



Observatorul European pentru
Droguri și Toxicomanie

RO

ISSN 2314-9183

Raportul european privind drogurile

Tendențe și evoluții

2017



Observatorul European pentru
Droguri și Toxicomanie

Raportul european privind drogurile

Tendențe și evoluții

2017

Aviz juridic

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

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

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

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

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

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

Luxemburg: Oficiul pentru Publicații al Uniunii Europene, 2017

Print	ISBN 978-92-9497-053-4	ISSN 1977-9968	doi:10.2810/23387	TD-AT-17-001-RO-C
PDF	ISBN 978-92-9497-056-5	ISSN 2314-9183	doi:10.2810/517440	TD-AT-17-001-RO-N

© Observatorul European pentru Droguri și Toxicomanie, 2017
Reproducerea este autorizată cu condiția menționării sursei.

Mod de citare recomandat:

Observatorul European pentru Droguri și Toxicomanie (2017), *Raportul european privind drogurile 2017: Tendințe și evoluții*, Oficiul pentru Publicații al Uniunii Europene, Luxemburg.



Observatorul European pentru
Droguri și Toxicomanie

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

Tel. +351 211210200

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

twitter.com/emcdda | facebook.com/emcdda

Cuprins

5	Prefață
9	Notă introductivă și mulțumiri
11	COMENTARIU Situația drogurilor în Europa în 2017
19	CAPITOLUL 1 Oferta de droguri și piața
41	CAPITOLUL 2 Prevalența și tendințele consumului de droguri
61	CAPITOLUL 3 Efectele nocive ale drogurilor și răspunsurile la această problemă
83	ANEXĂ Tabele cu date naționale

| Prefață

Avem deosebita plăcere să vă prezentăm *Raportul european privind drogurile 2017: Tendințe și evoluții*, publicația emblematică a EMCDDA, care furnizează cele mai recente date cu privire la situația drogurilor și la răspunsurile existente în Europa în fața acestei probleme. Vă oferim un bogat pachet de informații și analize, structurat pe mai multe niveluri și fundamentat pe cele mai recente date și statistici furnizate de partenerii noștri naționali.

Raportul din 2017 este însoțit de un nou set de prezentări generale la nivel național, sub forma a 30 de rapoarte de țară privind drogurile, care oferă rezumate online, accesibile privind tendințele și evoluțiile înregistrate de politicile și practicile naționale în materie de droguri ale țărilor europene.

Publicația de față continuă prezentarea anuală a unor informații de actualitate privind fenomenul drogurilor în Europa, dar, în același timp, duce mai departe documentul *EU Drug Markets Report* (Raportul privind piețele europene ale drogurilor), care apare o dată la trei ani și care a fost publicat în 2016. Mai târziu în cursul acestui an, prezentul raport va fi completat de primul raport specializat al UE referitor la răspunsurile de natură socială și medicală la problema drogurilor.

Agencia EMCDDA are sarcina de a culege date și de a se asigura că ele sunt adecvate pentru scopul propus. În acest demers, depunem toate eforturile pentru a furniza cele mai solide dovezi și a contribui la împlinirea viziunii noastre de a crea o Europă mai sănătoasă și mai sigură. Deoarece acest raport reprezintă o prezentare generală de nivel înalt și o analiză a tendințelor și a evoluțiilor în domeniul drogurilor, intenționăm ca el să devină un instrument util pentru responsabilii politici și strategici de la nivel național și european care doresc să își fundamenteze strategiile și intervențiile pe cele mai recente informații disponibile. În concordanță cu obiectivul nostru de a oferi servicii de înaltă calitate părților interesate, acest raport de ultimă oră va permite accesul la date care pot fi utilizate în mai multe scopuri: ca date de referință și de urmărire pentru evaluarea politicilor și a serviciilor; pentru a oferi contextul și a contribui la definirea priorităților în vederea planificării strategice; pentru a permite realizarea unor comparații între situații și seturi de date naționale; și pentru a evidenția amenințările și problemele emergente.



Raportul din acest an atrage atenția asupra unor schimbări potențial îngrijorătoare survenite pe piața opioidelor ilegale, substanțe care continuă să fie asociate cu un nivel ridicat al morbidității și al mortalității în Europa. Remarcăm o creștere generală a numărului de decese cauzate de supradoze de opioide, precum și raportări din ce în ce mai numeroase privind probleme legate de medicamentele de substituție pentru opioide și de opioidele sintetice noi. Pe măsură ce fenomenul drogurilor continuă să evolueze, răspunsurile Europei la această problemă trebuie să evolueze la rândul lor. Cadrul pentru acțiuni concertate, prevăzut în strategia europeană privind drogurile 2013-2020, oferă această posibilitate. Comisia Europeană a propus un nou plan de acțiune privind drogurile, pentru perioada 2017-2020, care este dezbătut în prezent de Parlamentul European și de Consiliu. Acesta se bazează pe rezultatele evaluării la jumătatea perioadei a strategiei actuale a UE privind drogurile și pe evaluarea finală a planului de acțiune 2013-2017. Activitatea EMCDDA, de sprijinire a elaborării unor politici bine documentate în domeniul drogurilor în Europa este reflectată în aceste documente esențiale de politică.

În concluzie, dorim să le mulțumim colegilor noștri din rețeaua de puncte focale naționale Reitox, care furnizează cea mai mare parte a datelor aflate la baza prezentei publicații, împreună cu experții naționali. De asemenea, dorim să menționăm contribuția a numeroase grupuri europene de cercetare, fără de care această analiză ar fi mai săracă. Raportul beneficiază și de colaborarea cu partenerii noștri europeni: Comisia Europeană, Europol, Agenția Europeană pentru Medicamente și Centrul European de Prevenire și Control al Bolilor.

Laura d'Arrigo

Președintele Consiliului de administrație al EMCDDA

Alexis Goosdeel

Directorul EMCDDA

Notă introductivă și mulțumiri

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

Scopul său este să ofere o privire de ansamblu și o sinteză a situației drogurilor în Europa, precum și a măsurilor adoptate în acest sens. Datele statistice prezentate în raportul de față se referă la anul 2015 (sau la ultimul an pentru care sunt disponibile date). Analiza tendințelor se bazează doar pe rapoartele țărilor care au furnizat date suficiente pentru a descrie schimbările survenite în perioada de timp specificată. Semnificația statistică este testată la nivelul de 0,05, dacă nu se specifică altceva. De asemenea, cititorii trebuie să aibă în vedere faptul că monitorizarea modelelor și a tendințelor legate de consumul de droguri, un comportament condamnat de societate și pe care oamenii îl ascund, ridică probleme atât de ordin practic, cât și metodologic. Din acest motiv, analiza conținută în raport utilizează surse de date multiple. Deși se observă îmbunătățiri considerabile atât la nivel național, cât și cu privire la rezultatele care se pot obține printr-o analiză la nivel european, trebuie să recunoaștem dificultățile metodologice din acest domeniu. De aceea, se impune prudență în interpretarea datelor, mai ales atunci când țările sunt comparate pe criteriul unui singur parametru. Puteți consulta avertismentele și rezervele cu privire la date în versiunea online a acestui raport și în [Buletinul statistic](#), care conține informații detaliate despre metodologie, rezervele legate de analiză și observații cu privire la limitările setului de informații disponibile. Sunt disponibile și informații despre metodele și datele utilizate pentru estimările la nivel european, pe care se pot realiza interpolări.

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

- șefilor punctelor focale naționale Reitox și personalului acestora;
- serviciilor și specialiștilor din fiecare stat membru care au cules date brute pentru acest raport;
- membriilor Consiliului de administrație și ai Comitetului științific din cadrul EMCDDA;
- Parlamentului European, Consiliului Uniunii Europene – în special Grupului orizontal de lucru pentru substanțe stupefiante – și Comisiei Europene;
- Centrului European de Prevenire și Control al Bolilor (ECDC), Agenției Europene pentru Medicamente (EMA) și oficiului Europol;
- Grupului Pompidou al Consiliului Europei, Biroului Națiunilor Unite pentru Droguri și Criminalitate, Biroului regional pentru Europa al OMS, organizației Interpol, Organizației Mondiale a Vămirilor, Proiectului european de anchete în școli privind consumul de alcool și alte droguri (ESPAD), Grupului de bază pentru analiza apelor reziduale – Europa (*Sewage Analysis Core Group Europe* – SCORE) și Rețelei europene de urgență privind drogurile (*European Drug Emergencies Network* – Euro-DEN);
- Centrului de Traduceri pentru Organismele Uniunii Europene și Oficiului pentru Publicații al Uniunii Europene.

Punctele focale naționale Reitox

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

Comentariu

**Problemele
legate de droguri
cu care se confruntă Europa**

Situația drogurilor în Europa în 2017

Prezentul raport oferă o imagine a situației drogurilor în Europa, bazată pe cele mai recente informații disponibile provenite din activitățile de monitorizare ale Uniunii Europene. Partea principală a raportului cuprinde o privire de ansamblu asupra pieței europene a drogurilor, asupra consumului de droguri, a efectelor nocive ale acestuia și a răspunsurilor la această problemă. Aceasta este însoțită de 30 de rapoarte naționale complementare, precum și de date extinse și informații privind metodologia, disponibile online.

Prezenta secțiune introductivă cuprinde un scurt comentariu analitic referitor la câteva dintre temele esențiale care se desprind din datele

aferente acestui an. Deoarece problemele legate de droguri cu care se confruntă Europa sunt influențate din ce în ce mai mult de evoluțiile mediului internațional și interacționează cu acestea, analiza câștigă valoare prin plasarea într-un context global mai larg. Pentru două subiecte importante – consumul de cannabis în rândul tinerilor și modificările survenite pe piața opioidelor –, situația actuală din Europa și evoluția sa sunt comparate și confruntate cu cele din America de Nord, constatându-se existența unor asemănări și deosebiri notabile.

Evoluțiile politicilor internaționale referitoare la canabis au implicații pentru Europa?

Modificările cadrului de reglementare a canabisului efectuate recent în unele zone ale celor două Americi au generat interes în rândul factorilor de decizie și al publicului larg din Europa. Aceste evoluții au fost destul de diverse și, de aceea, sunt necesare evaluări solide înainte să poată fi apreciate costurile și beneficiile relative ale diverselor abordări strategice în materie de canabis. În plus, nu este clar în ce măsură evoluțiile survenite în alte zone pot fi direct transferabile în contextul european.

În cele 28 de state membre ale Uniunii Europene există o diversitate considerabilă de atitudini referitoare la reglementarea canabisului și la consumul de canabis, abordările actuale variind de la modele restrictive până la tolerarea anumitor forme de consum personal. Cu toate acestea, în prezent, are loc o dezbatere aprinsă iar, în unele țări, prezintă un interes tot mai mare teme precum permiterea producerii de canabis pentru consum personal și disponibilitatea canabisului pentru tratarea unor afecțiuni medicale.

Indiferent de eventualitatea unui impact mai de amploare asupra politicii în domeniul drogurilor, existența unei piețe a canabisului reglementată din punct de vedere comercial în unele țări din afara Europei stimulează inovarea și dezvoltarea de produse, de exemplu vaporizatoare, lichide pentru țigări electronice și produse comestibile. Este posibil ca unele dintre aceste evoluții să influențeze modelele de consum din Europa, ceea ce subliniază importanța monitorizării comportamentale în această zonă și nevoia de a evalua posibilele implicații pentru sănătatea ale eventualelor schimbări în ceea ce privește modelele viitoare de consum.

Piața europeană a canabisului s-a modificat deja considerabil în ultimii ani, parțial ca urmare a trecerii la o producție mai mult internă. Se observă încă nivelurile excepțional de mari ale potenței globale, atinse în ultimii ani atât la rășina, cât și la iarba de canabis disponibilă în Europa. De asemenea, drogul este asociat în continuare cu probleme de sănătate și stă la baza celei mai mari părți din numărul raportat de persoane nou admise la tratament pentru consum de droguri în Europa. Din aceste motive, este important ca dezbaterile referitoare la cele mai potrivite răspunsuri politice față de acest drog să aibă la bază înțelegerea tendințelor înregistrate în consumul de canabis și a efectelor nocive aferente.

