunt disponibile tendințe ale evoluției în timp, acestea nu prezintă un model general, lăsând să se întrevadă scăderi în unele țări și regiuni (de exemplu, Scoția, Regatul Unit) și creșteri în altele. Totuși, lipsa datelor din acest domeniu înseamnă că nu este posibilă elaborarea unei imagini clare.

Monitorizarea proporției consumatorilor actuali prin injectare din rândul consumatorilor de heroină care încep diferite forme de tratament, constituie o completare semnificativă în monitorizarea prevalenței consumului de droguri injectabile în ansamblul populației. Totuși, este important să se amintească faptul că proporțiile observate nu reflectă neapărat tendințele în ceea ce privește prevalența consumului de orice drog prin injectare. De exemplu, în țările cu o proporție ridicată de consumatori de stimulante (Republica Cehă, Slovacia, Finlanda, Suedia), ratele de injectare în rândul consumatorilor de heroină s-ar putea să nu fie reprezentative pentru situația globală.

Proporția CDI în rândul consumatorilor de heroină ca drog principal care încep tratamentul pentru dependență de droguri sugerează, din nou, diferențe marcante la nivelul consumului de droguri injectabile de la o țară la alta, precum și tendințe care variază în timp (<sup>173</sup>). În anumite țări (Spania, Țările de Jos și Portugalia), doar o proporție relativ mică de consumatori de heroină își injectează drogul, în timp ce, în majoritatea celorlalte țări, heroina este consumată de regulă prin injectare. În câteva dintre cele 15 state membre ale UE, în care sunt disponibile astfel de date (Danemarca, Grecia, Spania, Franța, Italia și Regatul Unit), ratele de injectare în rândul consumatorilor de heroină aflați sub tratament au scăzut. Cu toate acestea, în majoritatea noilor state membre, cel puțin unde astfel de date sunt disponibile, marea majoritate a consumatorilor de heroină aflați sub tratament și-o injectează.

## Date privind cererile de tratament (<sup>174</sup>)

În multe țări, opiaceele (într-o mare măsură heroina) rămân principalul drog pentru care pacienții solicită tratament. Din totalul cererilor de tratament raportat pentru anul 2004

(<sup>172</sup>) Vezi Figura PDU-7 din Buletinul statistic 2006.

(<sup>173</sup>) Vezi Figura PDU-3 (partea i) din Buletinul statistic 2006.

(<sup>174</sup>) Vezi nota de subsol nr. (70).



conform indicatorului cererii de tratament, opiaceele au fost înregistrate ca drogul principal în aproximativ 60 % din cazuri – și numai puțin peste jumătate (53 %) dintre acești pacienți au declarat că își injectează drogul <sup>(175)</sup>. Trebuie remarcat faptul că indicatorul cererii de tratament nu acoperă toate persoanele aflate sub tratament pentru dependență de opiacee, care reprezintă, în mod considerabil, un număr mai mare, ci numai pacienții care au solicitat tratament în timpul anului raportat.

Proporția pacienților care solicită un tratament pentru dependență față de heroină variază de la o țară la alta. Pe baza celor mai recente date disponibile, țările au fost clasificate în trei grupuri, în funcție de proporția consumatorilor de droguri care solicită tratament care au declarat consum problematic de heroină, după cum urmează:

- sub 50 % – Republica Cehă, Danemarca, Ungaria, Țările de Jos, Polonia, Slovacia, Finlanda, Suedia;
- între 50–70 % – Germania, Spania, Franța, Irlanda, Cipru, Letonia, Portugalia. Regatul Unit, România;
- peste 70 % – Grecia, Italia, Lituania, Luxemburg, Malta, Slovenia, Bulgaria <sup>(176)</sup>.

Printre țările în care o proporție foarte importantă de pacienți în tratament pentru dependență de opiacee folosesc substanțe altele decât heroina, se află Ungaria, unde consumul de preparate „de casă” din mac opiaceu este larg răspândit, și Finlanda, unde majoritatea pacienților tratatului pentru dependență de opiacee, prezintă abuz de buprenorfină <sup>(177)</sup>.

Majoritatea consumatorilor de opiacee, precum și consumatorii altor tipuri de droguri, solicită tratament în servicii de ambulatoriu, totuși, în comparație cu pacienții care solicită tratament pentru dependența de cocaină și canabis, o proporție mai ridicată de pacienți care solicită tratament pentru dependență de opiacee sunt tratați în centre de tratament cu internare.

Majoritatea țărilor cu un număr semnificativ de pacienți noi care solicită tratament pentru dependență de heroină în fiecare an (cu excepția Germaniei, unde baza de raportare a fost extinsă) raportează că s-a înregistrat o scădere în ultimii 4-5 ani, deși acest lucru nu este valabil pentru pacienții care s-au aflat și anterior sub tratament. Numărul de cereri repetate, în general, nu a scăzut și, în majoritatea țărilor, numărul total de cereri de tratament pentru dependența de heroină a rămas aproximativ stabil.

Germania și Regatul Unit constituie excepții notabile, unde a crescut totalul cererilor raportate. Totuși, pe ansamblu, procentul cererilor de tratament înregistrate în cazul heroinei (toate cererile și cererile noi) a scăzut; în cazul cererilor noi, acesta a scăzut de la aproximativ două treimi la aproximativ 40 % între 1999–2000, în comparație cu creșterile înregistrate în cazul cererilor de tratament pentru dependența de canabis și cocaină <sup>(178)</sup>.

S-a constatat anterior o tendință de avansare în vârstă a clientelei în tratamentul pentru dependență de opiacee, iar această tendință a continuat în 2004. Aproape toți consumatorii de opiacee care solicită tratament sunt de peste 20 de ani, iar aproape jumătate dintre aceștia sunt în vârstă de peste 30 de ani. Datele disponibile la nivel european indică faptul că numai un grup mic de consumatori de opiacee (mai puțin de 7 %) sunt în vârstă de sub 20 de ani atunci când solicită pentru prima dată ajutor <sup>(179)</sup>. Există rapoarte sporadice privind persoane foarte tinere (sub 15 ani) care solicită tratament pentru consumul de heroină <sup>(180)</sup>, de exemplu copiii între 11–12 ani din Sofia (Bulgaria), însă, în general, se pare că cererea de tratament pentru dependența de heroină este rară în rândul pacienților tineri.

S-a raportat faptul că pacienții care solicită tratament pentru dependența de opiacee sunt persoane marginalizate în cadrul societății, cu nivele scăzute de educație, rate ridicate de șomaj și, frecvent, cu locuințe instabile; Spania raportează că 17-18 % dintre pacienții dependenți de opiacee sunt persoane fără adăpost.

Majoritatea pacienților tratatului pentru dependență de opiacee declară că au consumat opiacee pentru prima dată la vârste cuprinse între 15–24 de ani, iar aproximativ 50 % din pacienți au folosit drogul înainte de vârsta de 20 de ani <sup>(181)</sup>. Deoarece intervalul de timp dintre primul consum și prima cerere de tratament este, în general, între 5 și 10 ani, iar intervalul de timp dintre inițiere și consumul regulat de droguri este estimat între 1,5–2,5 ani (raportul național finlandez), se poate trage concluzia că pacienții care solicită tratament pentru dependența de opiacee au, în mod obișnuit, experiența a 3–7 ani de consum regulat de droguri, înainte de a solicita pentru prima dată tratament specializat.

În Europa, printre pacienții noi care solicită tratament pentru dependența de opiacee în centre de tratament în ambulatoriu și a căror rută de administrare este cunoscută, numai puțin peste jumătate își injectează drogul. În general, nivelurile de injectare sunt mai ridicate în rândul consumatorilor de

<sup>(175)</sup> Vezi Figura TDI-2 și Tabelul TDI-5 din Buletinul statistic 2006.

<sup>(176)</sup> Vezi Tabelul TDI-5 din Buletinul statistic 2006.

<sup>(177)</sup> Vezi Tabelul TDI-26 din Buletinul statistic 2006; Rapoartele naționale Reitox.

<sup>(178)</sup> Vezi Figura TDI-1 din Buletinul statistic 2006.

<sup>(179)</sup> Vezi Tabelul TDI-10 din Buletinul statistic 2006.

<sup>(180)</sup> [www.communitycare.co.uk](http://www.communitycare.co.uk)

<sup>(181)</sup> Vezi Tabelul TDI-11 din Buletinul statistic 2006.

opioace care solicită tratament din noile state membre (peste 60 %) decât în statele membre ale UE-15 (sub 60 %) cu excepția Italiei și Finlandei, unde proporția consumatorilor prin injectare în rândul pacienților este de 74 %, respectiv, de 79,3 %. Proporția consumatorilor de droguri prin injectare în rândul pacienților care solicită tratament pentru dependența de opioace este cea mai scăzută în Țările de Jos (13 %) și cea mai ridicată în Letonia (86 %) <sup>(182)</sup>.

## Tratamentul dependenței de opioace

Strategia Uniunii Europene privind drogurile 2005–2012 acordă o mare prioritate îmbunătățirii disponibilității și accesului la tratament și cere statelor membre să ofere o gamă cuprinzătoare de tratamente eficiente. În mod istoric, tratamentul de tip rezidențial a acordat un loc important pentru tratamentul consumatorilor problematici de opioace. Totuși, diversitatea în continuă creștere a opțiunilor de tratament și, în special, extinderea considerabilă a terapiei de substituție au indicat faptul că importanța relativă a îngrijirii de tip rezidențial a scăzut.

Date privind disponibilitatea relativă a tipurilor diferite de tratament pentru problemele legate de consumul de opioace în Europa sunt, în prezent, limitate. Drept răspuns la chestionarul OEDT, experții din majoritatea statelor membre (16) au indicat faptul că terapia de substituție constituie principala formă de tratament disponibil. Totuși, în patru țări (Republica Cehă, Ungaria, Polonia și Slovacia), terapia prin abținere a fost raportată ca fiind cea mai obișnuită, iar, în două țări, Spania și Suedia, s-a raportat un echilibru între opțiunile pentru tratamentul sub supraveghere și terapia prin abținere.

Terapia de substituție pentru dependența de opioace (în principal, tratamentul cu metadonă sau buprenorfină) se aplică în toate statele Uniunii Europene <sup>(183)</sup>, precum și în Bulgaria, România și Norvegia, iar, în prezent, există un consens european considerabil asupra faptului că terapia de substituție constituie o abordare benefică a tratamentului consumatorilor problematici de opioace, deși în unele țări, acesta rămâne un subiect sensibil (vezi Capitolul 2). Rolul terapiei de substituție începe să fie mai puțin controversat; sistemul ONU a ajuns la o poziție comună privind terapia de menținere pe substituție, în 2004 (OMS/UNODC /UNAIDS, 2004), iar în iunie 2006, OMS a inclus atât metadonă cât și buprenorfină în lista sa model de medicamente esențiale.

Există, în prezent, o bază de dovezi solide pentru valoarea programelor de substituție care utilizează droguri ca metadonă sau buprenorfină. Studiile au arătat că terapia de substituție este asociată consumului scăzut de droguri ilicite,

rate reduse de injectare, o reducere a comportamentelor asociate unui risc ridicat de răspândire a HIV sau alte boli infecțioase, cum ar fi practicile de folosire în comun a instrumentelor și îmbunătățirea atât a funcționării sociale cât și a sănătății generale. Cercetarea a arătat, de asemenea, că nivelurile infracionale ar putea fi reduse și că asigurarea suficientă a terapiei de substituție poate avea un impact asupra numărului de decese legate de consumul de droguri. Rezultatele cele mai bune depind de intrarea la timp în program, de durata suficientă și de continuitatea terapiei de substituție, precum și de dozele corespunzătoare de medicație.

În timp ce metadona continuă să fie terapia de substituție cel mai frecvent prescrisă în Europa, opțiunile de tratament continuă să se extindă, iar buprenorfină este acum disponibilă în 16 țări ale Uniunii Europene, Norvegia și Bulgaria, deși nu este foarte clar dacă aceasta este aprobată oficial ca tratament de menținere în toate țările în care s-a raportat că este folosită. Având în vedere faptul că tratamentul cu dozare ridicată de buprenorfină a fost introdus în Europa numai acum 10 ani, popularitatea drogului ca opțiune terapeutică a evoluat remarcabil de repede (vezi Figura 1) <sup>(184)</sup>.

Substituția drogului pe termen lung nu constituie unicul scop al tratamentului farmacologic pentru consumatorii de opioace. Metadona și buprenorfină sunt folosite și pentru a trata sevrajul legat de consumul de opioace, atunci când obiectivul terapeutic este de a ajuta individul să ajungă la abținere prin acordarea unei doze tot mai reduse într-o perioadă determinată de timp, pentru a reduce la minim suferința cauzată de sevraj. Antagonistul opioaceelor, naltrexona, o opțiune aversivă a tratamentului farmacologic pentru dependența de opioace, este utilizată uneori și ca punct de sprijin pentru a preveni recidiva, deoarece aceasta blochează efectele heroinei, deși baza de date pentru consumul acestui drog este încă neconcludentă.

Unele țări (Germania, Spania, Țările de Jos și Regatul Unit) au, la rândul lor, programe de prescriere de heroină, deși numărul pacienților care beneficiază de acest fel de tratament este foarte mic în comparație cu alte forme de substituție de droguri (probabil constituie mai puțin de 1 % din numărul total). Această formă de tratament rămâne controversată și este, în general, oferită pe baza folosirii experimentale științifice pentru consumatorii pe termen lung în cazul cărora au eșuat celelalte opțiuni terapeutice.

O recentă trecere în revistă a eficienței tratamentului pentru dependența de droguri în prevenirea transmiterii infecției HIV a arătat că intervențiile comportamentale pot potența efectele pozitive ale terapiei de substituție privind prevenirea infecției

<sup>(182)</sup> Vezi Tabelul TDI-17 din Buletinul statistic 2006.

<sup>(183)</sup> În Cipru, s-a raportat consumul de metadonă în tratamentul de dezintoxicare din 2004 și a fost anunțat începutul unui proiect pilot privind tratamentul de menținere pe metadonă, însă nu s-a raportat nici un caz sub tratament. În Turcia, metadona este înregistrată oficial pentru tratamentul dependenței de opioace, însă nu a fost raportat nici un caz sub tratament.

<sup>(184)</sup> Vezi extrasul privind buprenorfină din Raportul anual 2005.

cu HIV, în timp ce eficiența utilizării exclusive a terapiei psihologice este variabilă. Terapia prin abținere a arătat rezultate bune în ceea ce privește prevenirea infecției cu HIV pentru persoanele care rămân sub tratament timp de 3 luni sau mai mult (Farrell et al., 2005)

### **Monitorizarea modalităților de asigurare a tratamentului cu metadonă**

Metadona este un drog controlat în conformitate cu Planul I al Convenției Unice asupra Stupefiantelor din 1961, iar nivelurile consumului intern sunt monitorizate anual de către INCB.

Potrivit OEDT, ca o estimare minimă a țărilor membre ale Uniunii Europene, Norvegia, Bulgaria și România, peste 500 000 de pacienți au beneficiat de terapie de substituție în timpul anului (vezi Tabelul 4 din Raportul anual 2005). Cu excepția Republicii Cehe și a Franței, unde tratamentul cu buprenorfină în doză mare (HDBT) este raportat ca fiind opțiunea cea mai obișnuită, peste 90 % dintre tratamentele din celelalte țări s-au făcut cu metadonă.

Uniunea Europeană și Statele Unite ale Americii, reprezintă împreună 85 % din consumul mondial de metadonă, iar consumul de metadonă din aceste țări a arătat o creștere constantă în ultimii zece ani. Cantitățile consumate s-au stabilizat în ambele regiuni între 1997–2000, însă, de atunci, acestea au înregistrat o creștere ridicată în Statele Unite. În prezent, nivelurile consumului de metadonă în Uniunea Europeană se ridică la aproximativ jumătate față de cele din Statele Unite ale Americii <sup>(185)</sup>.