Comparație între comportamentele legate de consumul de substanțe între elevii din Uniunea Europeană și cei din Statele Unite ale Americii

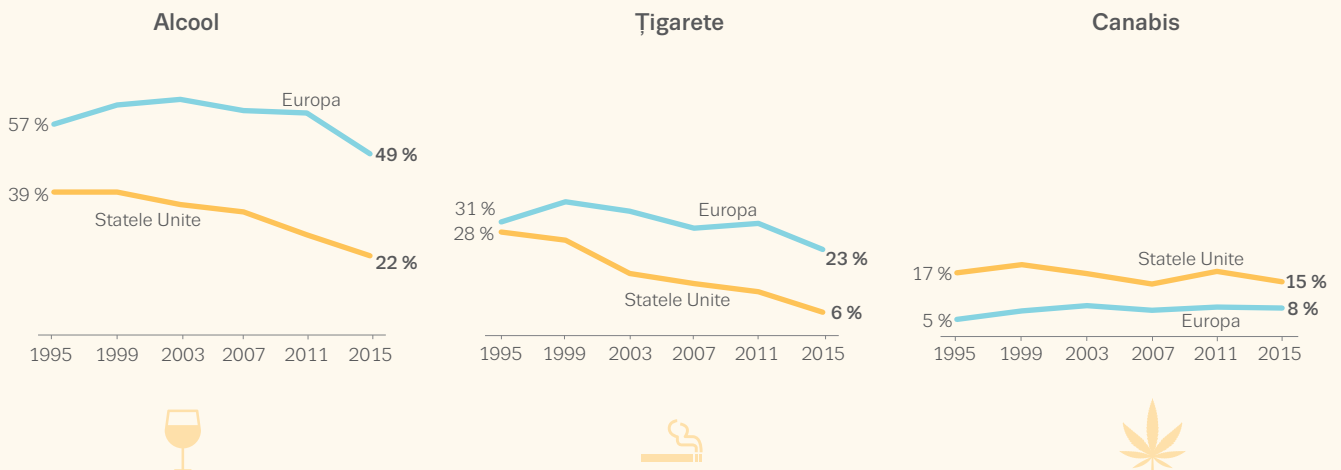
În această privință, sunt utile cele două noi anchete majore efectuate în școli (în rândul elevilor cu vârste de aproximativ 15-16 ani) publicate în 2016, deoarece permit realizarea unor comparații între modelele de consum de canabis și de alte substanțe la elevii europeni și americani. Este încurajator faptul că, în ambele regiuni, cele mai recente date arată o scădere a consumului de tutun și, într-o mai mică măsură, a celui de alcool; tendințele referitoare la consumul de canabis se dovedesc însă mai stabile. Pe de altă parte, în ceea ce privește nivelurile și modelele de consum al substanțelor respective, între elevii europeni și cei americani există diferențe importante.

În Europa, nivelurile măsurate ale consumului de canabis sunt mai scăzute decât cele înregistrate în Statele Unite, iar consumul de canabis este raportat mai puțin frecvent decât consumul de tutun. În schimb, consumul de canabis de către elevii din SUA depășește consumul de tutun, care este foarte redus. Și nivelurile consumului de alcool diferă, existând mai mulți elevi europeni care menționează consumul de alcool, precum și modele de consum mai intens decât colegii lor americani.

Este necesară o analiză mai aprofundată a asemănarilor și deosebirilor observate în ceea ce privește consumul de substanțe de către elevi, pentru a examina influența relativă a factorilor sociali, contextuali și de reglementare asupra alegerilor făcute de tineri. De exemplu, înțelegerea motivelor care au determinat reducerea fumatului de țigare observată atât în Statele Unite, cât și în Europa poate furniza idei pentru combaterea consumului de alte substanțe, cum ar fi canabisul. Este important să se rețină și faptul că există diferențe între modurile de consum al substanțelor. În Europa, de exemplu, spre deosebire de Statele Unite, canabisul este fumat adesea în combinație cu tutunul, ceea ce poate avea implicații pentru politicile în domeniul sănătății publice.

**Înțelegerea tendințelor privind
consumul de canabis
și a efectelor nocive
asociate este importantă**

CONSUMUL DE SUBSTANȚE ÎN RÂNDUL ELEVILOR CU VÂRSTA DIN EUROPA ȘI STATELE UNITE



NB: Tendințe în ceea ce privește consumul de substanțe în ultima lună în rândul elevilor cu vârsta de 15-16 ani din Europa și Statele Unite. Valorile medii (neponderate) pentru Europa se bazează pe date din 21 de țări ale UE și din Norvegia (sursa: *ESPAD*). Valorile medii pentru SUA se bazează pe eșantioane de elevi din clasa a X-a (sursa: *Monitoring the Future*).

Piața europeană a drogurilor stimulante: disponibilitatea cocainei este în creștere?

Drogurile stimulante ilegale utilizate cel mai frecvent în Europa — cocaina, MDMA și amfetaminele — continuă să fie asociate cu modele de consum diverse și diferențiate geografic și toate au un nivel raportat de puritate mai ridicat decât cu un deceniu în urmă. Acest sector al pieței drogurilor ilegale a crescut în complexitate ca urmare a disponibilității unor substanțe stimulante noi, printre care catinonele și fenetilaminele. Raportul de anul trecut a evidențiat creșteri ale disponibilității și consumului de comprimate în doze mari de MDMA, această tendință fiind încă evidentă în cele mai recente date. Conținutul mare de MDMA identificat, în prezent, în comprimatele capturate ar sugera că producătorii nu întâmpină dificultăți în procurarea substanțelor chimice precursore necesare pentru producerea drogului. Datele privind capturile indică și faptul că Europa rămâne un producător important pentru piața globală de MDMA.

Mai mulți indicatori, printre care monitorizarea apelor reziduale, capturile și datele privind prețul și puritatea, sugerează că disponibilitatea cocainei poate fi din nou în creștere în unele zone ale Europei. Acest drog este, în mod tradițional, substanța stimulantă ilegală utilizată cel mai frecvent într-o serie de țări, situate, în principal, în sudul și vestul Europei. Noile date raportate în prezentul document susțin acest lucru, fiind observate capturi tot mai mari de-a lungul rutelor de trafic consacrate care duc la principalele piețe europene pentru acest drog. În schimb, în nordul și centrul Europei amfetamina și, în mai mică măsură, metamfetamina joacă un rol mai semnificativ pe piața drogurilor decât cocaina. În cazul amfetaminelor, o serie de

evoluții semnalate anterior continuă să reprezinte motive de îngrijorare. Printre acestea se numără schimbările apărute în disponibilitatea precursorilor și în căile de sinteză, extinderea pieței metamfetaminelor și unele dovezi privind creșterea nivelurilor de injectare și a efectelor nocive aferente.

Injectarea este în scădere, dar rămâne o provocare pentru politicile în domeniul sănătății publice

Informațiile provenite din surse care vizează tratamentele pentru consum de droguri și din alte surse indică faptul că tendința generală, pe termen lung, de administrare prin injectare este, în continuare, descendentă. În rândul consumatorilor de heroină admiși la tratament specializat pentru prima dată în viață, de exemplu, numărul injectărilor raportate se află, în prezent, la cel mai mic nivel în peste zece ani, deși există o variație considerabilă între țări. Unii indicatori ai efectelor nocive asupra sănătății care sunt asociați cu această cale de administrare, în principal, rata noilor diagnosticări cu HIV care pot fi atribuite consumului de droguri prin injectare, au înregistrat un declin paralel. Acest lucru nu înseamnă însă că au dispărut motivele de îngrijorare în această privință. Chiar dacă cele 1 233 de noi infecții cu HIV raportate în 2016 au reprezentat cel mai scăzut nivel din mai mult de două decenii, ele sunt încă o problemă semnificativă pentru sănătatea publică. În plus, au existat focare recente în cadrul anumitor populații vulnerabile și în rândul consumatorilor care își injectează droguri stimulante și noi substanțe psihoactive.

Există și dovezi conform cărora infecțiile transmise prin sânge sunt deseori diagnosticate relativ târziu în rândul

persoanelor care își injectează droguri comparativ cu alte grupuri, ceea ce reduce posibilitatea de a interveni cu succes. Diagnosticarea tardivă este importantă și în privința infectării cu virusul hepatitei C, constatată deseori într-un procentaj ridicat în rândul persoanelor care și-au injectat droguri. În ultimii câțiva ani, posibilitățile de tratare a hepatitei virale s-au îmbunătățit foarte mult, odată cu apariția unei noi generații de medicamente extrem de eficiente. Eradicarea acestei boli poate fi considerată în prezent atât o oportunitate, cât și o provocare pentru furnizorii de servicii medicale generale și pentru serviciile specializate destinate consumatorilor de droguri.

Caracterul schimbător al problemei opioidelor

Comparația cu evoluțiile din America de Nord este relevantă și pentru o analiză a problemei drogurilor opioide din Europa. O trecere în revistă a datelor prezentate în acest raport sugerează că există unele paralelisme, chiar dacă, în ansamblu, situația din UE rămâne diferită.

Cele mai recente date arată că, în Europa, majoritatea noilor admiteri la tratament pentru dependența de opioide – aproximativ 80 % – sunt determinate, în continuare, de consumul de heroină. În plus, scăderea generală a cererii de tratament pentru dependența de heroină, observată începând cu anul 2007, nu mai este evidentă. Un motiv de îngrijorare deosebită îl reprezintă estimarea tot mai ridicată a numărului de decese prin supradoză de droguri în Europa, care a înregistrat o creștere pentru al treilea an consecutiv; heroina este implicată în multe dintre aceste decese.

Și America de Nord a înregistrat un nivel considerabil al morbidității și al mortalității asociate cu abuzul de opioide prescrise, niveluri în creștere ale consumului de heroină și, mai recent, apariția unor opioide sintetice foarte puternice, în special derivați de fentanil. O diferență între cele două regiuni constă în faptul că, în Europa, foarte puțini dintre consumatorii care încep un tratament specializat își tratează dependența de analgezice opioide. Acest lucru reflectă, probabil, diferențele existente între Europa și America de Nord în ceea ce privește cadrul de reglementare și abordarea comercializării și a prescrierii. Nu poate fi eliminată însă nici posibilitatea subraportării, deoarece este posibil ca europenii care se confruntă cu probleme legate de medicamentele prescrise să se adreseze altor servicii decât cele utilizate de consumatorii de droguri ilegale. În schimb, medicamentele folosite în tratamentul de substituție pentru opioide au acum un rol mai important în admitterile la tratament și în efectele nocive asupra sănătății în mai multe țări europene. În ansamblu, aproximativ o cincime din admitterile la servicii

specializate pentru dependența de opioide nu sunt pentru heroină. Este greu de cuantificat rolul jucat de opioidele sintetice, precum metadona, în decesele prin supradoză la nivelul UE, dar în multe țări aceste substanțe sunt în prezent importante, iar în câteva țări sunt predominante. Reducerea folosirii necorespunzătoare a medicamentelor, inclusiv a celor utilizate în tratamentul de substituție pentru opioide, reprezintă o provocare tot mai mare pentru mulți furnizori de servicii medicale din Europa. O bază solidă de dovezi susține utilizarea corespunzătoare a medicamentelor de substituție pentru opioide, despre care s-a demonstrat că reduc morbiditatea, mortalitatea și infraționalitatea în rândul persoanelor cărora li se administrează. Prin urmare, pentru a nu se compromite beneficiile clare pentru sănătate rezultate din această metodă de tratament, sunt necesare bune practici clinice și înțelegerea modului în care opioidele eliberate pe bază de prescripție sunt deturnate de la utilizarea lor legitimă, precum și a modului în care poate fi redusă această practică.

Opioidele sintetice cu potență mare: o amenințare crescândă la adresa sănătății

Atât în Europa, cât și în America de Nord, apariția recentă a unor opioide sintetice noi cu potență mare, în special derivați de fentanil, provoacă o îngrijorare considerabilă. Din 2012 și până acum, sistemul de alertă timpurie al UE a primit un număr din ce în ce mai mare de raportări referitoare la aceste substanțe și la efectele nocive pe care le produc. Substanțele respective se vând pe piețele online și, de asemenea, pe piața ilegală. Uneori, ele sunt vândute drept heroină, drept alte droguri ilegale și chiar drept medicamente contrafăcute sau în amestec cu astfel de substanțe. Opioidele sintetice cu potență mare prezintă riscuri majore pentru sănătate, nu numai pentru cei care le consumă, ci și pentru cei implicați în producerea lor, precum și pentru lucrătorii poștali și agenții de aplicare a legii. Întrucât sunt necesare doar volume mici pentru producerea a multe mii de doze, aceste substanțe sunt ușor de ascuns și de transportat, ceea ce îngreunează considerabil sarcina organismelor de combatere a drogurilor. În același timp, ele reprezintă o marfă potențial atractivă și profitabilă pentru crima organizată.