Ca o regulă generală, au urmat creșteri considerabile ale cifrelor de consum, după introducerea acestei opțiuni de tratament la nivel național. În Franța, de exemplu, introducerea pe scară largă a tratamentului de substituție pe metadonă în 1995 a avut drept rezultat o creștere rapidă a consumului, de la 31 kg în 1995 la 446 kg în 2004.

Recent, se pot observa semne de stabilizare în ceea ce privește nivelurile consumului de metadonă în statisticile pentru Danemarca, Spania, Malta, Țările de Jos și, posibil, Germania. Aceasta corespunde tendințelor raportate privind numărul de pacienți sub tratament (vezi Capitolul 2).

<sup>(185)</sup> Vezi Figura NSP-2 din Buletinul statistic 2006.



## Capitolul 7

# Boli infecțioase și decese legate de consumul de droguri

### Boli infecțioase legate de consumul de droguri

Unul dintre efectele cele mai nocive pentru sănătate în urma consumului de droguri ilicite, și, în special, a drogurilor injectabile, este transmiterea infecției cu HIV și a altor boli infecțioase, în special hepatita C și B. Legătura dintre drogurile injectabile și transmiterea infecției este bine stabilită. Reducerea consumului de droguri prin injectare și a folosirii în comun a instrumentelor de injectare a devenit, prin urmare, un obiectiv esențial al intervențiilor serviciilor de sănătate publică în acest domeniu. Studiile demonstrează și existența unei relații între consumul de droguri și activitatea sexuală cu risc ridicat, sugerând importanța crescândă a asocierii intervențiilor în consumul de droguri cu strategiile de sănătate publică, având ca scop sănătatea sexuală. În ceea ce privește monitorizarea la nivel european, datele privind bolile infecțioase sunt colectate de către surse regulate de notificare, care înregistrează injectarea cu droguri ca factor de risc, și în timpul unor studii speciale la nivelul populațiilor consumatoare de droguri din diferite medii.

#### Infecția cu HIV și SIDA

##### Tendențe recente privind cazurile de infecție cu HIV de curând raportate

În prezent, majoritatea țărilor declară rate mai scăzute în rândul persoanelor recent diagnosticate cu HIV datorită consumului de droguri prin injectare. Țările care au menținut constant rate scăzute ale infecției cu HIV în rândul consumatorilor de droguri injectabile (CDI) oferă șansa de a studia care sunt factorii care determină acest lucru, chestiune expusă în planul actual de acțiune al Uniunii Europene privind drogurile și, în prezent, subiect de interes al unui studiu coordonat de OEDT. Cu toate acestea, mai este nevoie de o oarecare perioadă de timp până când situația să devină mulțumitoare; Spania și Italia, ambele având experiența epidemiilor de infecție cu HIV în rândul CDI, nu oferă date privind cazurile de infecție cu HIV raportate la nivel național, iar acest lucru are un impact negativ semnificativ asupra valorii datelor oferite pentru descrierea imaginii de ansamblu în cadrul Uniunii Europene. În plus,

datele provenite din anumite țări provoacă îngrijorare legată de creșterea numărului persoanelor infectate cu HIV, cel puțin în rândul CDI.

În Franța, unde cazurile de infecție cu HIV au fost înregistrate numai începând cu anul 2003, s-a înregistrat o creștere a incidenței infecției cu HIV în rândul CDI (în ciuda unui nivel scăzut), de la 2,3 cazuri estimate la un milion de locuitori, în 2003, la 2,9 cazuri, în 2004. Cu toate că aceste cifre sunt, de obicei, în conformitate cu datele disponibile în urma studiilor efectuate (vezi mai jos), trebuie amintit că noile sisteme de raportare sunt deseori nesigure la început. În Portugalia, o scădere aparentă a noilor cazuri de infecție cu HIV diagnosticate în rândul CDI, înregistrate anterior, este pusă sub semnul întrebării de datele din 2004, care indică o incidență a infecției cu HIV de 98.5 cazuri la un milion de locuitori, cea mai ridicată din Uniunea Europeană<sup>(186)</sup>. În Regatul Unit, incidența infecției cu HIV în rândul CDI a crescut ușor, rămânând în prezent constantă la sub 2,5 cazuri la un milion de locuitori pe an. În Irlanda, incidența a crescut la sfârșitul anilor 1990, ajungând la un punct de vârf de 18,3 cazuri la un milion de locuitori în 2000, scăzând apoi în 2001 la 9,8 cazuri, iar ulterior a crescut la 17,8 cazuri în 2004.

Epidemiile de infecție cu HIV datorită injectării de droguri au apărut deja în 2001 în Estonia și Letonia, iar în 2002 în Lituania. De atunci, ratele au scăzut semnificativ; se așteaptă o nouă scădere a ratelor noilor cazuri raportate după faza inițială a epidemiei, deoarece se stabilizează nivelul endemic al infecției (vezi mai jos).

#### Seroprevalența HIV în rândul CDI testați

Datele privind seroprevalența determinată de CDI (procent de infectați din eșantioanele de CDI) constituie o completare semnificativă a datelor privind cazurile de infecție cu HIV raportate. Studiile repetate de seroprevalență și monitorizarea de rutină a datelor obținute din testele diagnostice pot valida tendințele în ceea ce privește cazurile raportate și pot furniza informații mai detaliate privind anumite regiuni și medii. Cu toate acestea, datele privind prevalența provin dintr-o varietate de surse care, în anumite cazuri, pot fi dificil de comparat și, prin urmare, trebuie interpretate cu precauție.

<sup>(186)</sup> Vezi Figurile INF-2 (partea i) și INF-5 (partea iv) din Buletinul statistic 2006.

Creșterea recentă a numărului de cazuri de infecție cu HIV raportate în unele țări este confirmată în cea mai mare parte de datele disponibile privind seroprevalența, deși aceste date sugerează că respectivele țări nu sunt singurele în care este necesară o precauție crescută.

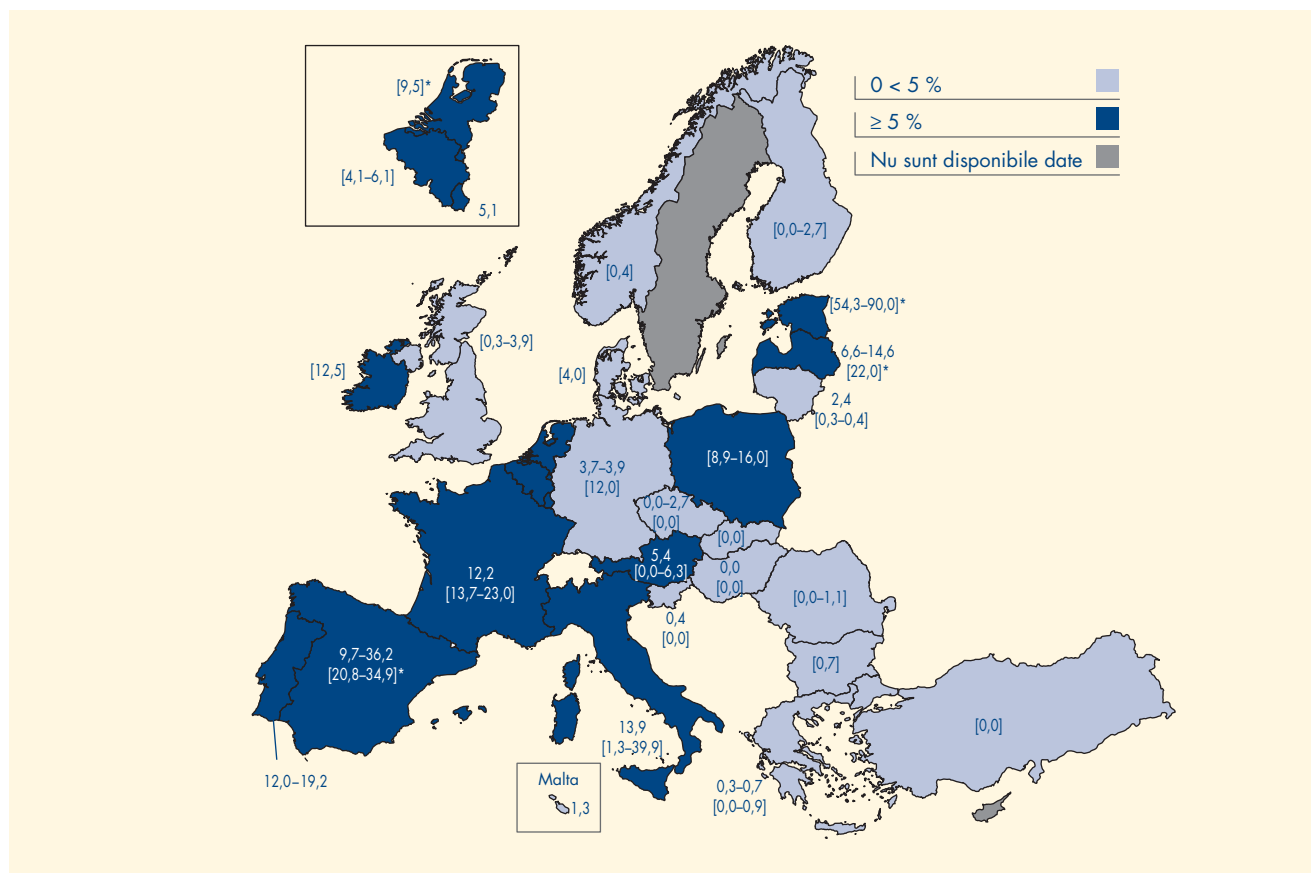
În statele baltice, datele disponibile privind seroprevalența indică faptul că transmiterea în rândul CDI este posibil să nu fie încă sub control (Figura 10). În Estonia, un studiu efectuat recent indică creșterea prevalenței în rândul CDI într-o regiune (Tallinn: de la 41 % dintr-un eșantion de 964 în 2001 la 54 % din 350 în 2005) și creșterea semnificativă în altă regiune (Kohtla-Järve: 90 % din 100). În Letonia, două serii diferite de date privind seroprevalența în rândul CDI indică o creștere continuă până în 2002/03, în timp ce o a treia serie de date indică o scădere de la punctul de vârf din anul 2001. În Lituania, datele pe 2003 indică o creștere a cazurilor de infecție cu HIV în rândul CDI testați, mai ales al celor aflați sub tratament pentru dependență de droguri, implicați în programe de schimb al

acelor și în spitale, de la 1,0 % și 1,7 % între 1997–2002 la 2,4 % (27/1 112) în 2003.

În țările care au deținut din punct de vedere istoric rate ridicate ale cazurilor de infecție cu HIV în rândul CDI (Spania, Franța, Italia, Polonia și Portugalia), există semne noi de transmitere permanentă la nivel național, în anumite regiuni sau în cadrul anumitor subgrupuri de CDI <sup>(187)</sup>. În țările respective, este important de observat că prevalența ridicată din trecut, care decurge din epidemiile pe scară largă apărute în anii 1980 și 1990, crește probabilitatea existenței unui comportament cu risc înalt care provoacă infecții.

În Spania și Italia, datele naționale obținute din cazurile raportate nu sunt disponibile. Datele obținute din testele diagnostice de rutină sunt dificil de interpretat, deoarece pot fi influențate de diferite tendințe de selecție; cu toate acestea, ele constituie un motiv de îngrijorare în țările respective. În Spania, prevalența infecției cu

**Figura 10:** Prevalența infecției cu HIV la consumatorii de droguri injectabile testați, 2003–04



NB: Cifrele din (paranteze) sunt date locale. Culoarea indică punctul de mijloc al datelor naționale sau, dacă acestea nu sunt disponibile, al datelor locale. Datele pentru Italia și Portugalia includ și persoane care nu reprezintă consumatori de droguri injectabile și este posibil ca prevalența în rândul consumatorilor de droguri injectabile să fie subestimată.  
 \* Datele parțiale sau totale înainte de 2003 (Spania 2002–2003; Franța 2002–2003; Letonia 2002–2003; Țările de Jos 2002) sau din 2005 (Estonia).  
 Surse: Punctele focale naționale Reitox. Pentru sursele primare, consultați detaliile și datele dinainte de 2003 sau de după 2004, vezi Tabelul INF-8 din Buletinul statistic 2006.

<sup>(187)</sup> Vezi Figura INF-5 (partea ii) și (partea vi) din Buletinul statistic 2006.

HIV în rândul CDI tineri (sub 25 de ani) testați, aflați sub tratament pentru dependență de droguri, a fost stabilă până în 2002, de peste 12 %, iar în rândul noilor CDI (injectare de mai puțin de 2 ani) a crescut de la 15 % la 21 % în 2000–2001, indicând o incidență ridicată până în 2002. În Italia, tendințele privind prevalența în rândul CDI diferă considerabil între regiuni, unele dintre ele indicând în continuare creșteri pronunțate recente (Bolzano, Liguria, Molise, Toscana și Umbria).

În Polonia, studiile locale indică faptul că extinderea infecției cu HIV a continuat cel puțin până de curând, pe baza ratelor ridicate de prevalență în rândul CDI (15 % în 2002 într-o regiune, 4–11 % în alte două regiuni în 2004). În studiul efectuat în 2002, au fost raportate 4 cazuri de infecție cu HIV (9 %) în rândul celor 45 de noi consumatori prin injectare din eșantion; cu toate acestea, în urma studiului efectuat în 2004, nu a fost înregistrat nici un caz în rândul celor 20 de noi consumatori prin injectare din eșantion.

În sfârșit, în țările în care nu au existat epidemii pe scară largă în rândul CDI, datele recente privind prevalența arată că precauția rămâne la ordinea zilei. Ar fi vorba aici despre Luxemburg, Austria și Regatul Unit, deși creșterile sunt limitate și nu sunt confirmate de datele privind cazurile raportate.

### Țări cu prevalență scăzută a infecției cu HIV

Prevalența HIV în rândul CDI testați prezintă în continuare variații semnificative în țările Uniunii Europene (Figura 10). În anumite țări, prevalența infecției cu HIV în rândul CDI a crescut recent sau se menține ridicată de mulți ani. Comparativ, în alte țări, prevalența infecției cu HIV în rândul CDI a rămas foarte scăzută în perioada 2003–2004: prevalența infecției cu HIV a fost în jur de 1 % sau mai mică în Republica Cehă, Grecia, Ungaria, Malta, Slovenia (pe baza eșantioanelor naționale), și în Slovacia, Bulgaria, România Turcia și Norvegia (pe baza eșantioanelor subnaționale). În unele dintre aceste țări (de ex. Ungaria), atât prevalența infecției cu HIV cât și prevalența infecției cu virusul hepatitic C (HCV), sunt printre cele mai scăzute din Europa, ceea ce sugerează un nivel scăzut al riscului de injectare (vezi în continuare „Hepatita B și C”), deși în unele țări (de ex. România) există dovezi că prevalența hepatitei C este în creștere.

### Diferențele pe grupe de sex privind prevalența HIV în rândul CDI testați

Datele disponibile privind seroprevalența pe 2003–2004 arată diferențe între CDI testați bărbați și femei <sup>(188)</sup>. Datele combinate din Belgia, Estonia (2005), Spania (2002), Franța, Italia, Luxemburg, Austria, Polonia și Portugalia au dus la un eșantion total de 124 337 de bărbați și 20 640 de femei, testați în special în centrele de tratament pentru

dependență de droguri sau alte locuri care oferă servicii pentru probleme legate de droguri. Prevalența globală a fost de 13,6 % în rândul bărbaților și 21,5 % în rândul femeilor. Diferențele existente între țări arată o prevalență mai ridicată în rândul femeilor în Estonia, Spania, Italia, Luxemburg și Portugalia, în timp ce Belgia ilustrează tendința opusă, cu o prevalență mai ridicată în rândul bărbaților.

### Incidența SIDA și disponibilitatea terapiei antiretrovirale extrem de active (HAART)

Deoarece tratamentul antiretroviral intens activ (HAART), disponibil din 1996, împiedică eficient dezvoltarea SIDA la persoanele infectate cu HIV, datele privind incidența SIDA nu mai sunt tot atât de utile ca indicator pentru transmiterea HIV. Cu toate acestea, ele indică în continuare simptomatologia totală a bolii și, pe lângă aceasta, constituie un indicator important privind introducerea și acoperirea HAART în rândul CDI.

OMS estimează că acoperirea HAART în rândul pacienților care necesită tratament a fost ridicată în țările Europei Occidentale (peste 70 %) în 2003, dar mult mai redusă în majoritatea țărilor din Europa de Est, inclusiv Estonia, Lituania și Letonia <sup>(189)</sup>. Date mai recente cu privire la acoperirea HAART indică o îmbunătățire semnificativă a situației, toate statele membre și țările candidate la UE atingând în prezent cel puțin 75 % acoperire. Cu toate acestea, nu există date privind disponibilitatea HAART în rândul CDI, și rămâne de văzut dacă acoperirea îmbunătățită se va reflecta în reducerea incidenței SIDA în rândul CDI în Estonia și Letonia.

În toate cele patru țări din Europa Occidentală cel mai grav afectate de SIDA, adică Spania, Franța, Italia și Portugalia, incidența a scăzut, aproximativ din 1996, în cazul primelor trei țări, și numai din 1999 în Portugalia. Portugalia rămâne în continuare țara cu incidența cea mai ridicată SIDA în rândul CDI, înregistrând 31 de cazuri la un milion de locuitori în 2004. Cu toate acestea, incidența este asemănătoare în Letonia, cu 30 de cazuri la un milion de locuitori.

Datele EuroHIV până în 2004 (revizuite datorită raportării întârziate) indică faptul că incidența SIDA legată de CDI este în creștere atât în Estonia cât și în Letonia <sup>(190)</sup>.

### Hepatita B și C

#### Hepatita C

Prevalența anticorpilor anti virus hepatitic C (HCV) în rândul CDI este, în general, extrem de ridicată, deși există variații considerabile în acest sens atât în cadrul aceleiași țări, cât și de la o țară la alta. Printre eșantioanele de CDI, s-au raportat rate de prevalență de peste 60 % în 2003–2004

<sup>(188)</sup> Vezi Figura INF-3 (partea v) din Buletinul statistic 2006.

<sup>(189)</sup> Vezi Figura INF-14 (partea iii) și (partea iv) din Buletinul statistic 2006.

<sup>(190)</sup> Vezi Figura INF-1 (partea i) din Buletinul statistic 2006.

în Belgia, Danemarca, Germania, Grecia, Spania, Irlanda, Italia, Polonia, Portugalia, Regatul Unit, România și Norvegia, în timp ce eșantioane cu o prevalență sub 40 % s-au raportat în Belgia, Republica Cehă, Grecia, Cipru, Ungaria, Malta, Austria, Slovenia, Finlanda și Regatul Unit <sup>(191)</sup>.

Există date privind prevalența anticorpilor anti virus hepatitic C la CDI tineri (sub 25 de ani) din 14 țări, deși, în anumite cazuri, dimensiunile eșantioanelor sunt reduse. Rezultatele variază semnificativ, existând țări care înregistrează atât cifre mari cât și cifre mici din diferite eșantioane. Cea mai înaltă prevalență la CDI tineri în 2003–2004 (peste 40 %) s-a înregistrat în eșantioanele din Belgia, Grecia, Austria, Polonia, Portugalia, Slovacia și Regatul Unit, iar cea mai scăzută prevalență (sub 20 %) în eșantioanele din Belgia, Grecia, Cipru, Ungaria, Malta, Austria, Slovenia, Finlanda, Regatul Unit și Turcia. Ținând cont numai de studiile privind CDI tineri cu acoperire națională, cea mai înaltă prevalență (peste 60 %) se înregistrează în Portugalia și cea mai scăzută (sub 40 %) în Cipru, Ungaria, Malta, Austria și Slovenia. Deși procedurile de eșantionare folosite pot conduce la tendințe către un grup mai cronic, prevalența crescută a anticorpilor HCV înregistrată pe un eșantion național în Portugalia (67 % din 108 CDI sub 25 de ani) este îngrijorătoare și poate indica existența în continuare a unui comportament cu risc ridicat în rândul CDI tineri (vezi de asemenea „Tendințe recente privind cazurile de infecție cu HIV de curând raportate”, p. 75).

Datele privind prevalența HCV în rândul noilor consumatori de droguri injectabile (care se injectează de mai puțin de doi ani) sunt limitate și provin din eșantioane cu dimensiune redusă, dar pot furniza informații mai bune privind ratele de incidență foarte recente decât datele privind consumatorii tineri de droguri injectabile. Informațiile disponibile pentru 2003–2004 arată că cea mai ridicată rată de prevalență în rândul noilor consumatori de droguri injectabile (peste 40 %) se înregistrează în eșantioanele din Grecia, Polonia, Regatul Unit și Turcia, iar cea mai scăzută prevalență (sub 20 %) în eșantioanele din Belgia, Republica Cehă, Grecia, Cipru și Slovenia. Rate scăzute de prevalență se înregistrează în eșantioane reduse, dar la nivel național, de noi consumatori de droguri injectabile din Cipru (numai 2 din 23 de consumatori de droguri injectabile testați pozitiv, o rată de 9 %), și Slovenia (2 din 32 testați pozitiv sau 6 %).

### Hepatița B

Prevalența markerilor virusului hepatitic B (HBV) variază, de asemenea, considerabil atât în aceeași țară, cât și de la o țară la alta. Datele cele mai complete se referă la anti-HBc, ceea ce indică prezența infecției. În 2003–04, s-au raportat eșantioane de CDI cu o prevalență de peste 60 % din Italia și Polonia, în timp ce din Belgia, Irlanda,

Cipru, Austria, Portugalia, Slovenia, Slovacia și Regatul Unit s-au raportat eșantioane cu o prevalență sub 20 %. Datele privind notificarea hepatitei B în perioada 1992–2004, arată că, în țările care furnizează astfel de date, situația este foarte diferită <sup>(192)</sup>. În regiunea nordică, marea majoritate a cazurilor acute de hepatită B notificate s-au înregistrat la CDI, iar epidemiile de hepatită B au coincis cu creșterea incidenței injectării de droguri în câteva țări. De exemplu, datele din Norvegia indică o incidență tot mai mare a infecției cu hepatită B la CDI în perioada 1992 și 1998, urmată apoi de o scădere. În Finlanda, notificările hepatitei B la CDI au scăzut apreciabil în ultimii ani, posibil ca urmare a programelor de vaccinare și a unui sistem cuprinzător pentru ace și seringi.

## Prevenirea bolilor infecțioase

### Reacții eficiente

O serie de intervenții în domeniul sănătății publice s-au dovedit utile în prevenirea răspândirii bolilor infecțioase în rândul consumatorilor de droguri, iar părerea generală tot mai mult acceptată este că o abordare cuprinzătoare privind asigurarea de servicii în acest domeniu are cele mai mari șanse să dea roade. Din punct de vedere istoric, dezbaterile au pus în mare măsură accent pe prevenirea infecției cu HIV în rândul consumatorilor de droguri injectabile, însă se recunoaște tot mai mult necesitatea existenței unor măsuri eficiente care să împiedice răspândirea hepatitei, precum și prevenirea răspândirii bolilor infecțioase în rândul consumatorilor de droguri neinjectabile.

Trebuie să observăm că dovezile privind eficiența sunt mai puternice în cazul prevenirii infecției cu HIV în rândul consumatorilor de droguri injectabile. O bază solidă de dovezi disponibile arată că intervențiile pot fi considerate eficiente, iar accesul la tratamentul de toate tipurile oferă protecție (Farrell et al., 2005; OMS, 2005). Începând de la mijlocul anilor 1990, reacția europeană se caracterizează prin furnizarea progresivă de tratamente pentru toxicomanie (vezi Capitolul 2), și acest lucru pare a fi, în general, unul dintre elementele care au contribuit la realizarea imaginii relativ încurajatoare din Europa de azi în ceea ce privește răspândirea epidemiilor infecției cu HIV în rândul consumatorilor de droguri injectabile.

Tratamentul constituie numai o parte dintr-o abordare cuprinzătoare a prevenirii infecției cu HIV. Celelalte elemente se referă la o serie de tehnici de informare, educare și comunicare, servicii voluntare de consiliere și testare în ceea ce privește bolile infecțioase, vaccinare și distribuire de instrumente sterile de injectare și alte măsuri profilactice. Aceste măsuri, precum și asigurarea serviciilor de tratament medical în agenții cu acces necondiționat sau uneori chiar de pe stradă, poate ajuta la stabilirea sau chiar îmbunătățirea

<sup>(191)</sup> Vezi Figura INF-6 (partea i) din Buletinul statistic 2006.

<sup>(192)</sup> Vezi Figura INF-12 (partea i) din Buletinul statistic 2006.



comunicării cu consumatorii activi de droguri și partenerii lor sexuali, privind riscul și prevenirea consecințelor negative asupra sănătății în urma consumului de droguri.

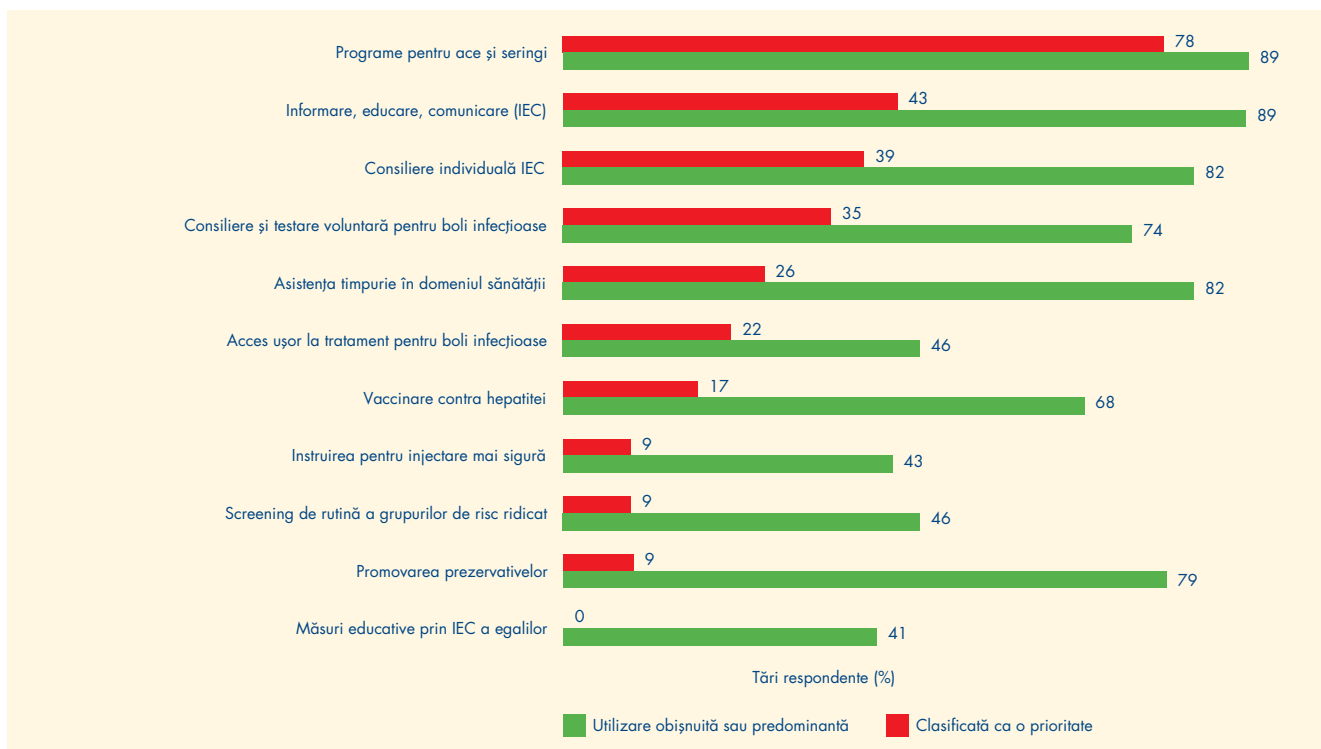
Angajamentul general pentru o abordare cuprinzătoare nu înseamnă că toate aceste servicii sunt dezvoltate și sprijinite în mod egal la nivel național. Cu toate acestea, se pare că se profilează un consens. Într-o anchetă la nivelul punctelor focale naționale, trei din patru respondenți au considerat programele pentru ace și seringi combinate cu serviciile de consiliere și îndrumare ca reprezentând o prioritate a politicii naționale consacrate răspândirii bolilor infecțioase în rândul consumatorilor de droguri injectabile (Figura 11). Faptul că în prezent multe țări recunosc în mod explicit rolul asigurării de materiale sterile de injectare în cadrul strategiei de prevenire a infecției cu HIV demonstrează că acest tip de abordare a devenit esențial în aproape toată Europa și nu mai este considerat ca o chestiune controversată în majoritatea țărilor. Acest lucru nu înseamnă că există un acord uniform cu privire la avantajele acestui tip de abordare. Grecia și Suedia, de exemplu, nu au considerat-o ca o prioritate a politicii, deși, în ansamblu, există un cadru

relativ omogen în Europa în ceea ce privește punerea în aplicare a intervențiilor specifice <sup>(193)</sup>, toate țările, în afară de Cipru, raportând existența unor programe pentru schimbul și distribuția acelor și seringilor sterile <sup>(194)</sup>.

#### Tipuri de programe pentru ace și seringi în țările europene

Deși majoritatea țărilor europene distribuie în prezent instrumente sterile de injectare, modalitatea și sfera de aplicare a acestui serviciu diferă de la țară la țară. Modelul cel mai des întâlnit constă în asigurarea serviciului într-un loc prestabilit, de obicei un serviciu specializat privind drogurile, însă această metodă este completată deseori prin servicii mobile prin care se încearcă a se ajunge la consumatorii de droguri din locurile comunitare. Schimbul de seringi sau automate de vânzare completează serviciile PAS disponibile în opt țări <sup>(195)</sup>, deși aceste servicii par a fi restricționate în anumite locuri, numai Germania și Franța raportând activități substanțiale (aproximativ 200 și 250 de automate). Spania este singura țară din Uniunea Europeană în care programul pentru ace și seringi este în mod curent disponibil în sistemul penitenciar, cu disponibilitatea serviciilor în cauză în 27 de închisori în anul 2003. Cealaltă țară a Uniunii

**Figura 11:** Prioritatea și dimensiunile recurgerii la măsuri selectate în scopul prevenirii bolilor infecțioase la consumatorii de droguri, conform opiniei experților naționali: sinteză pentru țările respondente



NB: Clasamente în ordinea priorității, din 23 de țări ale Uniunii Europene, plus Bulgaria și Norvegia. Țări care n-au furnizat aceste clasamente: Irlanda, Cipru, Lituania și Țările de Jos.

Clasamente în funcție de „extinderea consumului” au fost oferite de experți din toate cele 25 de țări membre UE, plus Bulgaria și Norvegia. Comunitatea Francofonă și cea Flamandă din Belgia au oferit evaluări separate, ridicând la 28 numărul total de răspunsuri.