Opioidele sintetice foarte puternice prezintă riscuri grave la adresa sănătății

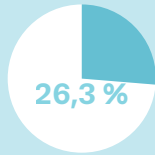
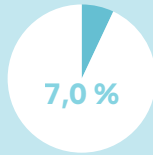
SCURTĂ PREZENTARE A ESTIMĂRILOR PRIVIND CONSUMUL DE DROGURI ÎN UNIUNEA EUROPEANĂ

Canabis



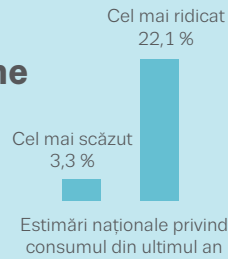
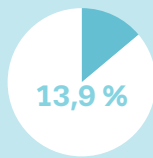
Consumat:
În ultimul an **23,5 milioane** De-a lungul vieții **87,7 milioane**

Adulți
(15–64)



Adulți tineri
(15–34)

În ultimul an
17,1 milioane

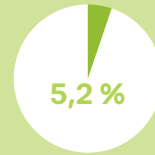
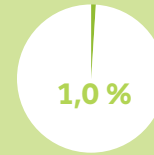


Cocaină



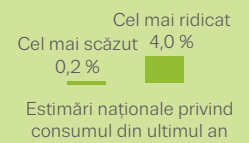
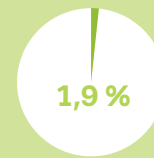
Consumat:
În ultimul an **3,5 milioane** De-a lungul vieții **17,5 milioane**

Adulți
(15–64)



Adulți tineri
(15–34)

În ultimul an
2,3 milioane

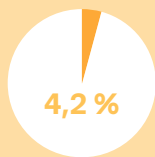
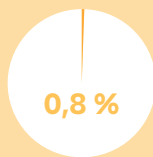


MDMA



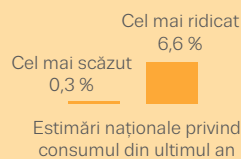
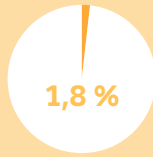
Consumat:
În ultimul an **2,7 milioane** De-a lungul vieții **14,0 milioane**

Adulți
(15–64)



Adulți tineri
(15–34)

În ultimul an
2,3 milioane

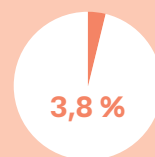
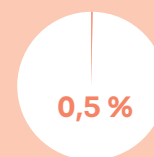


Amfetamine



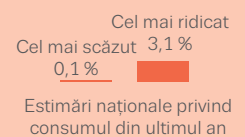
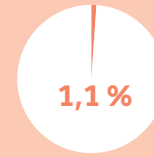
Consumat:
În ultimul an **1,8 milioane** De-a lungul vieții **12,5 milioane**

Adulți
(15–64)



Adulți tineri
(15–34)

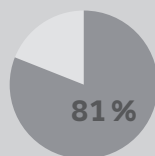
În ultimul an
1,3 milioane



Opioide

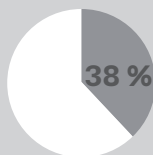


Consumatori problematici de opioide **1,3 milioane** Supradoze fatale



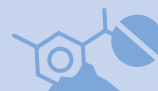
Cereri de tratament pentru consum de droguri

Principalul drog menționat în aproximativ 38 % din numărul total al cererilor de tratament pentru consumul de droguri din Uniunea Europeană



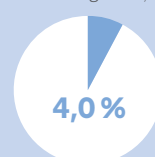
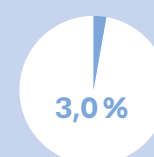
Opioidele se regăsesc în 81 % din cazurile de supradoză fatală
630 000 de consumatori de opioide au primit tratament de substituție în 2015

Noi substanțe psihoactive



Consumat:
În ultimul an **3,0 milioane** De-a lungul vieții **4,0 milioane**

Elevi cu vârsta de 15-16 ani din 24 de țări europene



Sursa: Raportul ESPAD 2015 Tabele suplimentare.

În Europa, problemele legate de opioidele sintetice cu potență mare par să fie în creștere, după cum indică numărul din ce în ce mai mare al raportărilor de intoxicații nefatale și decese primite de sistemul de alertă timpurie. La începutul anului 2017, EMCDDA a efectuat exerciții de evaluare a riscurilor cu privire la derivații de fentanil denumiți acrilioilfentanil și furanilfentanil. Se are în vedere controlarea acestor substanțe la nivel european, iar o serie de alte droguri din aceeași categorie se află, în prezent, sub observație.

Versatilitatea noilor substanțe psihoactive

Analiza din acest an sugerează că, deși este posibil ca reacțiile din Europa și din alte zone să aibă impact asupra apariției de noi substanțe, fenomenul substanțelor psihoactive noi continuă să reprezinte o provocare considerabilă pentru sănătatea publică. Chiar dacă rata de raportare a drogurilor noi în sistemul de alertă timpurie a fost de unul pe săptămână în 2016, numărul total de detectări noi a fost mai scăzut decât în anii precedenți. Acest lucru poate fi un semn pozitiv, în special dacă declinul se va menține. Alte date sunt însă mai puțin încurajatoare, neindicând categoric că disponibilitatea generală a noilor substanțe psihoactive s-a redus. În plus, chiar dacă scade ritmul de introducere a substanțelor noi, numărul total al substanțelor disponibile pe piață continuă să crească. Există și semne că unele clase de substanțe psihoactive noi, îndeosebi catinonele sintetice și canabinoizii sintetici, își consolidează prezența pe piața drogurilor.

Există mai multe motive care pot explica scăderea ritmului în care apar noi substanțe pe piață. Unele țări europene au introdus interdicții generale, legislație privind substanțele generice și analoage și alte măsuri care vizează producătorii și distribuitorii de substanțe psihoactive noi. Acest lucru a creat un cadru juridic mai restrictiv, în care producătorii să găsească mai puțini stimulanti pentru a se angaja într-un „joc de-a șoarecele și pisica” cu autoritățile de reglementare, folosind inovarea pentru a-și menține avansul față de controalele legale.

În plus, o mare parte din noile substanțe psihoactive furnizate Europei provin din China și este posibil ca noile controale din acea zonă să fi influențat disponibilitatea în Uniunea Europeană.

În unele zone ale Europei, măsurile de control orientate către magazinele stradale par să fi avut impact asupra accesului la noile substanțe psihoactive. Vânzarea acestor substanțe a devenit mai clandestină, accesul online și piața drogurilor ilegale având acum un rol mai important decât în trecut. În acest context, statutul juridic al noilor substanțe, în special atunci când sunt puse în vânzare alături de droguri ilegale, poate fi mai puțin important și, ca atare, poate constitui o motivație mai puțin puternică pentru inovarea de produse.

Noile substanțe psihoactive: substanțe intoxicante ieftine pentru consumatorii de droguri marginalizați și cronici

Este posibil ca cererea de noi substanțe psihoactive să fi fost influențată și de atitudinile negative ale consumatorilor. Prevenirea, reducerea efectelor nocive și raportarea consecințelor negative par să fi afectat percepția tinerilor conform căreia noile substanțe sunt alternative legale relativ sigure la drogurile ilegale clasice. Există însă și dovezi că, în pofida acestui lucru, în cadrul populațiilor de consumatori mai degrabă cronici și marginalizați, disponibilitatea și consumul acestor substanțe pot fi în creștere.

Consumul problematic de noi substanțe psihoactive devine mai vizibil în anumite medii și în rândul anumitor populații vulnerabile. De exemplu, consumul de catinone injectabile în rândul actualilor și foștilor consumatori de opioide a fost asociat cu un nivel crescut de probleme de sănătate atât fizice, cât și psihice.

Și canabinoizii sintetici reprezintă un motiv de îngrijorare din ce în ce mai important. În pofida unor asemănări farmacologice, aceste droguri nu trebuie confundate cu produsele pe bază de cannabis. Canabinoizii sintetici sunt adesea, substanțe cu potență mare, care pot avea consecințe grave, posibil letale. Există dovezi care sugerează că, în unele zone ale Europei, canabinoizii sintetici sunt consumați în prezent, ca substanțe intoxicante ieftine și puternice de către grupuri marginalizate, cum ar fi persoanele fără adăpost. Greutatea detectării a făcut ca, în unele închisori europene, canabinoizii sintetici să devină o problemă deosebită, cu implicații grave pentru sănătatea și siguranța deținuților.

1

**Piața europeană a drogurilor
continuă să evolueze**

Oferta de droguri și piața

La nivel mondial, Europa este o piață importantă pentru droguri, alimentată atât cu droguri de producție internă, cât și cu droguri obținute prin trafic din alte regiuni ale lumii. America Latină, vestul Asiei și nordul Africii sunt surse importante pentru drogurile ilegale care intră în Europa, în timp ce China este o țară-sursă pentru noile substanțe psihoactive. În plus, unele droguri și unii precursori de droguri tranzitează Europa pe ruta către alte continente. Europa este și o regiune în care se produc canabis și droguri sintetice, canabisul fiind produs, în special, pentru consumul local, în timp ce unele droguri sintetice sunt produse pentru a fi exportate către alte zone ale lumii.

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

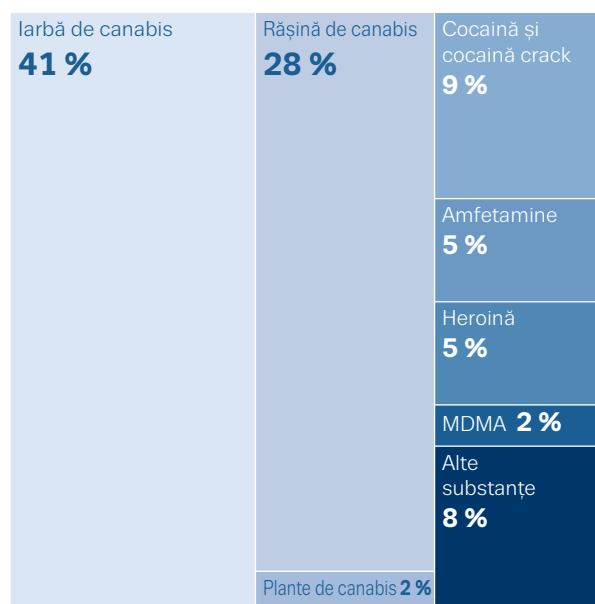
Monitorizarea piețelor de droguri, a ofertei și a legislației în domeniu

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

De asemenea, în acest capitol sunt prezentate date privind notificările și capturile de noi substanțe psihoactive, raportate de partenerii naționali ai EMCDDA și ai Europol în sistemul de alertă timpurie al UE. Întrucât aceste informații sunt extrase mai degrabă din rapoarte de caz decât din sistemele de monitorizare de rutină, estimările privind capturile sunt minime. Descrierea completă a sistemului de alertă timpurie al UE poate fi consultată pe site-ul EMCDDA, la secțiunea [Action on new drugs](#) (Acțiuni privind drogurile noi).

FIGURA 1.1

Numărul capturilor de droguri raportate, după drogul capturat, 2015



Piețele drogurilor: apariția ofertei pe internet

Piețele drogurilor ilegale pun în legătură consumatorii și producătorii prin intermediul unor lanțuri de intermediari. Aceste sisteme complexe generează sume mari de bani la toate nivelurile pieței. La o estimare moderată, valoarea pieței cu amănuntul a drogurilor ilegale în Uniunea Europeană a fost de 24 de miliarde EUR în 2013 (intervalul probabil: 21-31 de miliarde EUR).

Noile tehnologii bazate pe internet apărute în ultimul deceniu au facilitat dezvoltarea piețelor online, care există în paralel cu piața fizică a drogurilor. Unii vânzători online utilizează internetul de suprafață, oferta lor de vânzare cu amănuntul incluzând, în general, substanțe chimice de tipul precursorilor nesupuși controlului, noi substanțe psihoactive sau medicamente care pot fi falsificate sau contrafăcute. Alți vânzători lucrează pe internetul ascuns, prin intermediul piețelor de internet ascuns, bazate pe tehnologii care ascund identitatea cumpărătorului și a vânzătorului. Aceste piețe au caracteristici comune cu piețele online legitime precum eBay și Amazon, iar clienții au posibilitatea de a căuta și compara produsele și furnizorii. Pentru a ascunde atât tranzacțiile, cât și amplasamentul fizic al serverelor, se folosesc diverse strategii, printre care: servicii de anonimizare, cum ar fi Tor și I2P, care ascund adresa IP a unui calculator; utilizarea de criptomonede, cum ar fi bitcoin și litecoin, pentru efectuarea de plăți relativ nedetectabile; și comunicarea criptată între participanții la piață. În reglementarea vânzătorilor pe piețe joacă un rol și sistemele de stabilire a reputației acestora.

Majoritatea vânzărilor efectuate pe piețele de internet ascuns sunt legate de droguri. Un studiu recent care a analizat vânzările efectuate pe 16 piețe de internet ascuns între anii 2011 și 2015, a estimat că vânzările de droguri au generat peste 90 % din venitul economic total al piețelor de internet ascuns din toată lumea. Se preconizează că aproape jumătate (46 %) dintre vânzările de droguri de pe internetul ascuns provin de la furnizori din Europa, având o valoare estimată la 80 de milioane EUR pe perioada studiului. Principalele țări-sursă din Europa în ordinea volumului de vânzări au fost Germania, Țările de Jos și Regatul Unit, cea mai mare parte a veniturilor din vânzări provenind de la droguri stimulante, în special MDMA și cocaină.