Surse: Sondaj condus de experții punctelor focale naționale, SQ 23 (2004) întrebarea 5.

<sup>(193)</sup> Vezi Figura PAS-3 din Buletinul statistic 2006.

<sup>(194)</sup> Vezi Raportul anual pe 2005 pentru un scurt rezumat al dovezilor privind eficiența programelor pentru ace și seringi (p. 68).

Europene care raportează activitate în acest domeniu este Germania, care asigură servicii de acest gen într-o singură închisoare.

Programele de schimb prin intermediul farmaciilor ajută, de asemenea, la extinderea acoperirii geografice a serviciilor și, în consecință, vânzarea seringilor sterile în farmacii poate duce la creșterea disponibilității acestora. Vânzarea seringilor fără rețetă este permisă în toate țările Uniunii Europene, cu excepția Suediei, deși există farmaciști care nu sunt dispuși să procedeze astfel, iar alții descurajează activ consumatorii de droguri în a fi pacienții farmaciei respective. Există lanțuri organizate în mod oficial de farmacii pentru schimb sau distribuire de seringi în nouă țări europene (Belgia, Danemarca, Germania, Spania, Franța, Țările de Jos, Portugalia, Slovenia și Regatul Unit), deși participarea la aceste programe variază considerabil, de la aproape jumătate de farmacii (45 %) în Portugalia, la mai puțin de 1 % în Belgia. În Irlanda de Nord, schimbul de ace și seringi este realizat în prezent exclusiv prin intermediul farmaciilor.

Achiziționarea seringilor din farmacie poate reprezenta o sursă importantă de stabilire a contactului cu serviciul de sănătate pentru anumii consumatori de droguri injectabile și există în mod evident un potențial al exploatarea acestui punct de contact în sensul direcționării către alte servicii. Misiunea de motivare și sprijinire a farmaciștilor în dezvoltarea serviciilor pe care le oferă consumatorilor de droguri ar putea contribui la extinderea rolului farmaciștilor, dar, până în prezent, numai Franța, Portugalia și Regatul Unit fac investiții semnificative în această direcție.

## Mortalitate și decese legate de consumul de droguri

### Mortalitatea în rândul consumatorilor problematici de droguri

Majoritatea informațiilor privind mortalitatea în rândul consumatorilor problematici de droguri din Europa se referă la consumatorii de opiacee. Mortalitatea legată de alte forme de consum de droguri este mai puțin cunoscută dar rămâne o chestiune importantă de sănătate publică.

Un studiu în colaborare, inițiat în cadrul unui proiect OEDT, a analizat mortalitatea în rândul consumatorilor de opiacee aflați sub tratament în opt centre europene<sup>(195)</sup>. În urma studiului s-a constatat un nivel foarte ridicat de mortalitate în rândul consumatorilor de opiacee, comparativ cu mortalitatea persoanelor de aceeași vârstă: de 6–20 de ori mai ridicat la bărbați și de 10–50 de ori mai ridicat la femei. S-a estimat că, în șase dintre aceste locuri (Amsterdam, Barcelona, Dublin, Londra, Roma și Viena), 10–23 % din

### Asigurarea programelor pentru seringi în Europa: se face oare destul?

Deși aproape toate statele membre raportează disponibilitatea programelor pentru ace și seringi (PAS), pentru ca impactul acestui tip de intervenție să aibă urmări pozitive, este necesar ca nivelul asigurării să facă față nevoilor CDI.

În prezent sunt disponibile estimări recente ale numărului consumatorilor de droguri injectabile și estimări ale numărului de seringi distribuite prin intermediul PAS în nouă țări europene. Pe baza acestor date, se poate face o estimare brută a numărului anual de seringi disponibile pentru fiecare consumator<sup>(1)</sup>. Pe baza celor mai recente date disponibile, ratele de acoperire PAS variază considerabil, indicând un număr de seringi distribuite pe an pentru un CDI de la 2–3 în Grecia, la 60–90 în Republica Cehă, Letonia, Austria și Portugalia, și până la aproximativ 110 în Finlanda, 210 în Malta și peste 250 în Luxemburg și Norvegia. În plus, seringile sunt puse la dispoziție și prin intermediul farmaciilor, iar, pe baza datelor provenite din Republica Cehă și Finlanda, se poate estima disponibilitatea totală a seringilor. Având în vedere datele privind distribuția și vânzarea de seringi, reiese că pe durata unui an, consumatorii de droguri injectabile primesc în medie 125 de seringi în Republica Cehă și 140 de seringi în Finlanda.

Se știe că există mulți factori care influențează frecvența injectării în rândul celor care consumă droguri, inclusiv modele de consum, nivelul dependenței și tipul de drog consumat. În urma unui studiu recent privind relația dintre prevalența HIV și acoperirea distribuției de seringi s-a arătat că factorii comportamentali, de ex. frecvența injectării și refolosirea seringilor influențează considerabil nivelul distribuției de seringi necesare pentru scăderea substanțială a prevalenței HIV (Vickerman et al., 2006).

Măsurarea asigurării cu seringi este o componentă importantă în înțelegerea efectelor probabile ale distribuției de seringi asupra prevenirii bolilor și pentru evaluarea nevoilor nesoluționate. Cu toate acestea, în interpretarea acestor date nu trebuie neglijat aspectul disponibilității seringilor în farmacii (prețuri, densitatea rețelelor farmaceutice) precum și modelele comportamentale ale consumatorilor de droguri injectabile și factorii de mediu. Acest aspect este discutat mai pe larg în Buletinul statistic 2006.

(1) Vezi Buletinul statistic 2006 pentru note tehnice.

mortalitatea globală în rândul adulților cu vârste cuprinse între 15–49 de ani se datorează consumului de opiacee, în special supradoze, SIDA și cauze externe (accidente, sinucideri). Circa o treime din decesele legate de consumul de droguri au fost cauzate de supradoze, deși această pondere a fost mai mare în orașele cu o prevalență scăzută

(195) Vezi Tabelul PAS-2 din Buletinul statistic 2006.

(196) Amsterdam, Barcelona, Dublin, Danemarca, Lisabona, Londra, Roma și Viena. Estimările privind mortalitatea în rândul populației nu s-au referit și la Lisabona și Danemarca. Vezi EMCDDA (2002b).

a infecției cu HIV în rândul consumatorilor de droguri injectabile, și, probabil, va crește atunci când tratamentul antiretroviral extrem de activ (HAART) devine disponibil pe scară mai largă.

Un studiu pe grupuri privind mortalitatea, efectuat în Republica Cehă, a arătat că mortalitatea la consumatorii de substanțe stimulative era de 4–6 ori mai ridicată (rata mortalității standardizate – RMS) decât pe ansamblul populației, în timp ce mortalitatea în rândul consumatorilor de opiacee era de 9–12 ori mai ridicată. Un studiu pe grupuri, efectuat în Franța, a analizat persoanele arestate pentru consum de heroină, cocaină sau cocaină crack și a constatat că mortalitatea la bărbați este de 5 ori mai ridicată, iar la femei de 9,5 ori mai ridicată decât pe ansamblul populației, având totuși o tendință de descreștere.

Pe măsură ce consumatorii de opiacee înaintază în vârstă, mortalitatea provocată de afecțiuni cronice (ciroză, cancer, boli respiratorii, endocardită, SIDA) se adaugă la decesele provocate de supradoze și de cauze externe, cum ar fi sinuciderea și violența (raporturile naționale ale Olandei 2004 și 2005, Serviciul Municipal pentru probleme de sănătate Amsterdam). Condițiile de trai ale consumatorilor de droguri (de exemplu, lipsa adăpostului, bolile psihice, violența, malnutriția) pot contribui substanțial la un nivel ridicat al mortalității în rândul acestui grup.

În plus, SIDA provocată de consumul de droguri intravenoase a provocat 1 528 de decese în 2002 <sup>(197)</sup>, deși cifra reprezintă probabil o subevaluare. Alte cauze ale deceselor legate de consumul de droguri, cum ar fi bolile (de ex. hepatita), violența și accidentele, sunt mai dificil de evaluat, dar probabil că provoacă un număr semnificativ de decese. S-a estimat că 10–20 % dintre decesele în rândul adulților tineri din orașele europene pot fi puse pe seama consumului de opiacee (vezi mai sus). La acestea ar trebui adăugată mortalitatea legată de alte forme de consum de droguri, ea fiind însă extrem de dificil de cuantificat.

### Decese legate de consumul de droguri

Decesul legat de consumul de droguri este un concept complex. În unele rapoarte se face referință exclusiv la decesele provocate direct de acțiunea substanțelor psihoactive, în timp ce în alte cazuri se referă și la decesele în care consumul de droguri a avut un rol indirect sau incidental (accidente rutiere, violență, boli infecțioase). Un raport recent care a analizat tipurile consecințelor negative ale consumului de droguri ilicite în Regatul Unit estima

că decesul legat de consumul de droguri este principala consecință negativă legată de consumul de droguri (MacDonald et al., 2005).

În prezenta secțiune și în protocolul OEDT, termenul „decese legate de consumul de droguri” se folosește pentru a desemna decesele provocate direct de consumul de unul sau mai multe droguri și care survin, în general, la scurt timp după consumul substanței sau al substanțelor. Alți termeni care descriu astfel de decese sunt „supradoze”, „intoxicații” sau „decese induse de droguri” sau „decese subite legate de consumul de droguri” <sup>(198)</sup>.

Între 1990 și 2003, statele membre ale Uniunii Europene au raportat între 6 500 și peste 9 000 de decese în fiecare an, ceea ce reprezintă în total peste 113 000 de decese în acest interval. Cifrele menționate pot fi considerate ca o estimare minimă, având în vedere că în multe țări există probabil o subraportare a cazurilor <sup>(199)</sup>.

Ratele mortalității populației datorată deceselor legate de consumul de droguri au variat considerabil în țările europene, variind de la 0,2 la peste 50 de decese la un milion de locuitori (cu o medie de 13). În majoritatea țărilor, cifra se încadrează în intervalul de 7–30 de decese la un milion de locuitori, cu rate de peste 25 de decese în Danemarca, Estonia, Luxemburg, Finlanda, Regatul Unit și Norvegia. În rândul bărbaților din grupa de vârstă 15–39 de ani, mortalitatea este în mod caracteristic de trei ori mai ridicată (o medie de 40 de decese la un milion), iar, în șapte țări, ratele sunt de peste 80 de decese la un milion. Decesele legate de consumul de droguri reprezentau, în 2003–2004, 3 % din totalul deceselor în rândul europenilor din grupa de vârstă 15–39 ani și peste 7 % în Danemarca, Grecia, Luxemburg, Malta, Austria, Regatul Unit și Norvegia. Cifrele menționate ar trebui considerate ca o estimare minimă și ar trebui să se țină cont și de faptul că, în ciuda îmbunătățirilor, există încă diferențe calitative importante ale raportării de la o țară la alta, astfel încât comparațiile directe trebuie făcute cu precauție <sup>(200)</sup>.

### Decese legate de consumul de opiacee

Opiaceele sunt implicate în majoritatea cazurilor de „decese subite legate de consumul de droguri” provocate de substanțe ilegale raportate în Uniunea Europeană, deși, în multe cazuri, la examenul toxicologic se identifică și alte substanțe, în special alcool, benzodiazepine și, în anumite țări, cocaină. În Europa, majoritatea cazurilor de decese

<sup>(197)</sup> Vezi EuroHIV (2005). Cifra se referă la zonele OMS vestul și centrul Europei, care cuprind câteva țări nemembre UE, și numărul total de decese pentru Estonia, Letonia și Lituania (zona est).

<sup>(198)</sup> Aceasta este definiția acceptată în mod curent de grupul OEDT al experților naționali. În prezent, majoritatea definițiilor acceptate la nivel național sunt similare sau foarte asemănătoare cu definiția OEDT, deși anumite țări mai includ încă cazurile provocate de medicamentele psihoactive sau decesele care nu sunt cauzate de supradoze, în general ca proporție limitată, (vezi nota metodologică din Buletinul statistic 2006 „Sinteză privind decesele legate de consumul de droguri: definiții și chestiuni metodologice”. Secțiunea 1: definiția OEDT și Secțiunea 2: Definiții naționale și „Protocolul standard DRD. versiunea 3.0).

<sup>(199)</sup> Vezi Tabelele DRD-2 (partea i), DRD-3, DRD-4 din Buletinul statistic 2006.

<sup>(200)</sup> Vezi Tabelul DRD-1 (partea iii) și (partea iv) din Buletinul statistic 2006.

legate de consumul de opiacee au legătură cu heroina, însă alte opiacee au și ele un rol (vezi mai jos) <sup>(201)</sup>.

Supradoza de opiacee este una dintre principalele cauze de deces în rândul tinerilor din Europa, mai ales în rândul bărbaților din mediul urban. În prezent, supradoza este, de asemenea, principala cauză de deces în rândul consumatorilor de opiacee din Uniunea Europeană în ansamblu, în special în țările cu prevalență scăzută a infecției cu HIV în rândul consumatorilor de droguri injectabile (vezi „Mortalitatea în rândul consumatorilor problematici de droguri”, p. 80).

Majoritatea consumatorilor de droguri care iau supradoze sunt bărbați <sup>(202)</sup>, aceștia reprezentând 65–100 % dintre cazuri, iar, în majoritatea țărilor, proporția se situează între 75 % și 90 %, cu cea mai ridicată proporție a femeilor în Republica Cehă, Polonia și Finlanda și cea mai scăzută în Grecia, Italia și Cipru. Aceste date trebuie interpretate în contextul ratelor distinctiv ale consumului și injectării de opiacee la bărbați și femei.

Majoritatea victimelor de supradoze prezintă vârste între 20 și 40 de ani, cu o vârstă medie, în cele mai multe țări, în jur de 35 de ani (interval 20–44 de ani). Această vârstă medie a victimelor de supradoze atinge nivelul cel mai scăzut în Estonia, Slovenia, Bulgaria și România și nivelul cel mai ridicat în Republica Cehă, Țările de Jos, Polonia și Finlanda. Există foarte puține decese raportate, provocate de supradoze, în rândul tinerilor sub 15 ani (17 cazuri din totalul de 7 516 de decese, conform datelor cele mai recente disponibile pentru fiecare țară), deși decesele legate de droguri la această grupă de vârstă ar putea fi subraportate. Cifrele OEDT includ câteva decese în rândul persoanelor peste 65 de ani; numai 7 țări raportează mai mult de 5 % din cazuri încadrate în această grupă de vârstă <sup>(203)</sup>.

În câteva noi state membre, vârsta medie a deceselor este relativ scăzută (Cipru, Estonia, Letonia, Slovacia, Bulgaria și România), proporția de victime ale supradozelor cu vârste sub 25 de ani fiind relativ mare, ceea ce poate sugera faptul că populația consumatoare de heroină din aceste țări este mai tânără. Vârsta medie ridicată din Republica Cehă este legată de includerea multor decese provocate de medicamente psihoactive (Figura 12).

În multe state membre, vârsta victimelor supradozelor este în creștere, sugerând un nivel scăzut al inițierii în consumul de heroină în rândul tinerilor. Această tendință este comună în statele membre UE-15 și a fost observată de la începutul anilor 1990, deși în Suedia și Regatul Unit este mai puțin

accentuată. În noile state membre, tendința este mai puțin evidentă și, în anumite cazuri, se observă chiar o scădere a vârstei medii <sup>(204)</sup>.

### Decese legate de consumul de metadonă

Mai multe țări au raportat prezența metadonei într-un număr considerabil de decese legate de consumul de droguri în rapoartele naționale Reitox din 2005. Terminologia folosită variază de la țară la țară și, în anumite cazuri, este dificil de evaluat exact rolul jucat de metadonă în provocarea decesului.