Capturile de droguri: peste un milion în Europa

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

Drogul capturat cel mai frecvent este cannabisul, reprezentând peste 70 % din capturile efectuate în Europa (figura 1.1). Pe locul al doilea se situează cocaina (9 %), urmată de amfetamine (5 %), heroină (5 %) și MDMA (2 %).

Majoritatea vânzărilor efectuate pe piețele de internet ascuns sunt legate de droguri

În 2015, numai trei țări – Spania, Franța și Regatul Unit – au raportat peste 60 % din totalul capturilor de la nivelul Uniunii Europene; la rândul lor, Belgia, Germania, Grecia, Italia și Suedia au raportat un număr considerabil de capturi. Trebuie precizat că nu sunt disponibile date recente privind numărul de capturi din Țările de Jos, nici al celor din Polonia sau Finlanda. Lipsa acestor date sporește incertitudinea analizei.

Numărul mare de capturi de droguri raportat de Turcia reflectă atât piața semnificativă de consum din această țară, cât și poziția sa pe rutele de trafic de droguri dintre Uniunea Europeană, Orientul Mijlociu și Asia.

Cantitatea de iarbă de canabis capturată a scăzut în ultimul timp

Pe piața europeană a drogurilor se găsesc două produse principale pe bază de canabis, și anume iarbă de canabis (marijuana) și rășina de canabis (hașișul), în timp ce uleiul de canabis este, prin comparație, rar. Produsele pe bază de canabis dețin cea mai mare cotă (38 %) din piața cu amănuntul a drogurilor ilegale din Europa, având o valoare estimată de 9,3 miliarde EUR (intervalul probabil: 8,4-12,9 miliarde EUR). Iarbă de canabis care se consumă în Europa este cultivată atât intern, cât și obținută din traficul cu alte țări. Iarbă de canabis produsă în Europa se cultivă mai ales în spații interioare. În cea mai mare parte, rășina de canabis este importată, în principal din Maroc. Raportările recente indică modificarea rutelor de trafic de canabis, cu o creștere a traficului de iarbă și ulei de canabis din Balcanii de Vest, în special din Albania, ca

CANABIS

Rășină

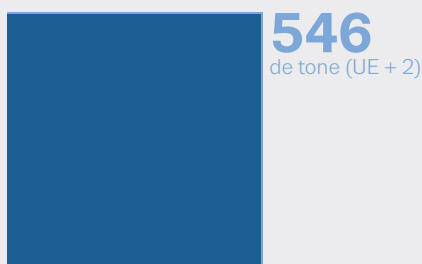
Număr de capturi

288 000 UE



Cantități capturate

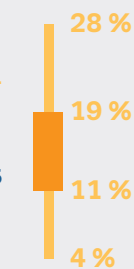
536
de tone (UE)



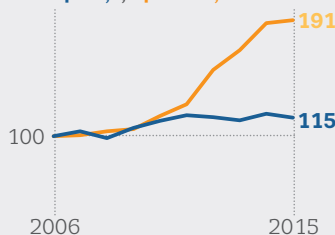
Preț (EUR/g)



Potență (% THC)



Tendențe indexate: preț și potență



Iarbă

Număr de capturi

404 000 UE **438 000** UE + 2



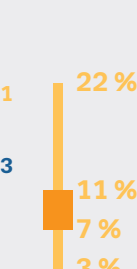
Cantități capturate



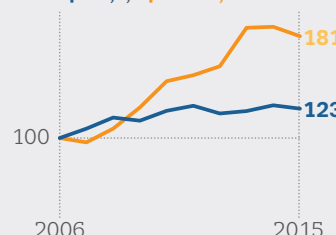
Preț (EUR/g)



Potență (% THC)



Tendențe indexate: preț și potență

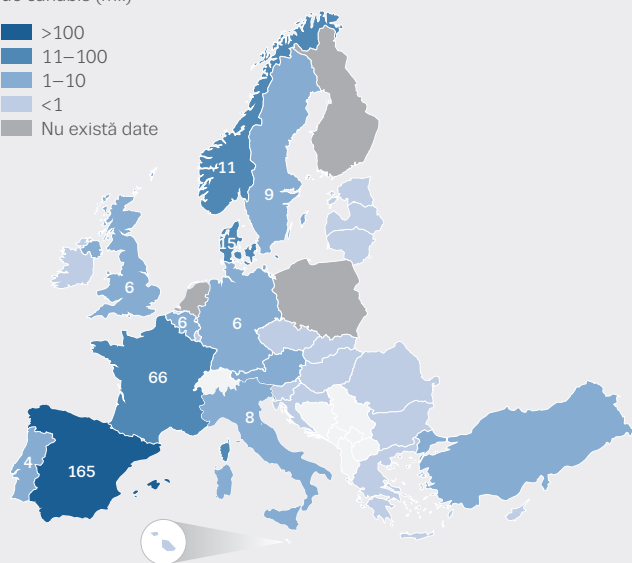


UE + 2 cuprinde statele membre ale UE împreună cu Turcia și Norvegia. Prețul și potența produselor de canabis: valori medii naționale — minim, maxim și interval intercuartil. Țările incluse variază în funcție de indicator.

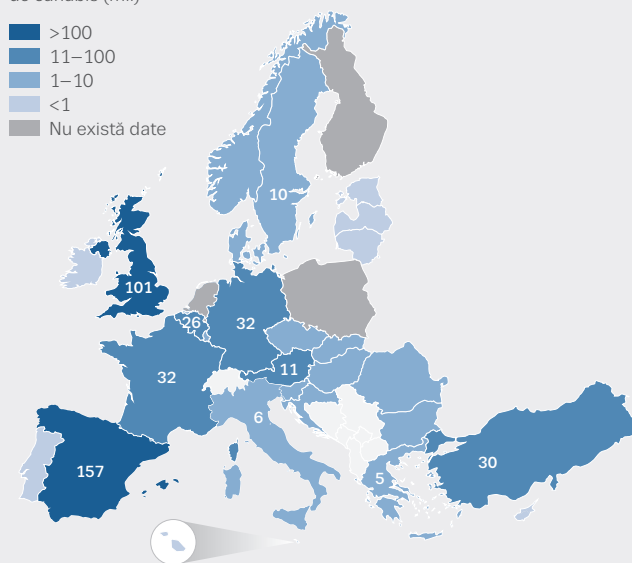
FIGURA 1.2

Capturile de rășină de canabis și iarbă de canabis, 2015 sau cel mai recent an

Numărul capturilor de rășină de canabis (mii)

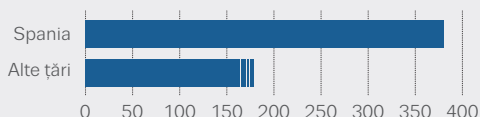


Numărul capturilor de iarbă de canabis (mii)

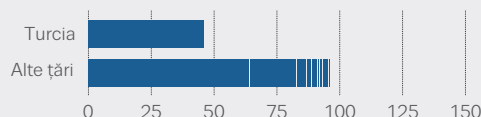


NB: Numărul capturilor din cele 10 țări care au înregistrat cele mai mari valori.

Cantitatea de rășină de canabis capturată (tone)



Cantitatea de iarbă de canabis capturată (tone)



urmare a cultivării mai intense în țările respective. În plus, dovezile sugerează că Libia a devenit un centru important pentru traficul de rășină către diverse destinații, inclusiv Europa.

În 2015, în Uniunea Europeană au fost raportate 732 000 de capturi de produse pe bază de canabis, dintre care 404 000 de iarbă de canabis, 288 000 de rășină de canabis și 19 000 de capturi constând în plante de canabis. Cantitatea de rășină de canabis capturată este însă de peste 6 ori mai mare decât cea de iarbă de canabis (536 de tone comparativ cu 89 de tone). Această diferență este explicată, în parte, de traficul rășinii de canabis în cantități mari pe distanțe lungi și transfrontalier, ceea ce sporește probabilitatea de a fi detectată în zonele în care este interzisă. Atunci când se analizează cantitățile de canabis capturate, se observă un număr mic de țări deosebit de importante ca urmare a poziției lor pe rutele principale de trafic de canabis. Spania, de exemplu, fiind un punct principal de intrare pentru rășina de canabis

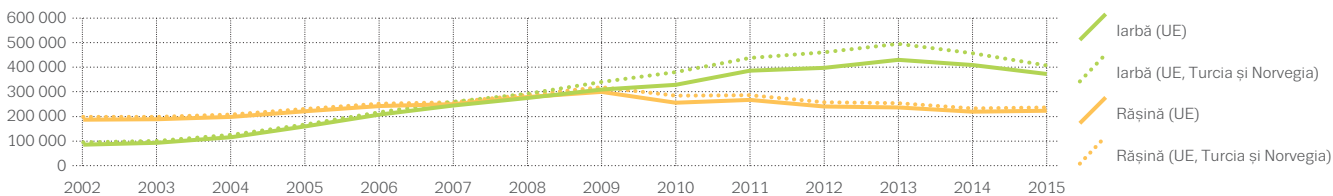
produsă în Maroc, a raportat peste 70 % din cantitatea totală capturată în Europa în 2015 (figura 1.2).

Începând din 2009, numărul de capturi de iarbă de canabis din Europa depășește numărul capturilor de rășină, iar din 2011 atât numărul capturilor de rășină, cât și al celor de iarbă de canabis prezintă tendințe relativ stabile (figura 1.3). În 2015, se estimează că în Europa au fost capturate 135 de tone de iarbă de canabis, adică o scădere cu 38 % față de cele 217 tone capturate în 2014. Scăderi importante au fost raportate în Belgia, Grecia și Italia. O reducere similară a cantității de iarbă de canabis capturată este evidentă și în Turcia începând din 2013. Acest declin general observat în Europa poate fi pus pe seama mai multor factori, printre care: inițiativele de combatere a producției la scară largă în țări din afara Uniunii Europene, precum Albania; acordarea unei atenții mai mari cultivării interne decât traficului; modificarea modului de înregistrare a capturilor; și schimbarea priorităților în domeniul aplicării legii în unele țări. În cele mai recente date, cantitatea de rășină de canabis capturată în Uniunea Europeană a rămas stabilă din 2009.

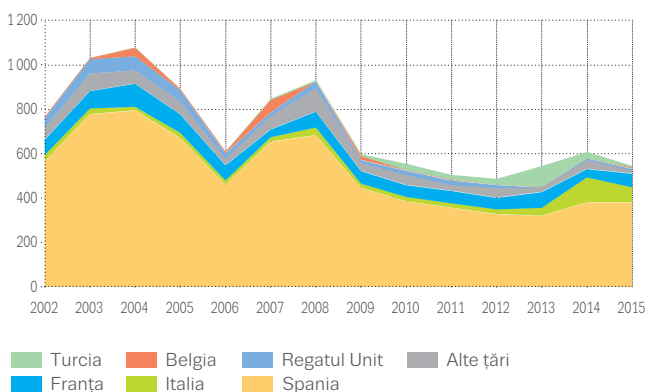
FIGURA 1.3

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

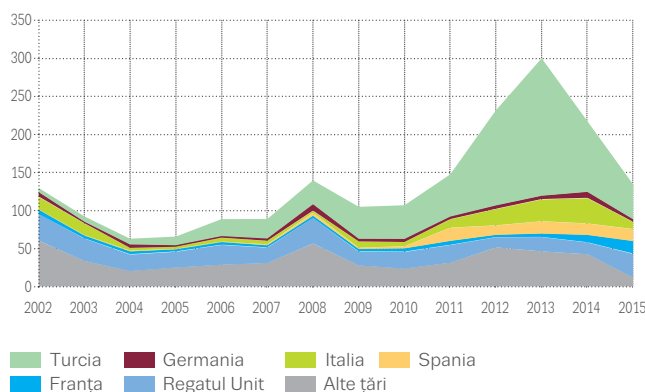
Număr de capturi



Rășină (tone)



Iarbă (tone)



Capturile de plantă de canabis pot fi considerate un indicator al producției acestui drog într-o anumită țară. Din cauza diferențelor de raportare dintre țări, datele referitoare la capturile de plantă de canabis trebuie analizate cu precauție. Totuși, se constată că numărul de plante capturate a înregistrat o creștere pe termen lung, de la 1,5 milioane de plante în 2002 la 3,3 milioane în 2014, urcând apoi brusc la 11,4 milioane de plante în 2015, cu o creștere importantă a numărului de plante capturate raportat de Țările de Jos. Această tendință poate reflecta schimbarea priorităților în domeniul aplicării legii, în sensul vizării mai intensive a culturilor de canabis.