Danemarca a raportat că metadona a fost prezentă în 44 % din cazurile de deces prin intoxicație (singură sau în combinație) (95 din 214 de cazuri în 2004), o proporție similară cu anul 2003, dar înregistrând o creștere evidentă din 1997; Germania a raportat că 345 din cazuri s-au datorat „substanțelor de substituție” (46 numai cu metadonă și 299 cu alte narcotice, în 2004), înregistrând o scădere evidentă din 2002; iar Regatul Unit a raportat 216 cazuri cu „menționarea” metadonei (Anglia și Țara Galilor, în 2003), înregistrând de asemenea o scădere evidentă din 2002. Spania a raportat puține decese provocate numai de metadonă (2 %), dar mult mai frecvente în combinație cu opiacee (42 %) și cocaină (20 %). Alte țări nu au raportat prezența metadonei în decese legate de consumul de droguri, sau numai în număr foarte redus. Nu se știe exact care sunt factorii care determină aceste diferențe și dacă, în anumite țări, au fost raportate toate cazurile <sup>(205)</sup>.

Deși studiile au arătat că terapia de substituție reduce riscul mortalității prin supradoză, este important să se monitorizeze numărul deceselor în care a fost implicată metadona și împrejurările în care a survenit decesul (proveniența substanței, dacă a fost consumată în combinație cu alte substanțe, momentul apariției intoxicației pe parcursul tratamentului), din nevoia de a monitoriza asigurarea calității programelor de substituție.

### Decese legate de consumul de buprenorfină și de fentanil

Decesele prin intoxicație cu buprenorfină sunt rare, fapt datorat caracteristicilor farmacologice agoniste-antagoniste ale acestui drog. Cu toate acestea, țările europene au raportat câteva decese.

În rapoartele naționale din 2005, numai Franța și Finlanda au înregistrat decese provocate de această substanță. În Finlanda, buprenorfina a fost identificată în 73 de cazuri de decese legate de consumul de droguri în 2004, la fel ca și în 2003, apărând, în general, în combinație cu benzodiazepine, sedative sau alcool. Aceste cifre ridicate

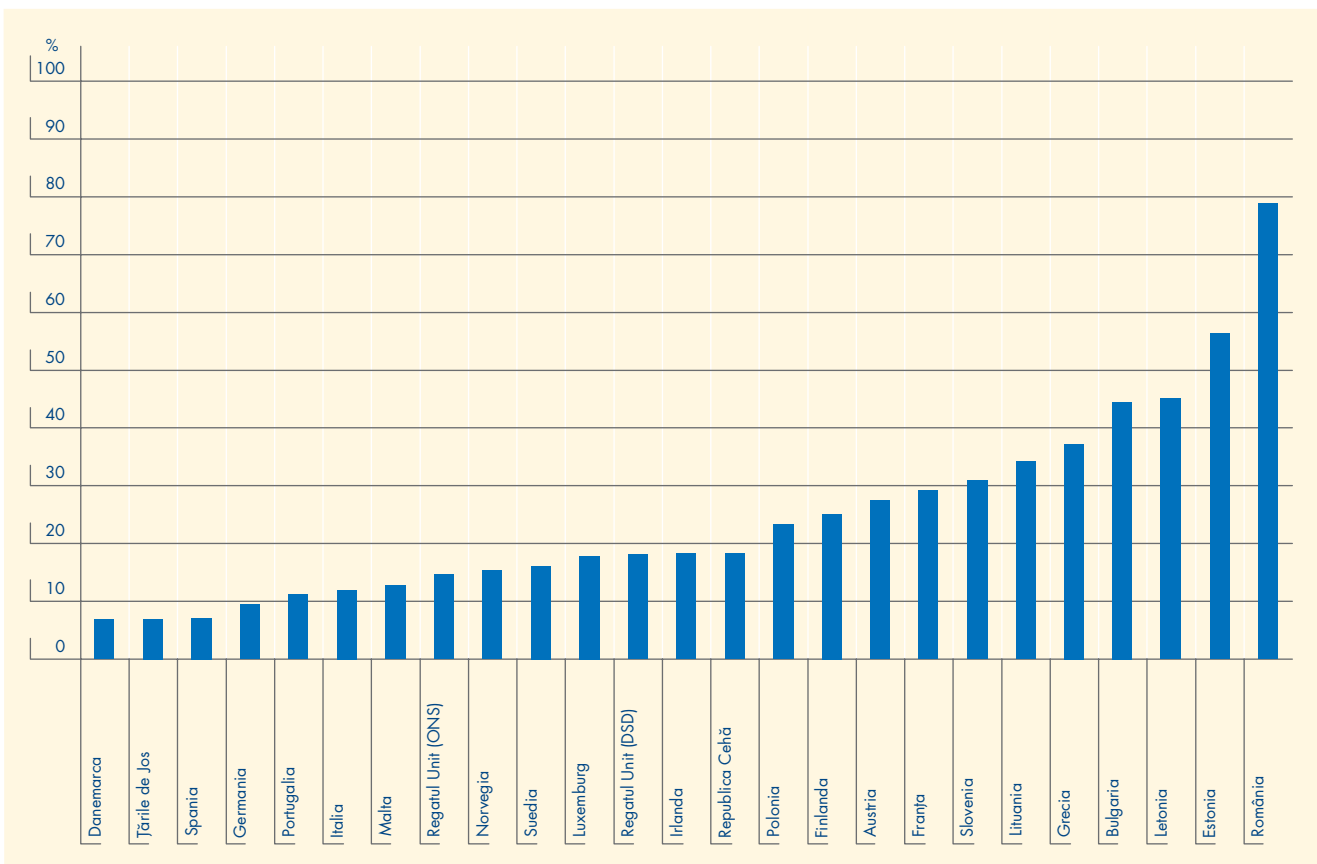
<sup>(201)</sup> Vezi Figura DRD-1 din Buletinul statistic 2006.

<sup>(202)</sup> Având în vedere că majoritatea cazurilor raportate de OEDT sunt supradoze cu opiacee, caracteristicile generale ale deceselor subite legate de consumul de droguri sunt folosite pentru descrierea cazurilor cu opiacee.

<sup>(203)</sup> Vezi Tabelul DRD-1 din Buletinul statistic 2006.

<sup>(204)</sup> Vezi Figurile DRD-3 și DRD-4 din Buletinul statistic 2006.

<sup>(205)</sup> Un experiment actual al OEDT are scopul de a îmbunătăți calitatea informațiilor furnizate privind substanțele implicate în decesele legate de droguri, inclusiv substanțele de substituție.

**Figura 12:** Proporția deceselor subite legate de consumul de droguri sub vârsta de 25 de ani în 2002


NB: ONS, Office of national statistics [Biroul de statistici naționale], DSD, drug strategy definition [definirea strategiei naționale]. Anul 2002 a fost ales an de referință, deoarece este anul pentru care există informații disponibile din majoritatea țărilor.

Surse: Rapoartele naționale Reitox (2005), preluate din registrele naționale de decese sau din registre speciale (medicină legală sau poliție). Pe baza definițiilor naționale indicate în notele metodologice privind decesele legate de consumul de droguri din Buletinul statistic 2006.

corespund amplificării tratamentului cu buprenorfină în Finlanda, deși numărul celor tratați este mult mai mic decât cel de circa 70 000–85 000 de persoane care primesc buprenorfină în Franța. Este, prin urmare, interesant faptul că în Franța au fost raportate în 2004 numai patru cazuri de supradoze cu buprenorfină (în comparație cu opt cazuri, în 2003). Chiar dacă luăm în calcul o posibilă subraportare a intoxicațiilor în Franța, ordinul de mărime al diferențelor este izbitor. Pe lângă Franța și Finlanda, alte trei țări au raportat cazuri (numai 2 sau 3 în fiecare) de decese legate de consumul de buprenorfină, fără a oferi însă dovezi că substanța a constituit principala cauză.

În anii precedenți, au fost raportate decese legate de consumul de fentanil în țările baltice, dar aceste rapoarte nu au fost introduse în rapoartele naționale din 2005.

### Tendențe privind decesele subite legate de consumul de droguri

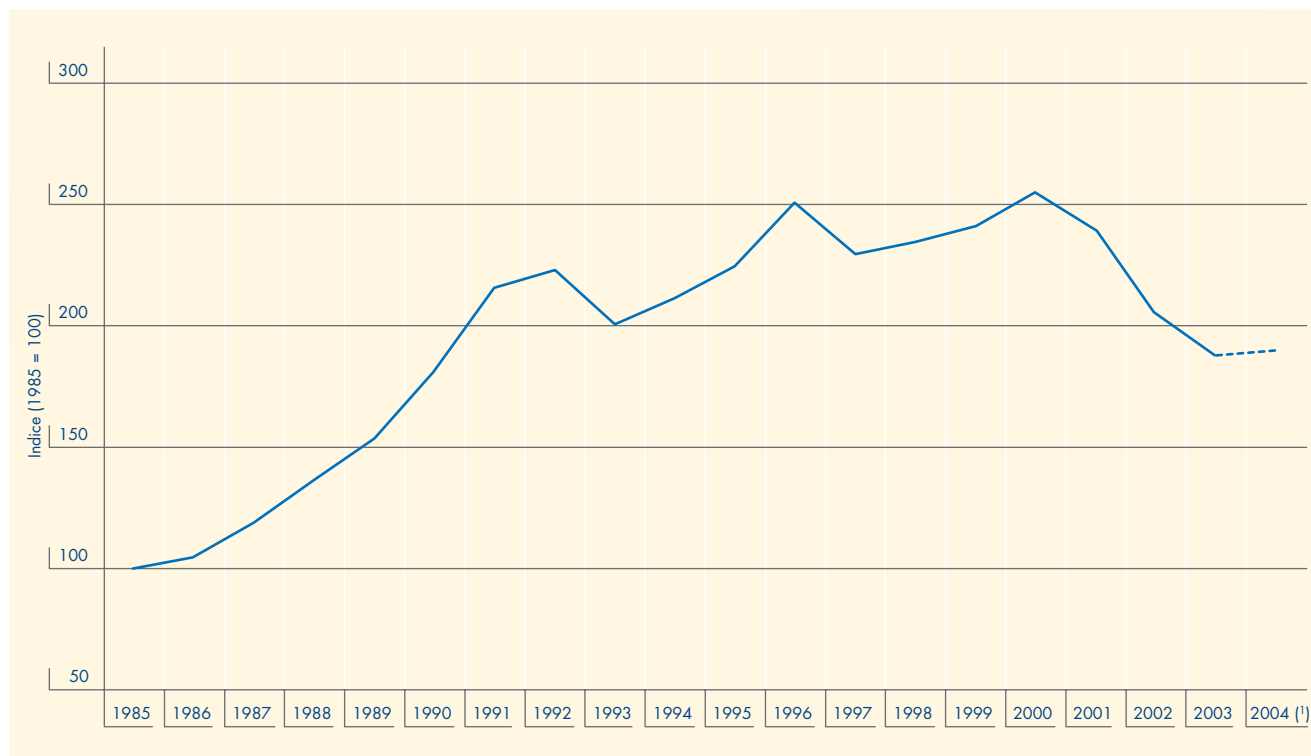
Tendențele naționale privind decesele legate de consumul de droguri pot oferi informații privind evoluțiile modelelor

de consum de droguri în fiecare țară, cum ar fi răspândirea consumului de heroină și comportamentele de risc (de ex. injectarea), precum și asigurarea tratamentului și chiar diferențele în ceea ce privește disponibilitatea heroinei. Mai pot, de asemenea, indica succesul politicilor serviciilor medicale de urgență în prevenirea supradozelor fatale <sup>(206)</sup>.

Datele furnizate de Uniunea Europeană arată existența unor tendințe generale privind decesele legate de consumul de droguri. În statele membre ale Europei celor 15, s-a putut observa o creștere evidentă în anii 1980 și la începutul anilor 1990, probabil datorită răspândirii consumului de heroină și a injectării cu heroină. Numărul deceselor provocate de consumul de droguri a crescut în continuare între 1990 și 2000, dar în mod mai puțin evident (Figura 13). Numărul total anual al deceselor legate de consumul de droguri în statele membre care furnizează informații (majoritatea statelor membre, vechi și noi) a crescut cu 14 %, de la 8 054 în 1995 la 9 392 în 2000.

Din anul 2000, multe țări ale Uniunii Europene au raportat scăderea numărului de decese legate de consumul

<sup>(206)</sup> Vezi Figura DRD-7 din Buletinul statistic 2006.

**Figura 13:** Tendința pe termen lung a deceselor subite legate de consumul de droguri, 1985–2004

NB: Noile state membre și țările candidate nu sunt incluse în această cifră din cauza lipsei datelor retrospective în majoritatea cazurilor. Vezi Tabelul DRD-2 din Buletinul statistic 2006 pentru numărul de decese din fiecare țară și note privind metodologia.

(!) Zece țări au furnizat iar șase țări nu au furnizat informații pentru 2004. Prin urmare, cifra pentru 2004 este provizorie, pe baza unei comparații între datele din 2003 și 2004 numai pentru țările care furnizează informații pentru ambii ani.

Surse: Rapoartele naționale Reitox (2005), preluate din registrele naționale de decese sau din registre speciale (de prosectură sau ale poliției).

de droguri, probabil datorită creșterii disponibilității tratamentelor și inițiativelor de reducere a consecințelor negative ale consumului de droguri, deși scăderea prevalenței consumului de droguri poate fi, de asemenea, importantă. La nivel european, numărul deceselor legate de consumul de droguri a scăzut cu 6 % în 2001, 13 % în 2002 și cu 7 % în 2003. În ciuda acestor schimbări pozitive, au mai fost încă raportate aproape 7 000 de decese legate de consumul de droguri în 2003 (lipsesc datele din Belgia, Spania și Irlanda). Cu toate acestea, pe baza datelor din țările (19) care au prezentat rapoarte în 2004, rezultă o creștere ușoară de 3 %. Deși concluziile privind anul 2004 trebuie trase cu precauție, 13 din cele 19 informații raportate au înregistrat o oarecare creștere.

Există o diferență accentuată între tendințele din vechile și noile state membre în ceea ce privește numărul deceselor în rândul persoanelor sub 25 de ani. În statele membre ale Europei celor 15, a existat o scădere constantă începând din 1996, ceea ce sugerează o scădere a numărului consumatorilor tineri de opiacee injectabile, în timp ce în noile state membre s-a observat o creștere evidentă până

în 2000–2002, cu o scădere vizibilă începând numai din 2003 <sup>(207)</sup>.

Diferențele pe grupe de sex sunt de asemenea vizibile. Numărul deceselor la bărbați a crescut progresiv din 1990 până în 2000, urmând apoi o scădere evidentă (cu 30 % până în 2003), în timp ce numărul deceselor raportate la femei a rămas în general stabil între 1990 și 2000, oscilând între 1 700 și 2 000 pe an, și a scăzut numai cu 15 % de atunci. Acest lucru ar putea fi determinat de o serie de factori, inclusiv eficiența diferită a intervențiilor sau diferențele factorilor de risc între sexe <sup>(208)</sup>.

În țările care au furnizat constant date, pot fi depistate diferite tipologii ale deceselor legate de consumul de droguri. În anumite țări, decesele legate de consumul de droguri au atins niveluri de vârf la începutul anilor 1990, scăzând ulterior, de exemplu, în Germania, unde decesele legate de consumul de droguri au atins niveluri de vârf în 1991–92, Spania (1991), Franța (1994) și Italia (1991). În alte țări, de exemplu Grecia, Irlanda, Portugalia, Finlanda, Suedia și Norvegia, decesele legate de consumul de droguri au atins niveluri de vârf mai târziu, între 1998 și 2001, scăzând ulterior. În alte țări, această tipologie a fost mai

<sup>(207)</sup> Vezi Figura DRD-5 din Buletinul statistic 2006.

<sup>(208)</sup> Vezi Figura DRD-6 din Buletinul statistic 2006.

puțin evidentă sau numărul deceselor a fost stabil. Deși interpretările trebuie făcute cu precauție, datorită numărului relativ scăzut al deceselor legate de consumul de droguri în anumite țări, aceste tipologii pot fi asociate tendințelor injectării cu heroină <sup>(209)</sup>.

### Decese legate de consumul de ecstasy și amfetamine

Decesele legate de consumul de ecstasy au început să fie raportate în Europa în anii 1990, când acest drog a ajuns să fie răspândit. Decesele legate de consumul de ecstasy constituie un motiv serios de îngrijorare, deoarece apar pe neașteptate în rândul tinerilor integrați social.

Informațiile privind decesele legate de consumul de ecstasy sunt limitate, dar datele rapoartelor naționale Reitox pentru 2005 indică că decesele în care este implicat ecstasy sunt relativ neobișnuite comparativ cu decesele legate de consumul de opiacee, deși în unele țări numărul deceselor nu este neglijabil. În toată Europa, au fost raportate 77 de decese, care ar trebui considerate ca o estimare minimă <sup>(210)</sup>. Au fost raportate decese asociate consumului de ecstasy în Danemarca (2), Germania (20), Franța (4), Ungaria (3) și Regatul Unit (48 de cazuri cu „mențiune” – 33 în Anglia și Țara Galilor), unde raportarea este probabil mai bună decât în alte țări. În Spania, ecstasy a fost prezent în 2,5 % din intoxicațiile cu droguri.

S-a discutat de multe ori despre riscul consumului de ecstasy. Ținând cont de marja de eroare din estimările pe bază de anchete a prevalenței și de dificultățile de raportare a deceselor legate de consumul de droguri, împărțind numărul cazurilor mortale constatate la numărul total al consumatorilor anuali <sup>(211)</sup> (persoane cu risc potențial), rezultă rate de 5–8 cazuri și, respectiv, 2–5 cazuri la 100 000 de consumatori în cele două țări pentru care se poate face acest calcul.

Decesele legate de consumul de amfetamine sunt, de asemenea, rareori raportate, deși în 2004, 16 decese din Republica Cehă au fost atribuite consumului de pervitin (metamfetamină), aproape de două ori mai multe decât în 2003, corespunzând unei creșteri a numărului estimat al consumatorilor problematici de pervitin și a cererilor de tratament. Pentru informații privind decesele asociate cu gama-hidroxiutirat (GHB), vezi Capitolul 4.

### Decese legate de consumul de cocaină

Preocupările legate de riscurile consumului de cocaină pentru sănătate sunt tot mai mari, în special din cauza tendinței de creștere a consumului în scopuri de recreere, fapt observat în unele țări în rândul tinerilor, în rândul persoanelor tratate

pentru dependență și în rândul grupurilor de populație marginalizate.

Consumul de cocaină este frecvent în rândul consumatorilor de opiacee, iar cocaina este identificată de multe ori în analizele toxicologice pentru cazurile de supradoză de opiacee, pe lângă alte substanțe cum sunt alcoolul și bezodiazepinele. Cocaina se consumă de obicei în combinație cu alcoolul, o combinație care provoacă toxicitate ridicată.

Statisticile disponibile în prezent în Europa sunt limitate iar variațiile criteriilor folosite pentru identificarea cazurilor de decese legate de consumul de cocaină arată că cifrele nu pot fi comparate; în plus, o serie de decese legate de consumul de cocaină pot fi identificate sau neraportate, ducând la subraportare. Datele disponibile arată că multe dintre decesele care implică cocaină, implică și consumul de opiacee.

În țările care furnizează date, au fost identificate peste 400 de decese provocate de cocaină în rapoartele naționale pentru 2005; aceasta este o estimare minimă. În majoritatea cazurilor, cocaina pare să fi jucat un rol cauzal, deși acest fapt nu reiese întotdeauna clar din rapoarte. Nouă țări nu au menționat explicit existența sau absența deceselor provocate de consumul de cocaină. Cocaina a fost implicată în 0–20 % din decesele subite legate de consumul de droguri raportate, și anume între 10 % și 20 % în Germania, Spania, Franța, Țările de Jos și Regatul Unit. Au fost raportate decese în care cocaina a avut un rol cauzal (substanță singură sau în combinație) în Spania (53), Franța (14), Țările de Jos (20), Germania (166), și Regatul Unit (142 „cu mențiune” – 113 în Anglia și Țara Galilor). Alte nouă țări au raportat de la zero la două cazuri. În plus, cocaina este identificată de multe ori în analizele toxicologice pentru cazurile de supradoză de opiacee în unele țări. Pe baza datelor disponibile limitate, este dificil de identificat cu certitudine tendințele, în schimb se pare că există o tendință în creștere în toate țările în care numărul de cazuri este mai mare, și anume Germania, Spania, Franța, Țările de Jos și Regatul Unit, deși în Țările de Jos creșterile au stagnat în ultimii doi ani.

Pe lângă aceasta, cocaina poate fi un factor care contribuie la decesele legate de probleme cardiovasculare (aritmii, infarct miocardic și hemoragii cerebrale), în special la consumatorii cu boli care îi predispun sau cu factori de risc (tabagism, hipertensiune, angioame) sau cu o vârstă mai înaintată. Este posibil ca multe dintre aceste cazuri să treacă neobservate în prezent, datorită lipsei unui studiu atent. Cercetări suplimentare sunt necesare în acest domeniu.

<sup>(209)</sup> Vezi Figura DRD-7 din Buletinul statistic 2006.

<sup>(210)</sup> În funcție de fiecare țară în parte, cifrele se referă la anii 2003 sau 2004, pentru ecstasy și cocaină.

<sup>(211)</sup> Consumul pe ultimele 12 luni în anchetele la nivelul populației.

## Reducerea numărului de decese legate de consumul de droguri

### Măsuri eficiente

Stabilirea contactului și a unor căi de comunicare cu grupurile netratate de consumatori de droguri constituie o condiție preliminară pentru educare și gestionarea riscurilor și pentru medierea accesului la servicii, inclusiv la tratament.

Studierea circumstanțelor în care se iau supradoze a sprijinit dezvoltarea intervențiilor care au drept țintă situațiile sau persoanele cu risc ridicat. Astfel de măsuri pot avea drept consecință o reducere semnificativă a numărului deceselor provocate de efectele imediate ale consumului de droguri. Rolul diferitelor intervenții în reducerea deceselor subite provocate de supradozele de droguri a fost rezumat într-un instructaj recent al politicii OEDT (EMCDDA, 2004d).

În situația în care, în Europa, majoritatea deceselor cauzate de o supradoză implică consumul de heroină, creșterea proporției consumatorilor de heroină aflați sub tratament ar putea fi considerată o măsură de prevenire a supradozelor. Există o serie de factori care au determinat schimbările recente ale tendinței deceselor cauzate de o supradoză, detectați în unele state membre. Printre aceștia se numără reducerea prevalenței și ratelor de injectare, eforturile sporite de prevenire, disponibilitatea ridicată și capacitatea de primire a tratamentelor și menținere în tratament și reducerea comportamentelor de risc.

### Profilul reacțiilor

În majoritatea țărilor, conform avizului experților privind diferitele strategii de intervenție cu scopul reducerii deceselor cauzate de o supradoză de droguri, tratamentul de substituție pentru opiacee este abordarea cea mai însemnată <sup>(212)</sup>. În Ungaria și Suedia, deși acest tip de tratament este disponibil, nu este considerat un mijloc de reducere a deceselor legate de consumul de droguri. Iar

în Estonia și Polonia, nivelul scăzut al asigurării tratamentelor de substituție arată că tratamentul de substituție cu metadonă nu este considerat în prezent o măsură importantă de reducere a deceselor cauzate de supradoze.

Reacțiile bazate pe informare, educare și comunicare (IEC) sunt alte măsuri importante în majoritatea țărilor europene. Diseminarea mesajelor de conștientizare a riscurilor existente și a indicațiilor privind gestionarea supradozelor prin intermediul unor materiale specific tipărite sau pe alte căi (broșuri, pagini de web, campanii mass-media) este o atitudine obișnuită sau predominantă în 19 țări. Cu toate acestea, șapte dintre aceste țări (Estonia, Franța, Irlanda, Letonia, Ungaria, Malta, Finlanda) aplică rar aceste măsuri, în timp ce o altă țară (Suedia) nu le aplică deloc.

Potrivit punctelor focale naționale, abordarea privind integrarea sistematică a evaluării separate a riscurilor în programele de consiliere și tratament și organizarea unor sesiuni de grup privind educarea și reacția consumatorilor de droguri în ceea ce privește riscurile este mai puțin obișnuită.

O categorie largă de activități poate fi definită drept „intervenții înainte de eliberarea din închisoare”. Acest tip de activități variau de la simpla diseminare de informații prin consiliere privind riscurile supradozelor și prevenirea acestora până la începerea sau continuarea tratamentului de substituție în închisori. Cu toate acestea, activitățile de acest tip au fost rar aplicate în 13 țări și nu au fost aplicate deloc în alte 5 țări (Letonia, Ungaria, Polonia, România și Suedia). În Spania, Italia și Regatul Unit, intervențiile în închisori se numără printre abordările predominante cu scopul reducerii deceselor subite legate de consumul de droguri.

Condițiile locale de risc legate de injectarea publică au determinat înființarea unor unități pentru consum de droguri sub supraveghere de specialitate în 4 state ale UE și în Norvegia <sup>(213)</sup>. Grupurile țintă ale acestor servicii sunt consumatorii de droguri injectabile de pe stradă, puternic marginalizați și expuși riscurilor (EMCDDA, 2004c).

<sup>(212)</sup> Rezultatele au la bază o anchetă efectuată prin intermediul a 27 de puncte focale naționale în 2004. Instrumentul poate fi descărcat de pe <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1333>

<sup>(213)</sup> Țările membre UE sunt Germania, Spania, Luxemburg și Țările de Jos.





## Capitolul 8

# Îmbunătățirea monitorizării consumului problematic și multiplu de droguri

Toxicomania, dependența de droguri, abuzul de droguri, consumul nociv, consumul problematic: există o varietate de concepte asociate cu indicatorul consumului problematic de droguri al OEDT, fiecare dintre acestea având propria caracteristică subtilă din punct de vedere medical sau social. Indicatorul OEDT al consumului problematic de droguri (CPD) monitorizează „consumul de droguri injectabile sau consumul de heroină, cocaină și/sau amfetamine timp îndelungat/în mod regulat”. Această definiție se referă și la consumul altor tipuri de opiacee, cum este metadona.

Această definiție a CPD este una strict comportamentală bazată pe tiparele consumului de droguri și nu măsoară în mod explicit problemele în nici un sens. Cu toate acestea, definiția se referă la conceptele variate privind dependența, înțelegând prin aceasta că persoana care se comportă astfel se va încadra probabil în conceptul mai general de „consumator problematic”. Este important de observat în acest sens că indicatorul CPD estimează numai un subgrup important al aceloră despre care se crede că au o problemă de orice fel cu drogurile. Totuși, această abordare are însemnătatea sa: fiind un concept stabilit pe criterii comportamentale, avantajele sale sunt următoarele:

- A permis continuarea monitorizării fără a se limita la definițiile privind toxicomania, dependența, efectul nociv și problema în sine.
- Este relativ ușor de utilizat în studiile de cercetare.
- Grupează la un loc diferite tipuri de droguri și modalități de administrare ca alternative, fără a le diferenția într-un anumit mod.

Din punct de vedere istoric, indicatorul de monitorizare al OEDT a fost un produs al vremurilor sale – în anii 1980, și în mare măsură în anii 1990, consumul de heroină și consumul de droguri injectabile erau considerate elemente cheie în problema drogurilor care necesitau estimare. În plus, aceste forme de consum de droguri nu puteau fi măsurate în mod convingător prin tehnica anchetelor. Adăugarea amfetaminelor a făcut ca această definiție să fie corespunzătoare pentru unele țări nordice unde consumul de amfetamină injectabilă era semnificativ; și, deși cocaina era inclusă, în realitate apărea rar ca element semnificativ în estimările făcute. În timp ce indicatorul CPD ne oferă un indiciu util asupra unui aspect important al problemei drogurilor, devine din ce în ce mai evident că acesta necesită îmbunătățiri pentru a îndeplini cerințele de monitorizare

a situației europene mai eterogenă a zilelor noastre în materie de droguri. Din ce în ce mai mult, suntem martorii unui tablou tot mai complex în ceea ce privește problemele cronice cauzate de consumul de droguri în Europa. Pentru a-și menține importanța într-o lume în continuă schimbare a drogurilor ilicite, misiunea de monitorizare trebuie să evolueze și să facă față provocărilor legate de acoperirea unui spectru mai larg de droguri și a consumului acestora, mult mai detaliat decât în prezent.

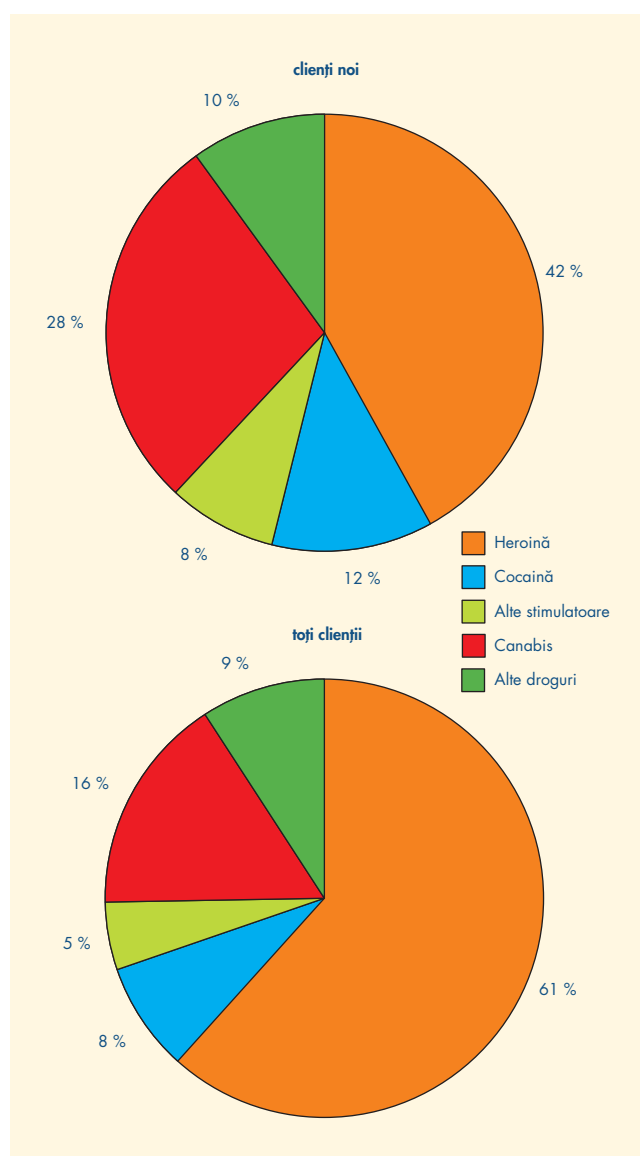
Extinderea Uniunii Europene a cuprins o varietate mai largă de comportamente sociale, iar consumul de droguri ilicite nu face excepție. Evoluțiile din cadrul culturii drogurilor, consumul tot mai frecvent de droguri sintetice și medicamente folosite ilicit, tendința către consumul de cocaină și prevalența în general ridicată a consumului de canabis trebuie admise pentru a putea înțelege care sunt nevoile celor cu probleme legate de consumul de droguri. Se poate observa din secțiunile anterioare ale prezentului raport că, deși consumatorii de heroină sunt în mod clar principalii care apelează la serviciile de tratament pentru dependența de droguri, situația se schimbă în ceea ce privește persoanele care încep pentru prima dată tratamentul, în rândul cărora problemele raportate legate de consumul de canabis și stimulatoare au fost în creștere (Figura 14).