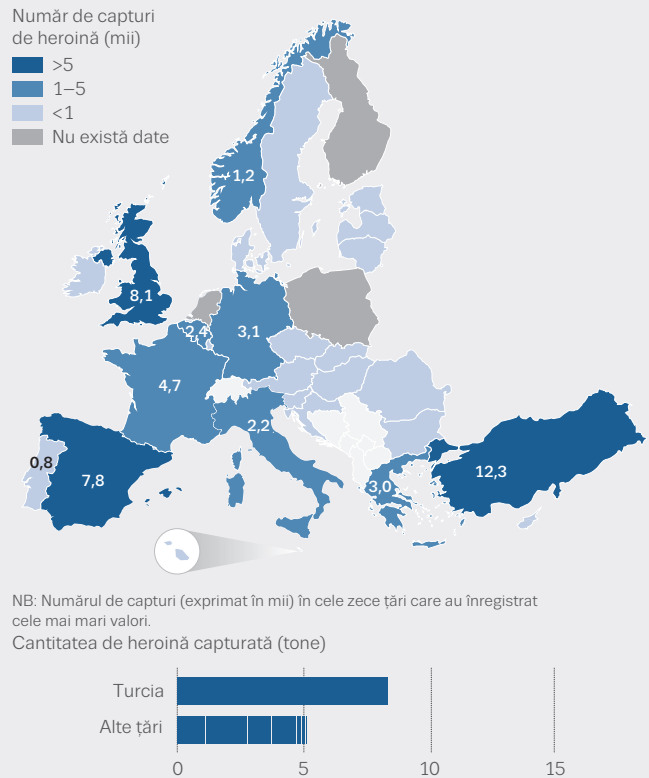
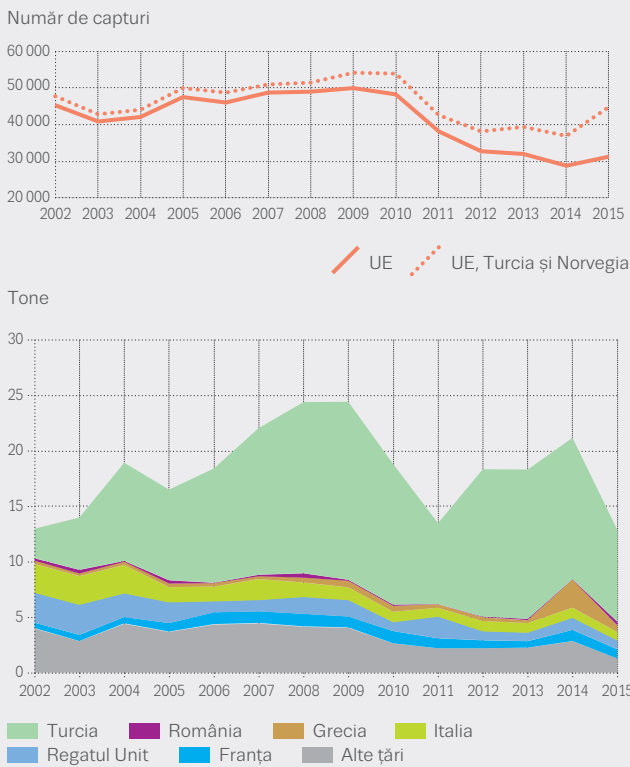
Analiza tendințelor indexate din țările care raportează în mod sistematic arată creșteri semnificative în ceea ce privește potența (conținutul de tetrahidrocanabinol, THC) ierbii și a rășinii de canabis în perioada 2006-2014, în 2015 înregistrându-se o stabilizare. Printre factorii care au determinat creșterea potenței se pot regăsi introducerea tehnicilor de producție intensivă în Europa și, mai recent, introducerea unor plante cu potență mare și a unor tehnici noi în Maroc. Cele mai recente date sugerează că rășina și iarbă au prețuri similare, în timp ce rășina are, în medie, o potență mai mare.

În 2015 au fost raportate 335 de capturi de ulei de canabis, cele mai mari cantități fiind capturate de Grecia și Turcia.

Începând din 2009, numărul capturilor de iarbă de canabis din Europa îl depășește pe cel al capturilor de rășină de canabis

FIGURA 1.4

Numărul capturilor de heroină și cantitățile capturate: tendințe și situația din 2015 sau din cel mai recent an



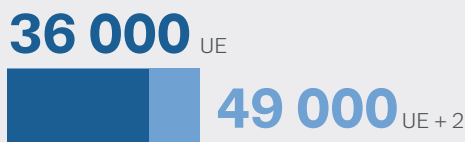
Puritatea heroinei continuă să crească

Heroina este opioidul cel mai des întâlnit pe piața europeană a drogurilor, cu o valoare estimată a vânzărilor cu amănuntul de 6,8 miliarde EUR (intervalul probabil: 6,0-7,8 miliarde EUR). De-a lungul timpului, heroina de import a fost disponibilă în Europa sub două forme, dintre care cea mai uzuală este heroina brună (forma chimică de bază), provenind, în principal, din Afganistan. Mult mai puțin comună este heroina albă (o formă de sare), care

provenea, în trecut, din sud-estul Asiei, însă acum poate fi produsă și în Afganistan sau în țările învecinate. Printre celelalte opioide capturate în 2015 de autoritățile de aplicare a legii din țările europene se numără opiul și medicamente precum morfina, metadona, buprenorfina, tramadolul și fentanilul (tabelul 1.1). Este posibil ca unele medicamente opioide să fie extrase din surse farmaceutice legitime, în timp ce altele, de exemplu cele 27 de kilograme de pudră de morfină capturate în 2015, sunt fabricate ilegal.

HEROINĂ

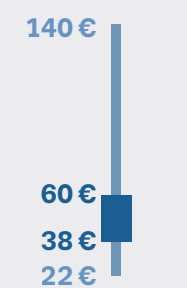
Număr de capturi



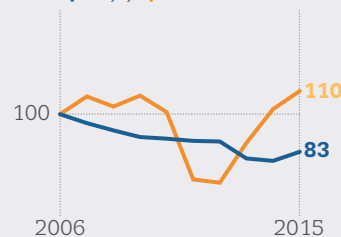
Cantități capturate



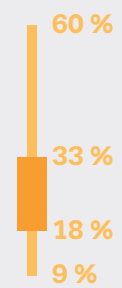
Preț (EUR/g)



Tendințe indexate: preț și puritate



Puritate (%)



UE + 2 cuprinde statele membre ale UE împreună cu Turcia și Norvegia. Prețul și puritatea „heroinei brune”: valori medii naționale – minim, maxim și interval intercuartil. Țările incluse variază în funcție de indicator.

Afganistanul rămâne cel mai mare producător ilegal de opiu din lume, iar majoritatea heroinei găsite în Europa se consideră că a fost produsă acolo sau în țările vecine Iran sau Pakistan. Începând din anii 1970, producția de opioide ilegale din Europa s-a limitat la fabricarea artizanală de produse din mac în unele țări estice. Însă descoperirea, în ultimii ani, a două laboratoare de transformare a morfinei în heroină în Spania și a unui laborator în Republica Cehă arată că o cantitate mică de heroină este produsă și în Europa.

Heroina pătrunde în Europa pe patru rute principale de trafic. Cele mai importante sunt „ruta balcanică” și „ruta sudică”. Prima dintre acestea trece prin Turcia, continuând prin țările balcanice (Bulgaria, România sau Grecia) și apoi mai departe către centrul, sudul și vestul Europei. A apărut și o ramificație a rutei balcanice, care trece prin Siria și prin Irak. Ruta sudică, prin care transporturile din Iran și Pakistan intră în Europa pe cale aeriană sau maritimă, fie direct, fie tranzitând țări din Africa, a câștigat importanță în ultimii ani. Printre alte rute se numără „ruta nordică” și o nouă rută prin sudul Caucazului și peste Marea Neagră.

După un deceniu de relativă stabilitate, pe piețele mai multor țări europene s-a înregistrat o scădere a disponibilității heroinei în perioada 2010-2011. Acest lucru reiese din numărul capturilor de heroină raportate, care a scăzut în Uniunea Europeană între 2009 și 2014, înainte de a se stabili în 2015. Între 2002 și 2013, cantitatea de heroină capturată în Uniunea Europeană s-a înjumătățit,

ajungând de la 10 la 5 tone. După capturarea a 8,4 tone în 2014, un an în care mai multe țări au raportat capturi mari de heroină (de cel puțin 100 kg), în 2015 cantitatea de heroină capturată în Europa (4,5 tone) a revenit la nivelul înregistrat la începutul anilor 2010. După ce au atins aproximativ 13 tone în 2014, capturile de heroină ale Turciei au scăzut la 8,3 tone în 2015 – o valoare care oricum depășește cantitatea însumată a tuturor celorlalte țări europene – în timp ce numărul capturilor a crescut în aceeași perioadă (figura 1.4). În țările care raportează sistematic, tendințele indexate arată că puritatea heroinei a continuat să crească în Europa în 2015.

În afară de heroină, în țările europene se capturează și alte produse pe bază de opioide, dar acestea reprezintă o fracțiune mică din totalul capturilor. Celelalte opioide capturate frecvent sunt medicamentele opioide buprenorfină, tramadol și metadonă (a se vedea tabelul 1.1).

TABELUL 1.1

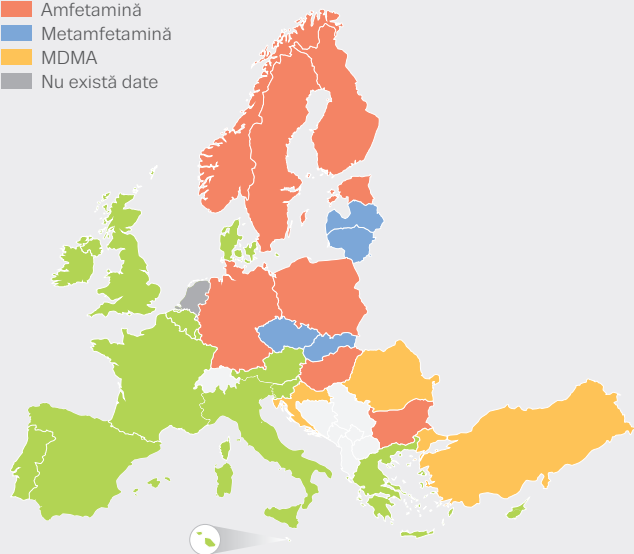
Capturi de alte opioide decât heroina în 2015

Opioid	Număr	Cantitate			Număr de țări
		Kilograme	Litri	Comprimate	
Metadonă	1 566	31	8	60 472	17
Buprenorfină	3 377	4		68 419	17
Tramadol	2 467			690 080	12
Fentanili (fentanil, ocfentanil, carfentanil)	287	3		41	10
Morfină	775	27		8 837	15
Opiu	293	734			14
Codeină	293	3		9 855	8
Oxicodonă	16	0,0003		962	5

FIGURA 1.5

Drogurile stimulante cel mai frecvent capturate în Europa, 2015 sau cele mai recente date

- Cocaină
- Amfetamină
- Metamfetamină
- MDMA
- Nu există date



Capturile de droguri stimulante: variații regionale

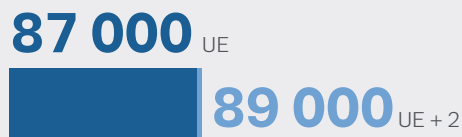
Principalele droguri stimulante ilegale disponibile în Europa sunt cocaina, amfetamina, metamfetamina și MDMA. Valoarea de vânzare cu amănuntul pe piața drogurilor stimulante din Uniunea Europeană este estimată a fi între 6,3 miliarde EUR și 10,2 miliarde EUR. Există diferențe regionale pronunțate în ceea ce privește drogul stimulant capturat cel mai des (figura 1.5), acestea fiind influențate de poziția porturilor de intrare și a rutelor de trafic, de centrele de producție importante și de piețele de consum de dimensiuni mari. Cocaina este drogul stimulant cel mai frecvent capturat în multe țări din vest și sud, reflectând locurile prin care drogul intră în Europa. Capturile de amfetamine sunt predominante în nordul și centrul Europei, în timp ce metamfetamina este drogul stimulant cel mai frecvent capturat în Republica Cehă, Letonia, Lituania și Slovacia. În Croația, România și Turcia, drogul stimulant cel mai frecvent capturat este MDMA.

Cocaina: indicatorii de piață au crescut în ultimul timp

În Europa sunt disponibile două forme de cocaină, cea mai comună fiind pudra de cocaină (forma de sare). Cocaina crack, o formă a drogului care se poate fuma (o bază liberă), este mai puțin disponibilă. Cocaina se obține din frunzele arborelui de coca. Drogul este produs în principal în Bolivia, Columbia și Peru. Cocaina este transportată în Europa cu diverse mijloace, printre care zboruri de pasageri, transporturi aeriene de marfă, servicii poștale, aeronave private, iahturi și containere maritime. Piața cu

COCAINĂ

Număr de capturi



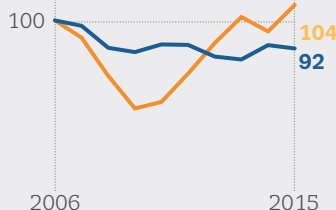
Cantități capturate



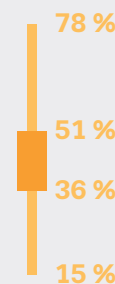
Preț (EUR/g)



Tendențe indexate:
preț and puritate



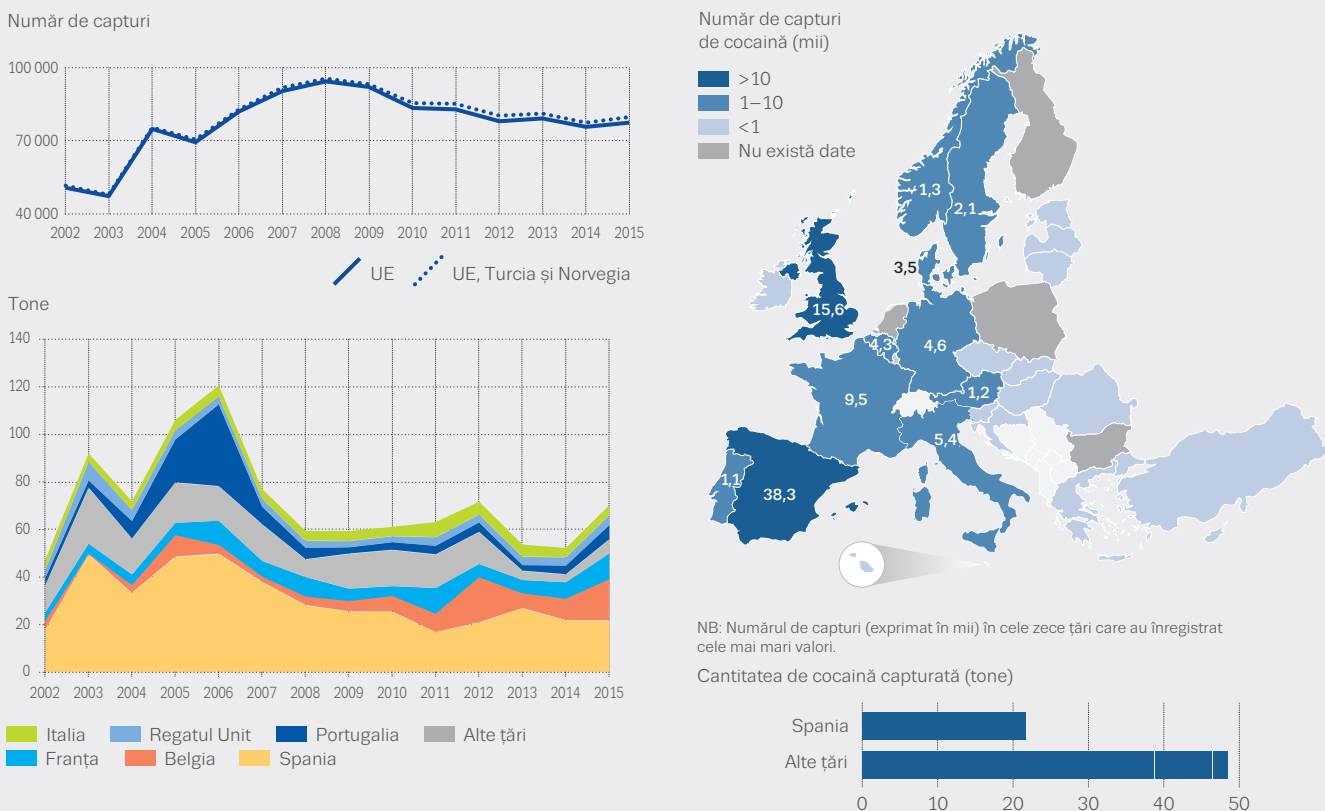
Puritate (%)



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

FIGURA 1.6

Numărul capturilor de cocaină și cantitatea capturată: tendințe și situația din 2015 sau din cel mai recent an



amănuntul a cocainei din Uniunea Europeană este estimată la o valoare de cel puțin 5,7 miliarde EUR.

În total, în 2015 s-au raportat aproximativ 87 000 de capturi de cocaină în Uniunea Europeană. Împreună, Belgia, Spania, Franța, Italia și Portugalia au înregistrat 78 % din cele 69,4 tone estimate a fi fost capturate (figura 1.6). Situația a rămas relativ stabilă începând din 2007, cu toate că atât numărul capturilor, cât și cantitatea capturată au crescut între 2014 și 2015 (a se vedea figura 1.6). Deși Spania (22 de tone) este în continuare țara care capturează cele mai mari cantități de cocaină, Belgia (17 tone) și Franța (11 tone) au capturat cantități foarte mari în 2015, iar Belgia, Germania și Portugalia au raportat creșteri semnificative ale cantităților capturate în

comparație cu anul precedent. În general, tendințele indexate sugerează o creștere ușoară a purității cocainei în 2015.

În Europa au fost capturate și alte produse pe bază de coca în 2015, printre care 76 de kilograme de frunze de coca și 377 de kilograme de pastă de coca. Capturile de pastă de coca sugerează existența unor laboratoare ilegale care produc hidroclorură de cocaină în Europa. Acesta este un element nou, întrucât, până în prezent, majoritatea laboratoarelor de cocaină descoperite în Europa erau „unități de extracție secundare”, în care cocaina era recuperată din materialele în care fusese încorporată (de exemplu, vinuri, haine, obiecte din plastic).

Principalele droguri stimulante ilegale disponibile în Europa sunt cocaina, amfetamina, metamfetamina și MDMA

Substanțele chimice precursoare: sunt disponibile noi alternative la amfetamine

Precursorii drogurilor sunt substanțele chimice esențiale necesare pentru fabricarea drogurilor ilegale. Deoarece multe dintre ele au utilizări legale, reglementările UE clasifică anumite substanțe a căror comercializare este monitorizată și controlată. Disponibilitatea precursorilor are un impact puternic asupra pieței, precum și asupra metodelor de producție utilizate în laboratoarele ilegale. În 2015, producătorii au continuat să eludeze mecanismele de control introducând substanțe chimice neclasificate pentru a produce precursori de droguri în apropierea locurilor de producție. Însă această practică crește riscul de detectare, deoarece o prelucrare suplimentară necesită mai multe substanțe chimice și generează mai multe deșeuri.

Datele cu privire la capturile și la transporturile de precursori de droguri oprite confirmă utilizarea atât a substanțelor clasificate, cât și a celor neclasificate în producerea de droguri ilegale în Uniunea Europeană, în special a amfetaminelor și a MDMA (tabelul 1.2). În 2015 au fost capturate cantități mari din precursorul de amfetamină BMK (benzil-metil-cetonă), autoritățile poloneze capturând 7 000 de kilograme într-un singur

transport destinat producției în Țările de Jos. Controlul precursorului de BMK denumit APAAN (alfa-fenilacetoacetoneitril), introdus spre sfârșitul anului 2013, pare să fi avut efect, capturile scăzând de la 48 000 de kilograme în 2013 la 780 de kilograme în 2015. Această măsură de control pare să fi determinat însă unele evoluții inovatoare, în 2015 fiind raportate pentru prima dată substanțe chimice alternative precum APAA (alfa-fenilacetoacetamidă) și derivați glucidici ai BMK.

Capturile de pre-precursori neclasificați ai MDMA au rămas constante, la un nivel de aproximativ 5 500 de kilograme. Deși capturile de safrol au fost neglijabile, au reapărut în schimb capturile de PMK, Țările de Jos raportând 622 de kilograme în 2015 față de zero în 2014.

Amfetamina și metamfetamina: producție internă

Amfetamina și metamfetamina sunt droguri stimulante sintetice grupate adesea sub termenul generic de amfetamine și de aceea sunt greu de diferențiat în unele seturi de date. În ultimul deceniu, capturile indică faptul că disponibilitatea metamfetaminei a crescut, dar a rămas totuși mult mai scăzută decât cea a amfetaminei.

TABELUL 1.2

Sinteza capturilor și a transporturilor oprite de precursori utilizați la producerea anumitor droguri sintetice în Uniunea Europeană, 2015

Precursor/pre-precursor	Capturi		Transporturi oprite		TOTALURI	
	Număr	Cantitate	Număr	Cantitate	Număr	Cantitate
MDMA sau substanțe înrudite						
PMK (litri)	6	622	0	0	6	622
Safrol (litri)	2	2	0	0	2	2
Piperonal (kg)	7	45	4	1 925	11	1 970
Derivați glucidici ai PMK (kg)	11	5 461	0	0	11	5 461
Amfetamină și metamfetamină						
APAAN (kg)	10	778	0	0	10	778
BMK (litri)	17	1 029	0	0	17	1 029
PAA, acid fenilacetic (kg)	6	261	4	103	10	364
Efedrină, vrac (kg)	12	8	1	500	13	508
Pseudoefedrină, vrac (kg)	8	32	0	0	8	32
APAA (kg)	1	201	0	0	1	201
Derivați glucidici ai BMK (kg)	5	14	0	0	5	14

Ambele droguri se produc în Europa pentru piața europeană. Există indicii că amfetamina este produsă în principal în Belgia, Țările de Jos și Polonia, iar într-o mai mică măsură în statele baltice, Germania și Ungaria. De asemenea, există indicii că faza finală de producție, conversia uleiului de bază al amfetaminei în sulfat de amfetamină, are loc în Europa.

O parte din amfetamină este fabricată pentru a fi exportată, în principal în Orientul Mijlociu, Extremul Orient și Oceania. În ultima perioadă au crescut și capturile de comprimate de amfetamină cu sigla „Captagon”, în special în Turcia, unde au fost capturate peste 15 milioane de comprimate în 2015.

Republica Cehă și, mai recent, zonele de frontieră ale țărilor vecine reprezintă de multă vreme sursa celei mai

mari cantități din metamfetamina existentă în Europa. Drogul este produs și în Bulgaria, Lituania și Țările de Jos.

În Republica Cehă, metamfetamina este produsă în principal din precursorii efedrină și pseudoefedrină, care se extrag din medicamente introduse ilegal mai ales din Polonia. Drogul poate fi produs și prin utilizarea BMK. În 2015, dintre cele 291 de laboratoare ilegale de metamfetamină raportate în Uniunea Europeană, 263 se aflau în Republica Cehă. În această țară, s-a trecut de la unități de mici dimensiuni, în care utilizatorii produceau cantități pentru consum propriu sau local, la o situație dominată de producția pe scară mai largă, în care grupări de crimă organizată produc drogul atât pentru consum în țări europene, cât și pentru export.

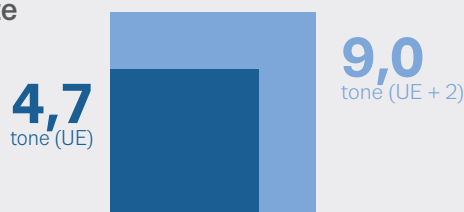
AMFETAMINE

Amfetamină

Număr de capturi



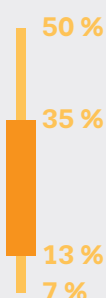
Cantități capturate



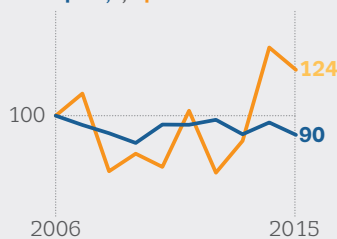
Preț (EUR/g)



Puritate (%)

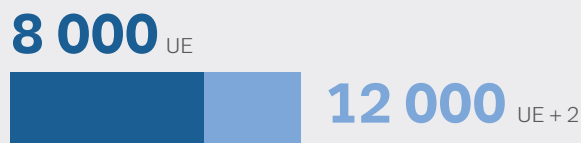


Tendințe indexate:
preț și puritate



Metamfetamină

Număr de capturi



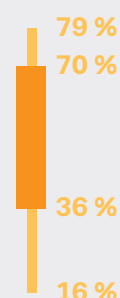
Cantități capturate



Preț (EUR/g)



Puritate (%)

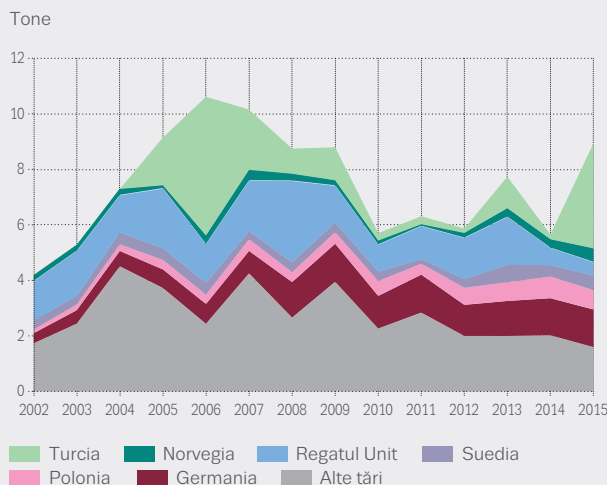
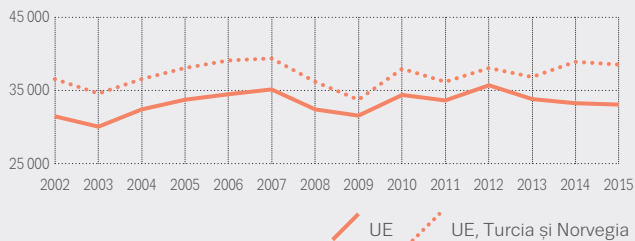


UE + 2 cuprinde statele membre ale UE împreună cu Turcia și Norvegia. Prețul și puritatea amfetaminelor: valori medii naționale – minim, maxim și interval intercuartil. Țările incluse variază în funcție de indicator. Nu sunt disponibile tendințe indexate pentru metamfetamină.