Această situație în schimbare trebuie văzută pe fondul unei extinderi semnificative a asigurării tratamentului pentru cei care au probleme legate de consumul de opiacee, precum și pe fondul unei acoperiri crescute raportate a serviciilor de tratament. În special, tratamentul de substituție pentru opiacee, care asigură pacienților îngrijire permanentă pe termen lung (acest lucru nu apare în grafice, ci numai persoanele care beneficiază de tratament pe anul în curs), evidențiază rolul opiaceelor în tratamentul pacienților vechi, comparativ cu pacienții noi ai tratamentului. Cu toate acestea, în multe țări din Europa, cei care au probleme cu drogurile în prezent formează, probabil, un grup mai eterogen decât a fost cazul până în prezent, cel puțin în ceea ce privește substanțele consumate.

### Indicatorul CPD și calculul populațiilor ascunse de consumatori de droguri

Noua abordare CPD s-a dovedit a fi extrem de valoroasă în obținerea unor estimări mai bune în ceea ce privește grupul important de consumatori de droguri care reprezintă

**Figura 14:** Distribuția „noilor” pacienți și a „tuturor” pacienților care solicită tratament în funcție de drogul primar consumat



NB: Pe baza datelor provenite din Republica Cehă, Danemarca, Germania, Grecia, Italia, Cipru, Ungaria, Malta, Țările de Jos, Slovenia, Slovacia, Finlanda, Suedia, Regatul Unit, Bulgaria, România și Turcia.

Surse: Punctele focale naționale Reitox.

principalii pacienți ai serviciilor de tratament pentru dependență de droguri din Europa. Această abordare a determinat dezvoltarea unor metode și proceduri statistice prin care să se estimeze numărul total al acestei populații ascunse în mare măsură. În toate aceste abordări, măsurătoarea pornește de la ideea că un anumit procentaj al consumatorilor problematici de droguri este „vizibil pe cale administrativă” având în vedere că au contact cu o serie de tratamente, servicii de asistență socială, legale și de urgență, și pe baza acestei minorități vizibile, se poate estima dimensiunea populației în cazul în care procentajul este cunoscut. Aceste metode statistice indirecte completează anchetele asupra populației care, din anumite motive metodologice și practice, sunt mai puțin adecvate pentru

estimarea prevalenței consumului de droguri cu prevalență scăzută, stigmatizat și ascuns în mare măsură.

În ceea ce privește implementarea actuală a indicatorului CPD în Europa, fiecare țară a adaptat definiția în funcție de caracteristicile situației locale iar poziția adoptată este, prin urmare, eterogenă. Dintre acestea, nouă țări respectă definiția OEDT în esența ei, 11 țări estimează numai numărul consumatorilor de opiacee (sau heroină), în timp ce alte 4 țări nu exclud consumatorii problematici de cannabis, deși aceștia reprezintă de obicei numai o cotă redusă din estimările efectuate (criteriile privind includerea consumatorilor de cannabis sunt destul de stricte în ceea ce privește estimarea numai a consumului dependent sau foarte intens).

Consumul tot mai răspândit de cocaină, cocaină crack și stimulatoare, în general, și îmbinarea problemelor legate de droguri cu problemele asociate consumului de alcool și medicamente prescrise, sugerează că, chiar și printr-o implementare temeinică a indicatorului, estimările se referă în prezent la o varietate crescută a repertoriilor consumului de droguri, existând posibilitatea existenței unor consecințe și probleme mai variate. Pe lângă monitorizarea dimensiunii globale a consumului problematic de droguri, este necesară și o monitorizare separată a comportamentelor diferite care alcătuiesc indicatorul CPD, adică injectarea și fiecare tip de drog care se încadrează în definiția CPD. Acest lucru poate fi deosebit de important în lumina dovezilor furnizate de anumite țări referitor la consumul în creștere de cocaină și a modelelor consumului de amfetamine, contribuind, de asemenea, și la depistarea detaliată a tendințelor consumului de opiacee. În cazul în care aceste comportamente sunt raportate numai pe ansamblu, există probabilitatea mascării evoluțiilor importante și o șansă în minus în înțelegerea mai eficientă a tendințelor.

În partea anterioară a prezentului raport s-a oferit pentru prima dată o estimare separată a consumului de heroină și de droguri injectabile în Europa. În afară de aceasta, se poate observa creșterea disponibilității tratamentului pentru probleme legate de opiacee, estimându-se un număr de peste o jumătate de milion de tratamente de substituție pentru opiacee în Europa. Acest lucru arată că este posibil ca numărul consumatorilor de heroină și droguri injectabile care au sau au avut contact cu serviciile de tratament să fie destul de mare în multe țări. OEDT împreună cu grupurile tehnice naționale analizează în prezent importanța pe care o poate avea coroborarea informațiilor privind cererea de tratament, disponibilitatea tratamentului și estimările consumului de heroină și a consumului de droguri injectabile.

#### Dincolo de indicatorul CPD

Pentru a ne putea dezvolta capacitatea de a înțelege mai bine problema drogurilor în Europa, trebuie să analizăm în ce măsură consumul intensiv de droguri poate fi inclus în acțiunea de monitorizare, dincolo de monitorizarea CPD. Măsura în care consumul intensiv de droguri, indiferent

de definiția care i se dă, se asociază cu dependența și cu nivelul și tipurile de probleme, necesită o continuă elaborare, Kandel și Davis (1992) estimând, de exemplu, că, în Statele Unite, aproximativ o treime din consumatorii zilnici de cannabis ar putea fi considerați dependenți. Pentru a face progrese în acest domeniu, este nevoie de o oficializare a conceptului de consum intensiv, frecvent de cannabis și alte droguri ilicite ca obiectiv al monitorizării. Consumul intensiv sau frecvent se poate măsura pe baza datelor din anchete, completând estimările efectuate prin metode statistice indirecte. În prezent, datele din anchete oferă un tablou util al diferitelor modele de consum de cannabis, dar acestea sunt măsuri mult restricționate comportamental și în ceea ce privește frecvența consumului. Datele anchetelor sunt, probabil, importante în cazul în care urmează să efectuăm estimări solide ale numărului de consumatori de droguri cum ar fi cannabisul, care, cel puțin în urma rapoartelor personale, ar putea fi descriși ca fiind consumatori dependenți sau primejdioși.

Definirea consumului frecvent, intensiv în mod mai oficial pentru o serie de droguri ar sprijini dezvoltarea instrumentelor de cercetare pentru evaluarea nivelului problemelor și dependenței în funcție de nivelurile și modele diferite ale consumului de cannabis. Câteva țări europene se ocupă de dezvoltarea instrumentelor metodologice pentru măsurarea consumului intensiv și a nivelului dependenței și problemelor, iar OEDT promovează colaborarea în acest domeniu.

Identificând consumul intensiv ca indicator al celor expuși probabil cel mai mult la riscul de a deveni dependenți sau a avea probleme este o chestiune destul de complicată deoarece noțiunea de consum intensiv este, în oarecare măsură, specifică drogurilor. În timp ce consumul problematic de opiacee se caracterizează mult prin modele zilnice de consum, lucrurile stau, de cele mai multe ori, diferit în cazul drogurilor stimulatoare. În cazul acestor droguri, consumul periodic este mai des întâlnit, consumul crescut pe perioade scurte de timp și apoi consumul scăzut, iar consumatorii respectivi consumă deseori alte droguri sau alcool pentru a atenua efectele secundare produse de abținere. Este posibil ca atât factorii farmacologici, cât și cei contextuali să joace un rol important în influențarea modelelor de consum intensiv de droguri, dar este evident că măsurile comportamentale ale consumului intensiv trebuie să fie mai receptive la diferitele modele de consum de droguri asociat cu diferite tipuri de droguri.

### **Dificultatea raportării problemelor legate de consumul de mai multe droguri**

Din motive practice și metodologice, majoritatea raportărilor privind consumul de droguri descriu fiecare substanță în parte. Astfel se asigură transparența conceptuală necesară pentru a facilita raportarea pe baza măsurilor comportamentale disponibile, dar se face abstracție de

faptul că persoanele consumatoare de droguri au consumat deseori sau consumă o serie de substanțe, atât ilegale cât și legale, iar acești consumatori fac față unor probleme determinate de mai multe droguri. Este posibil ca aceștia să înlocuiască un drog cu altul sau să schimbe drogul consumat în timp sau să le consume complementar. Acest tip de complexitate este extrem de dificil de monitorizat, chiar dacă analiza se limitează la măsurile comportamentale simple ale consumului de droguri în diferite perioade de timp. Dacă se includ și conceptele consumului problematic și dependent, caracterul complex crește în continuare iar, la nivel european, există foarte puține date solide care să permită analiza documentată. Cu toate acestea, este foarte probabil ca anumite țări să aibă o populație numeroasă de consumatori problematici cronici de droguri care sunt greu de clasificat pe criteriul substanței primare și care au probleme cauzate atât de consumul substanțelor licite, cât și al celor ilicite. Soluționarea acestei probleme necesită dezvoltarea unei mai bune înțelegeri a modelelor de consum de mai multe droguri și apoi aplicarea acestora pentru îmbunătățirea raportării la nivel național și european.

### **Substituția în cazul policonsumului**

Analizând conceptul general de consum multiplu de droguri, trebuie luate în considerare câteva sensuri specifice ale termenului. Pe de o parte, este vorba despre consumul câtorva substanțe în mod intensiv și haotic, simultan sau consecutiv, în multe cazuri făcându-se substituția unui drog cu altul, în funcție de disponibilitate. Acesta este, de exemplu, cazul consumatorilor problematici care consumă diferite opiacee, precum și produse farmaceutice, cocaină, amfetamine și alcool.

Se pare că acest model de consum există în rândul anumitor consumatori cronici, posibil în rândul grupurilor marginalizate sau în rândul persoanelor cu probleme psihice. În multe sisteme de înregistrare din Europa, aceste cazuri sunt atribuite consumului de opiacee.

Ca atare, acești indivizi se încadrează în definiția și monitorizarea consumatorilor problematici de droguri. Cu toate acestea, se mai pune întrebarea dacă policonsumul de droguri intensiv și haotic este suficient pentru a reprezenta o entitate de sine stătătoare – o dependență atipică de droguri care necesită, prin urmare, măsurători epidemiologice și tratament selective, asistență sau reducerea efectelor nocive într-o anumită situație dificilă. În aceste condiții, monitorizarea elementelor componente ale consumului problematic de droguri trebuie să țină cont și de policonsumul de droguri ca fiind unul dintre aceste elemente măsurat separat.

### **Combinajii de droguri**

Există un al doilea grup de consumatori care consumă simultan câteva substanțe în mod sistematic, din dorința de a obține efectele combinației farmacologice, de exemplu

*speedballing* – consumul simultan de heroină și cocaină prin injectare.

Drogul secundar, având justificare funcțională sau farmacologică, poate fi consumat atât simultan, cât și consecutiv, fiind folosit ca drog înlocuitor sau drog complementar. De exemplu, benzodiazepinele se consumă pentru a reduce simptomele sevrajului atunci când nu sunt disponibile opiacee. În alte cazuri, drogul secundar poate fi consumat datorită efectului farmacologic compensator: atunci când efectul narcotic al opiaceelor se modifică prin consumul de cocaină sau când efectul de anxietate produs de cocaină sau amfetamine se atenuează prin consumul de opiacee sau alte medicamente depresive.

### **Riscuri crescute datorită consumului mai multor droguri**

Efectul potențial al unui drog asupra altuia poate fi uneori considerabil, de aceea drogurile licite și medicamentele – cum sunt alcoolul, nicotina și anti-depresivele – trebuie considerate în legătură cu substanțele psihoactive controlate. Nivelul riscului depinde de nivelul dozajului ambelor substanțe. Există motive de îngrijorare în legătură cu o serie de combinații farmacologice: alcoolul și cocaina cresc toxicitatea cardiovasculară; alcoolul sau medicamentele depresive, consumate împreună cu opiacee, pot provoca o supradoză; iar opiaceele sau cocaina luate împreună cu ecstasy sau amfetamine pot provoca toxicitate acută suplimentară.

### **Limitele datelor disponibile privind consumul mai multor droguri**

Lipsa datelor disponibile limitează raportarea multor aspecte ale consumului de mai multe droguri. Datele sunt disponibile din rapoartele toxicologice întocmite în urma supradozelor și din rapoartele personale întocmite de cei care beneficiază de servicii de tratament. Chiar dacă aceste surse oferă anumite informații cu privire la consumul de mai multe droguri, informațiile disponibile sunt deseori limitate iar caracterul reprezentativ al acestor informații trebuie analizat.

Rezultatele anchetelor arată că există indivizi care consumă semnificativ mai mult de două droguri în același timp. Cu toate acestea, datele anchetelor raportează deseori prea puține informații cu privire la anumite forme de consum de droguri și, chiar în cazurile în care aceste date sunt disponibile, e nevoie de multă muncă pentru a dezvolta standarde comparabile de raportare. Un exemplu al volumului de date disponibile din anchetele la nivelul populației cu privire la consumul de mai multe droguri poate fi văzut într-un raport tehnic recent al OEDT [EMCDDA (2005b)]. Având în vedere exemplul datelor din Spania, Figura 15 arată că, în urma consumului unui drog, apare tendința ridicată, comparativ cu cea la nivelul întregii populații, de a consuma și alt drog, și că acest lucru variază în funcție de drogul în cauză. De exemplu, în rândul consumatorilor de heroină, consumul de cocaină este destul de obișnuit însă consumul altor droguri este mai puțin vizibil în cazul consumatorilor de cocaină.

### **Elaborarea unei definiții operaționale a consumului de mai multe droguri: o chestiune de sincronizare?**

Trebuie avute în vedere perioadele de timp selectate pentru evaluarea și raportarea consumului de mai multe droguri. Ratele prevalenței pe parcursul vieții nu sunt în general foarte utile sau relevante pentru problemele de sănătate publică comparativ cu măsurarea consumului mai recent.