FIGURA 1.7

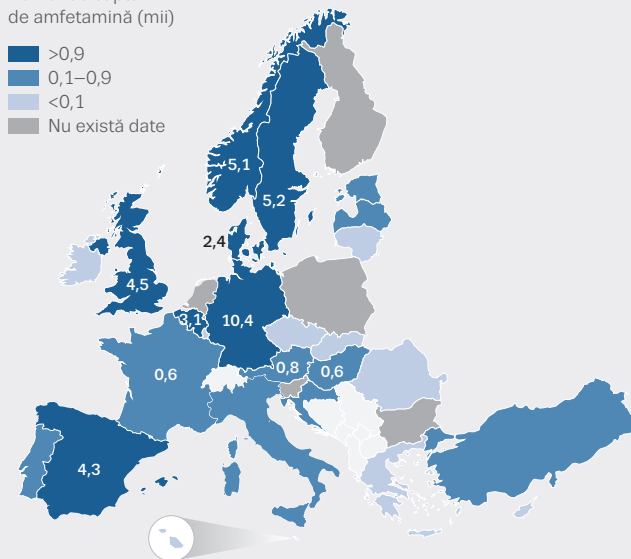
Numărul capturilor de amfetamină și cantitatea capturată: tendințe și situația din 2015 sau din cel mai recent an

Număr de capturi



Număr de capturi de amfetamină (mii)

- >0,9
- 0,1–0,9
- <0,1
- Nu există date



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

Cantitatea de amfetamină capturată (tone)

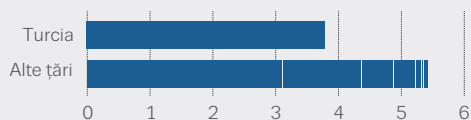
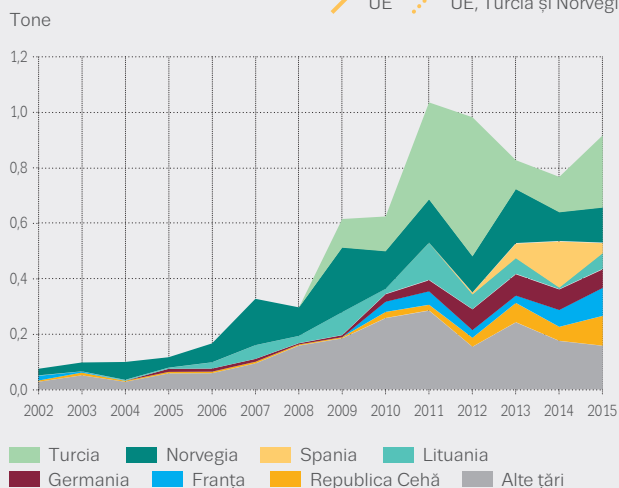
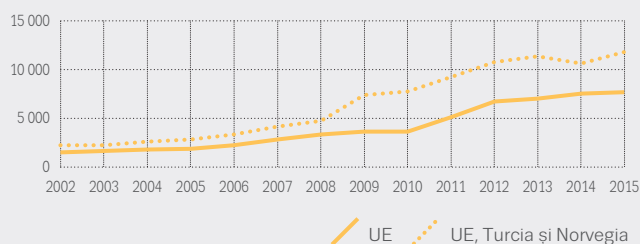


FIGURA 1.8

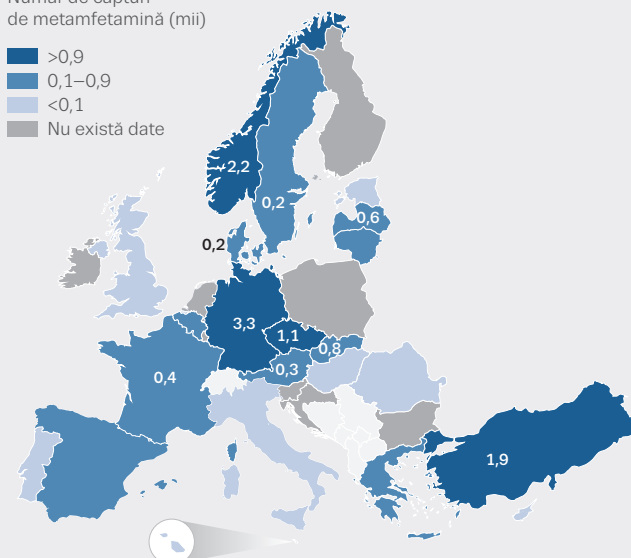
Numărul capturilor de metamfetamină și cantitatea capturată: tendințe și situația din 2015 sau din cel mai recent an

Număr de capturi



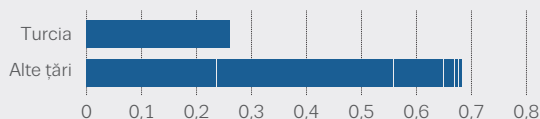
Număr de capturi de metamfetamină (mii)

- >0,9
- 0,1–0,9
- <0,1
- Nu există date



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

Cantitatea de metamfetamină capturată (tone)



În 2015, statele membre ale UE au raportat 34 000 de capturi de amfetamină, care s-au ridicat la 4,7 tone. În ansamblu, cantitatea de amfetamină capturată în Uniunea Europeană a crescut, fluctuând între 4 și 6 tone în perioada 2002-2015 (figura 1.7). Capturile de metamfetamină sunt mult inferioare, în Uniunea Europeană fiind raportate, în 2015, 7 700 de capturi care s-au ridicat la 0,5 tone, cea mai mare cantitate fiind capturată de Republica Cehă (figura 1.8). În 2015, cantități mari de amfetamine au fost capturate și în Turcia (3,8 tone de amfetamină și 0,3 tone de metamfetamină) și în Norvegia (0,1 tone de metamfetamină). Începând din 2002 s-a observat o tendință de creștere a numărului de capturi și a cantității de metamfetamină capturată.

De regulă, puritatea medie raportată este mai ridicată pentru eșantioanele de metamfetamină decât pentru cele de amfetamină. Tendințele indexate arată că puritatea amfetaminei a crescut în ultimii ani.

MDMA: sunt disponibile produse foarte puternice

MDMA (3,4-metilendioxi-metamfetamină) este un drog sintetic înrudit din punct de vedere chimic cu amfetaminele, dar cu efecte diferite. MDMA se consumă sub formă de comprimate (numite adesea ecstasy), drogul fiind disponibil și sub formă de pudră sau cristale. Pe piață sunt introduse în permanență noi modele de comprimate de MDMA, cu diverse culori, forme și sigle. După o perioadă de disponibilitate scăzută legată de lipsa substanțelor chimice precursoră necesare pentru producerea sa, piața MDMA a cunoscut o revigorare în

ultimii ani. Piața cu amănuntul a MDMA este estimată la o valoare de aproximativ 0,7 miliarde EUR. Conținutul mediu de MDMA al comprimatelor a crescut în ultimii ani, iar cantitățile mari de MDMA din unele loturi au fost asociate cu efecte nocive și cu decese.

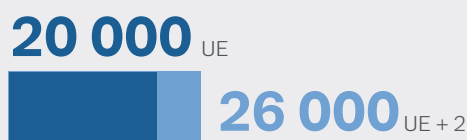
Producția de MDMA din Europa pare să fie concentrată în Belgia și Țările de Jos, în 2015 fiind desființate patru laboratoare de MDMA din Uniunea Europeană (trei în Țările de Jos și unul în Belgia). MDMA care se produce în Europa este exportată și în alte zone ale lumii.

Evaluarea tendințelor recente privind capturile de MDMA este dificilă deoarece lipsesc date din anumite țări, care ar putea avea contribuții importante la acest total. Pentru anul 2015 nu sunt disponibile date din Țările de Jos, care au raportat capturarea a 2,4 milioane de comprimate în 2012, iar numărul capturilor din Polonia și Finlanda nu este cunoscut. Fără aceste contribuții importante, cantitatea de MDMA capturată în Uniunea Europeană în 2015 este estimată la 4 milioane de comprimate și la 0,2 tone de pudră de MDMA.

Conținutul mediu de MDMA al comprimatelor a crescut în ultimii ani

MDMA

Număr de capturi



Cantități capturate



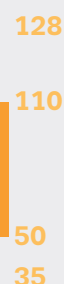
Preț

(EUR/comprimat)

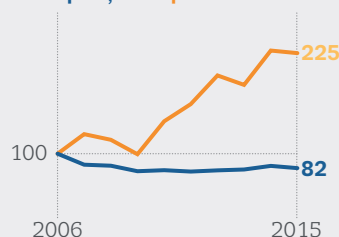


Puritate

(mg MDMA/comprimat)



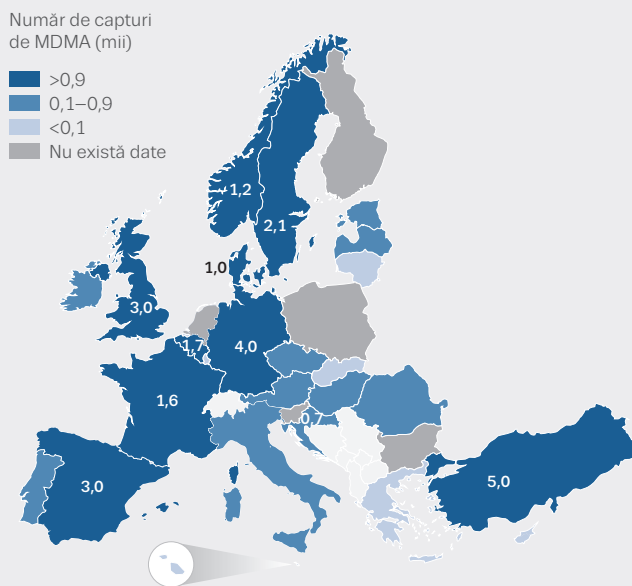
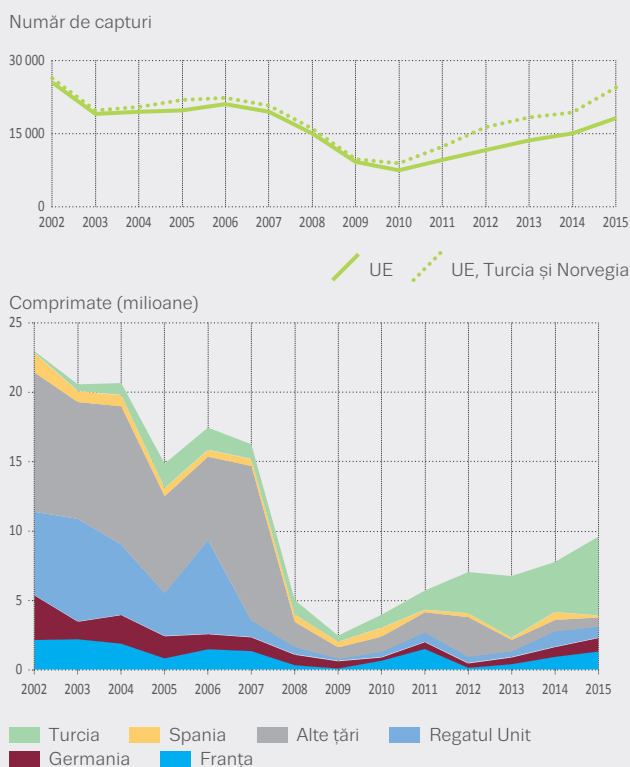
Tendințe indexate: preț and puritate



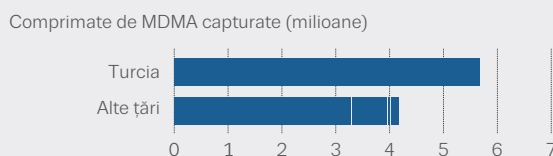
UE + 2 cuprinde statele membre ale UE împreună cu Turcia și Norvegia. Prețul și puritatea MDMA: valori medii naționale – minim, maxim și interval intercuartil. Țările incluse variază în funcție de indicator.