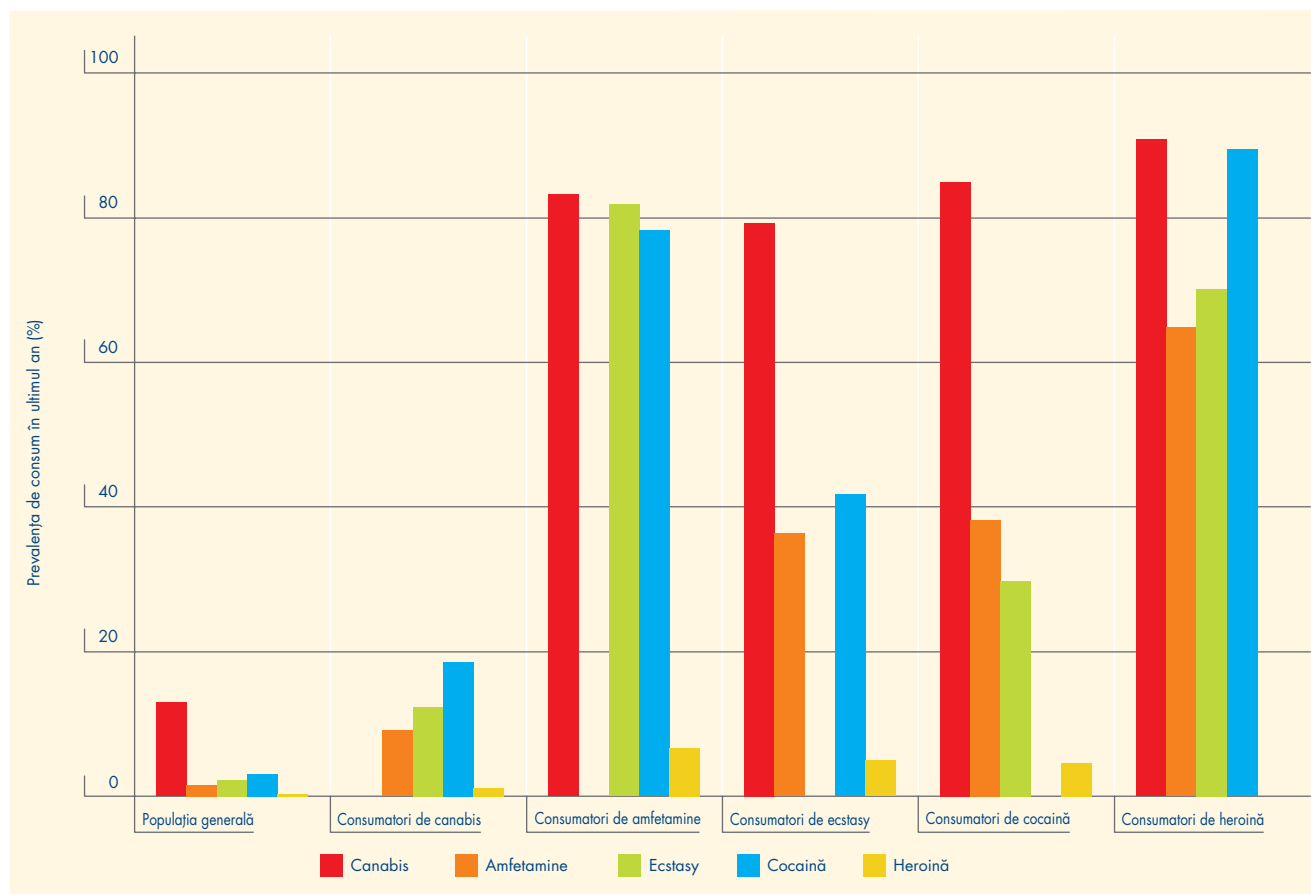
O definiție operațională și utilă a consumului de mai multe droguri ar fi consumul frecvent de mai mult de o substanță pe o perioadă de timp minimă determinată, de exemplu, o lună. Această definiție nu face diferențierea dintre diferitele tipuri de consum descrise anterior, în schimb oferă o imagine de ansamblu asupra a ceea ce ar putea fi un grup cu risc înalt. Excepția de la definiția care exclude consumul pe parcursul vieții în caracterizarea comportamentului în cazul policonsumului se aplică atunci când este vorba despre persoane foarte tinere – elevi sau studenți – caz în care consumul multiplu pe parcursul vieții poate să reflecte mai pregnant consumul actual. Dovezile, de exemplu, din anchetele ESPAD, sugerează că modelele de consum de droguri cu prevalență mai deviantă/scăzută în rândul studenților (ecstasy, amfetamine, halucinogene, cocaină, heroină) apar în rândul câtorva indivizi.

## **Îmbunătățirea monitorizării problemei drogurilor în Europa și îmbunătățirea sensibilității față de consumul de mai multe droguri**

Una dintre misiunile fundamentale ale OEDT constă într-o mai bună înțelegere privind natura și amploarea problemei drogurilor existente în Europa. Consumul de droguri reprezintă oricum o chestiune complicată care cuprinde o serie de comportamente asociate în mod variabil cu anumite probleme importante de natură socială și de sănătate publică. Consumatorii de droguri pot avea sau sunt expuși riscului de a avea probleme. Modelele de consum variază de la consumul experimental, episodic și ocazional la consumul regulat, intensiv și necontrolat. Din punct de vedere clinic, consumatorii de droguri pot fi clasificați ca având o problemă sau fiind dependenți, iar, în ceea ce privește cercetările, ambele categorii pot fi considerate probleme permanente. Pentru ca lucrurile să devină și mai complexe, consumatorii de droguri consumă de multe ori mai multe substanțe și își modifică modelele de consum de-a lungul timpului. Nici un instrument de raportare nu poate acoperi în mod corespunzător acest caracter complex. În practică, abordarea pe bază de mai mulți indicatori adoptată de OEDT are scopul de a elucida aceste aspecte diferite ale fenomenului drogurilor.

Indicatorul CPD, îndreptându-și atenția pe un anumit tip de comportamente, oferă o perspectivă prețioasă privind unele dintre cele mai nocive și costisitoare forme de consum de droguri. Ca atare, el reprezintă un element important

**Figura 15:** Consumul de droguri în ultimul an în funcție de grupurile diferite de consumatori în cadrul populației generale cu vârste cuprinse între 15–34 de ani



NB: Date pentru Spania 1999. Pentru mai multe informații, vezi Figura GPS-34 din Buletinul statistic 2006.  
Sursa: EMCDDA (2005b).

în înțelegerea în ansamblu a problemei drogurilor în Europa. Cu toate acestea, se simte tot mai clar nevoia de completare a estimărilor globale ale indicatorului CPD cu estimări pe bază de substanțe pentru a face față problemei tot mai eterogene a drogurilor în Europa.

Având în vedere că multe dintre sursele de date disponibile au la bază rapoarte privind comportamentul în cazul consumului de droguri, conceptul de consum frecvent sau intensiv trebuie dezvoltat pornind de la această idee. Astfel s-ar lărgi perspectiva monitorizării problemelor cauzate de droguri dincolo de abordarea actuală a indicatorului CPD.

Îmbinând informațiile CPD cu acest ansamblu mai larg de informații ar însemna un pas înainte în eforturile depuse de OEDT pentru a înțelege mai bine natura și amploarea problemei drogurilor în Europa. În paralel, se fac eforturi pentru dezvoltarea standardelor de raportare care permit descrierea mai bună la nivel european a modelelor consumului de mai multe droguri. Primii pași în această direcție includ dezvoltarea unui cadru conceptual mai complex de abordare a diferitelor tipuri de policonsum de droguri – inclusiv adoptarea unor cadre temporale adecvate – și identificarea surselor corespunzătoare de date.







## Bibliografie

- ACPO Drugs Committee (2002), *A review of drugs policy and proposals for the future*, The Association of Chief Police Officers, London.
- Bossong, M.G., Van Dijk, J.P. și Niesink, R.J.M. (2005), 'Methylone and mCPP, two new drugs of abuse?', *Addiction biology* 10(4), pp. 321–3.
- Burrell, K., Jones, L., Sumnall, H. et al. (2005), *Tiered approach to drug prevention and treatment among young people*, National Collaborating Centre for Drug Prevention, Liverpool.
- Chen, C.-Y., O'Brien, M.S. și Anthony, J.C. (2005), 'Who becomes cannabis dependent soon after onset of use? Epidemiological evidence from the United States: 2000–2001', *Drug and alcohol dependence* 79, pp. 11–22.
- Chivite-Matthews, N., Richardson, A., O'Shea, J. et al. (2005), *Drug misuse declared: findings from the 2003/04 British Crime Survey*. Home Office statistical bulletin 04/05, Home Office, London (<http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs05/hosb0405.pdf>).
- CND (2005), *World drug situation with regard to drug trafficking: Report of the Secretariat*, Commission on Narcotic Drugs, United Nations Economic and Social Council, Vienna.
- CND (2006), *World drug situation with regard to drug trafficking: Report of the Secretariat*, Commission on Narcotic Drugs, United Nations Economic and Social Council, Vienna.
- EMCDDA (2002a), *Prosecution of drug users in Europe – varying pathways to similar objectives*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.
- EMCDDA (2002b), 'Mortality of drug users in the EU: coordination of implementation of new cohort studies, follow-up and analysis of existing cohorts and development of new methods and outputs', Project CT.00.EP.13, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.
- EMCDDA (2004a), *2004 Annual report on the drugs problem in the European Union and Norway*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.
- EMCDDA (2004b), *An overview of cannabis potency in Europe*, Insights no. 6, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.
- EMCDDA (2004c), *European report on drug consumption rooms*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.
- EMCDDA (2004d), 'Overdose: a major cause of avoidable death among young people', *Drugs in Focus* No. 13, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.
- EMCDDA (2005a), *Annual report 2005: the state of the drugs problem in Europe*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.
- EMCDDA (2005b), 'Assistance to EMCDDA for the analysis of drug profiles from EMCDDA Databank on surveys of drug use', final report, project CT.03.P1.200, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.
- EMCDDA (2005c), 'Data collection to develop an inventory of social and health policies, measures and actions concerning drug users in prison in the recently incorporated Member States to the EU', final report, project CT.04.P2.329, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.
- EuroHIV (2005), *HIV/AIDS surveillance in Europe: End-year report 2004*. Institute de veille sanitaire: Saint-Maurice. No 71.
- Europol (2006), 'Drugs 2006' (communication to the EMCDDA of 16 January 2006, file no. 158448), Europol, The Hague.
- Farrell, M., Gowing, L., Marsden, J. et al. (2005), 'Effectiveness of drug dependence treatment in HIV prevention', *International journal of drug policy* 16S, pp. S67–75.
- Haasen, C., Prinzeve, M., Gossop, M. et al. (2005), 'Relationship between cocaine use and mental health problems in a sample of European cocaine powder and crack users', *World psychiatry*, 4 (3) pp. 173–6.
- Hibell, B., Andersson, B., Bjarnasson, T. et al. (2004), *The ESPAD report 2003: alcohol and other drug use among students in 35 European countries*, The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) and Council of Europe Pompidou Group.
- Higgins, S.T., Sigmon, S.C., Wong, C.J. et al. (2003), 'Community reinforcement therapy for cocaine-dependent outpatients', *Archives of general psychiatry* 60, pp. 1043–52.
- INCB (2006a), *Report of the International Narcotics Control Board for 2005*, United Nations International Narcotics Control Board, New York.
- INCB (2006b), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances*, United Nations International Narcotics Control Board, New York.
- Kandel, D. și Davis, M. (1992), 'Progression to regular marijuana involvement: Phenomenology and risk factors from near daily use', in: Glantz, M. and Pickens, R. (eds), *Vulnerability to Drug Abuse* pp. 211–53. American Psychological Association. Washington.
- Kumpfer, K.L., Molgaard, V. și Spoth, R. (1996), 'The Strengthening Families Program for prevention of delinquency and drug use in special populations', in: Peters, R. and McMahon, R. J. (eds) *Childhood disorders, substance abuse, and*

- delinquency: prevention and early intervention approaches*, Sage Publications, Newbury Park, CA.
- MacDonald, Z., Tinsley, L., Collingwood, J. et al. (2005), *Measuring the harm from illegal drugs using the drug harm index*. Home Office Online Report 24/05. Home Office, London (<http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs05/rdsolr2405.pdf>).
- Naber, D. și Haasen, C. (2006), *Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger – eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Therapiestudie*, Hamburg: Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg ([http://www.heroinstudie.de/ZIS\\_H-Bericht\\_P1\\_DLR.pdf](http://www.heroinstudie.de/ZIS_H-Bericht_P1_DLR.pdf)).
- ONS (2006), *Health Statistics Quarterly 29*, Office for National Statistics, London.
- Poling, J., Oliveto, A., Petry, N. et al. (2006), 'Six-month trial of bupropion with contingency management for cocaine dependence in a methadone-maintained population', *Archives of general psychiatry* 63, pp. 219–28.
- Prinzleve, M., Haasen, C., Zurhold, H. et al. (2004), 'Cocaine use in Europe – a multi-centre study: patterns of use in different groups', *European addiction research* 10, pp. 147–55.
- Rapoartele naționale Reitox (2005) (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=435>).
- Roe, E. și Becker, J (2005), 'Drug prevention with vulnerable young people: a review', *Drugs: education, prevention and policy*, 12(2), pp. 85–99.
- Roozen, H.G., Boulogne, J.J., van Tulder, M.W. et al. (2004), 'A systematic review of the effectiveness of the community reinforcement approach in alcohol, cocaine and opioid addiction,' *Drug and alcohol dependence* 74, pp. 1–13.
- Schäfer, C. și Paoli, L. (2006), *Drogenkonsum und Strafverfolgungspraxis*, Duncker & Humblot, Berlin.
- Schottenfeld, R.S., Chawarski, M.C., Pakes, J.R. et al. (2005), 'Methadone versus buprenorphine with contingency management or performance feedback for cocaine and opioid dependence', *American journal of psychiatry* 162, pp. 340–9.
- Shearer, J. și Gowing, L.R. (2004), 'Pharmacotherapies for problematic psychostimulant use: a review of current research', *Drug and alcohol review* 23, pp. 203–11.
- UNODC (2003a), *Global illicit drug trends 2003*, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna.
- UNODC (2003b), *Ecstasy and amphetamines: global survey 2003*, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna.
- UNODC (2005), *Coca cultivation in the Andean region: A survey of Bolivia, Colombia and Peru – June 2005*, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna.
- UNODC (2006), *2006 world drug report*, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna.
- UNODC și Guvernul Marocului (2005), *Morocco Cannabis Survey 2004*. United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna.
- Van den Brink, W. (2005), 'Epidemiology of cocaine and crack: implications for drug policy and treatment', *Sucht* 51(4), pp. 196–8.
- Vickerman, P., Hickman, M., Rhodes, T. și Watts, C. (2006), 'Model projections on the required coverage of syringe distribution to prevent HIV epidemics among injecting drug users', *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* (in press).
- Von Sydow, K., Lieb, R., Pfister, H. et al. (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(1), pp. 49–64.
- WCO (2005), *Customs and drugs 2004*, World Customs Organization, Brussels.
- WHO (2005), *Effectiveness of drug dependence treatment in preventing HIV among injecting drug users. Evidence for action technical papers*, World Health Organization, Geneva.
- WHO/UNODC/UNAIDS (2004), 'Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention', position paper, World Health Organization, United Nations Office on Drugs and Crime, UNAIDS ([http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/treatment/en/index.html](http://www.who.int/substance_abuse/publications/treatment/en/index.html)).





Observatorul European pentru Droguri și Toxicomanie

**Raportul anual 2006: situația drogurilor în Europa**

Luxemburg: Oficiul pentru Publicații Oficiale al Comunităților Europene

2006 — 96 p. — 21 x 29,7 cm

ISBN 92-9168-260-8



## **VÂNZARE ȘI ABONAMENTE**

Publicațiile cu plată editate de Oficiul pentru publicații sunt disponibile pe lângă birourile de vânzare ale acestuia, repartizate în întreaga lume. Pentru comenzi, vă puteți adresa în unul din aceste birouri, a căror listă v-o puteți procura :

- consultând site-ul internet al Oficiului (<http://publications.europa.eu>),
- solicitând-o prin Fax, la numărul (352) 29 29-42758.

## Despre OEDT

Observatorul European pentru Droguri și Toxicomanie (OEDT) este una din 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 obiective, verificate și comparative privind drogurile și dependența de droguri. Prin aceasta, OEDT oferă publicului său o imagine documentată privind fenomenul drogurilor la nivel european.

Publicațiile OEDT constituie o sursă de informații de prim ordin pentru un public larg, care cuprinde factorii de decizie politică și consilierii acestora, specialiști și cercetători activând în domeniul drogurilor și, în sens mai larg, mass-media și publicul larg.

Raportul anual prezintă sinteza anuală a OEDT privind fenomenul drogurilor în UE și constituie o referință de bază pentru cei interesați să afle ultimele informații despre situația drogurilor în Europa.