FIGURA 1.9

Numărul capturilor de MDMA și cantitatea capturată: tendințe și situația din 2015 sau din cel mai recent an



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



Numărul total al capturilor de MDMA raportate a continuat să crească începând din 2010, în timp ce cantitatea capturată a fost relativ stabilă în aceeași perioadă. În 2015, cantități mari de MDMA au fost capturate și în Turcia, însumând 5,7 milioane de comprimate, mai mult decât cantitatea raportată de toate celelalte țări împreună (figura 1.9).

Capturile de LSD, GHB și ketamină

În Uniunea Europeană se raportează și capturarea altor droguri ilegale, printre care circa 1 400 de capturi de LSD (dietilamida acidului lisergic) în 2015, însumând 100 000 de unități. În plus, în Belgia s-a capturat 1 kilogram din acest drog. Numărul total de capturi de LSD s-a dublat începând din 2010, deși cantitatea capturată fluctuează. În 2015, 14 țări au raportat capturi de GHB (gama-hidroxibutirat) sau GBL (gama-butirolactonă). Cele 1 300 de capturi estimate au însumat 320 de kilograme și peste 1 500 de litri din aceste droguri, două treimi dintre capturi înregistrându-se în Belgia (33 %) și în Norvegia (35 %). Douăsprezece țări au raportat aproximativ 1 200 de capturi de ketamină, însumând 130 de kilograme de droguri, cea mai mare parte dintre acestea fiind raportată de Danemarca, Italia și Regatul Unit.

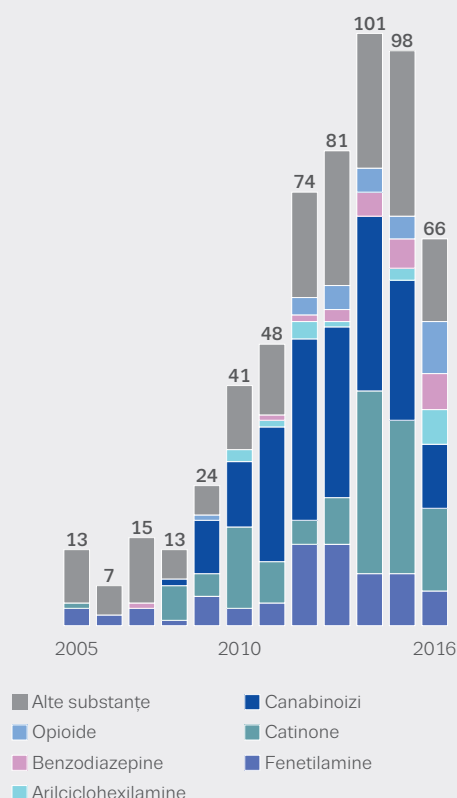
Noile substanțe psihoactive: numeroase și variate

La sfârșitul anului 2016, EMCDDA monitoriza peste 620 de noi substanțe psihoactive care apăruseră pe piața drogurilor din Europa. Aceste substanțe nu sunt vizate de controalele internaționale de depistare a drogurilor și fac parte dintr-o gamă largă de categorii de droguri, de exemplu canabinoizi sintetici, droguri stimulante, opioide și benzodiazepine (figura 1.10). În majoritatea cazurilor, ele sunt comercializate drept înlocuitori „legali” ai drogurilor ilegale, în timp ce unele sunt destinate unor grupuri mici care doresc să le exploreze în căutarea unor eventuale efecte inedite.

În multe cazuri, noile substanțe sunt produse în cantități mari de companii chimice și farmaceutice din China. De acolo, ele sunt expediate în Europa, unde sunt transformate în produse, sunt ambalate și vândute. În plus, unele substanțe noi pot proveni din medicamente, care fie sunt deturnate din lanțul de aprovizionare legitim, fie sunt procurate ilegal. Aceste substanțe pot fi produse și în laboratoare clandestine din Europa sau din alte zone. Diversi indicatori, printre care numărul laboratoarelor ilegale detectate, analiza deșeurilor aruncate în urma fabricării drogurilor sintetice și capturile de precursori, sugerează o creștere a acestei forme de producție în ultimii câțiva ani în Europa.

FIGURA 1.10

Numărul și categoriile de noi substanțe psihoactive notificate pentru prima dată prin sistemul de alertă timpurie al UE, 2005-2016



Numărul noilor substanțe detectate în fiecare an reprezintă doar unul dintr-o serie de indicatori utilizați de EMCDDA pentru a înțelege piața în ansamblu. De exemplu, dintre cele 620 de substanțe noi care sunt monitorizate în prezent, 423 (aproape 70 %) au fost detectate pe piața drogurilor în 2015; numărul acestora, comparat cu cele 365 din 2014 și cu cele 299 din 2013, arată cât de complexă a devenit această piață.

Unele substanțe noi se vând liber pe internetul de suprafață și în magazine clasice specializate — de multe ori sub denumirea de „droguri legale”. În plus, ele se vând pe piețele de internet ascuns și pe piețele ilegale, uneori sub denumirea proprie, iar alteori sub numele fals al unor droguri ilegale, de exemplu ca heroină, cocaină, ecstasy sau benzodiazepine.

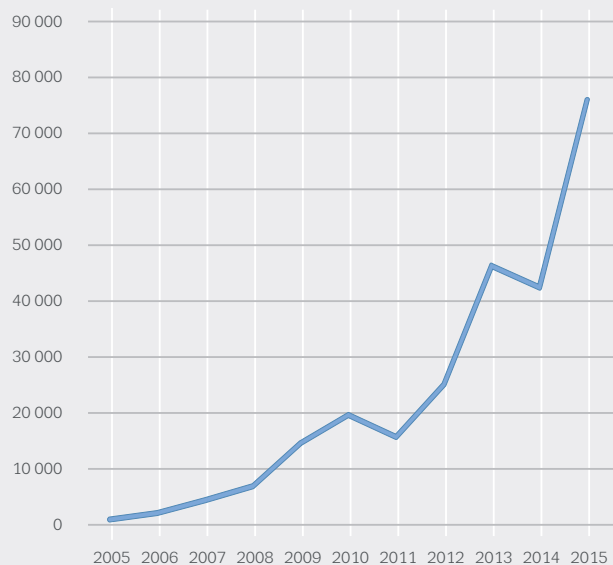
Mai mult de 70 % dintre detectările de noi substanțe prin sistemul de alertă timpurie al Uniunii Europene s-au realizat în ultimii 5 ani. În 2016, în Europa au fost detectate 66 de substanțe noi, care nu mai fuseseră identificate anterior. Acest număr este mai mic decât cel înregistrat în oricare dintre cei doi ani precedenți, dar este similar cu cel din 2012 și 2013. Cauzele acestei scăderi sunt neclare, dar ea poate fi, în parte, rezultatul măsurilor adoptate de guvernele naționale din Europa pentru interzicerea acestor substanțe, în special a vânzării lor libere drept „droguri legale”. În plus, măsurile de control și operațiunile de aplicare a legii luate în China împotriva laboratoarelor producătoare de noi substanțe pot fi un alt factor. De asemenea, pot fi importante legăturile din ce în ce mai puternice cu piața drogurilor ilegale.

**La sfârșitul anului 2016,
EMCDDA monitoriza peste 620
de noi substanțe psihoactive**

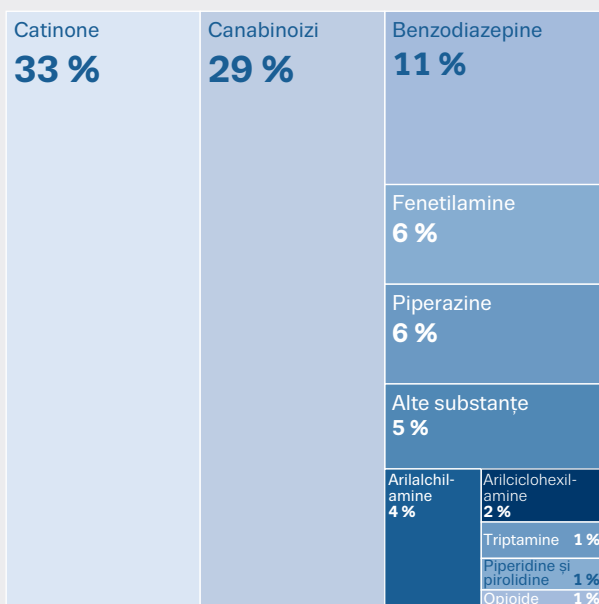
FIGURA 1.11

Numărul de capturi de noi substanțe psihoactive raportate către sistemul de alertă timpurie al UE: tendințe și distribuția pe categorii în 2015

Numărul de capturi individuale



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



Creșterea numărului de capturi de noi substanțe psihoactive

În 2015, prin sistemul de alertă timpurie al UE s-au raportat aproape 80 000 de capturi de noi substanțe psihoactive (figura 1.11). Împreună, catinonele sintetice și canabinoizii sintetici au reprezentat peste 60 % din numărul total al capturilor de substanțe noi din 2015 (peste 47 000). Pentru catinonele sintetice, canabinoizii sintetici și opioidele noi a fost observată și o creștere a cantităților capturate în 2015 comparativ cu anul anterior.

Valorile totale ale capturilor de substanțe noi din Europa trebuie să fie înțelese ca valori minime, deoarece datele sunt extrase din rapoarte de caz, nu din sisteme de monitorizare. Numărul capturilor raportate este influențat de o serie de factori, precum creșterea gradului de conștientizare cu privire la noile substanțe, schimbarea statutului lor juridic, capacitățile și prioritățile autorităților de aplicare a legii și practicile în materie de raportare ale acestor autorități.

Opioidul sintetic nou

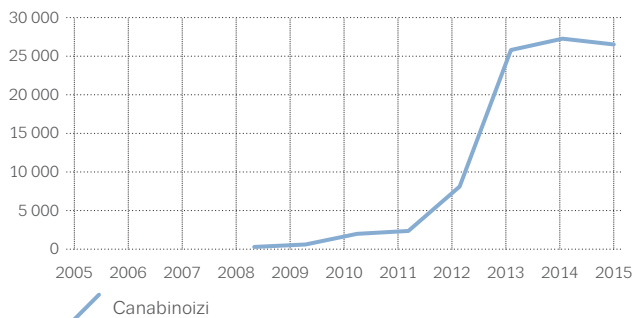
În total, pe piața europeană a drogurilor au fost detectate 25 de opioide noi începând din 2009 — dintre care 9 au fost raportate pentru prima dată în 2016. Printre acestea se numără 18 fentanili, dintre care 8 au fost raportați pentru prima dată în 2016. Deși în prezent joacă un rol minor pe piața europeană a drogurilor, noii fentanili sunt substanțe cu potență mare care reprezintă o amenințare majoră la adresa sănătății personale și publice.

Noile opioide au fost capturate sub diverse forme: în principal pudră, comprimate, capsule și, începând din 2014, și sub formă de lichide. Peste 60 % dintre cele 600 de capturi de opioide sintetice noi raportate în 2015 au fost fentanili. În 2015 s-au capturat aproape 2 litri de opioide sintetice, o creștere față de cei 240 ml raportați în anul precedent. S-au găsit fentanili în 85 % dintre lichidele capturate. Un motiv de îngrijorare în această privință îl reprezintă apariția pe piață a spray-urilor nazale care conțin fentanili, cum sunt acrililfentanilul și furanilfentanilul. Ca urmare a cotei lor reduse de piață, precum și a potenței ridicate, aceste opioide reprezintă 0,75 % din numărul total al capturilor de substanțe noi, dar numai 0,04 % din cantitatea totală capturată.

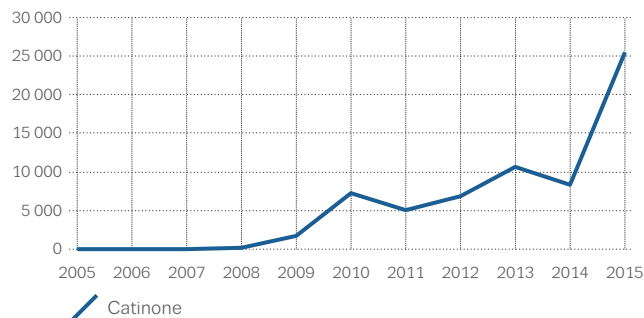
FIGURA 1.12

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

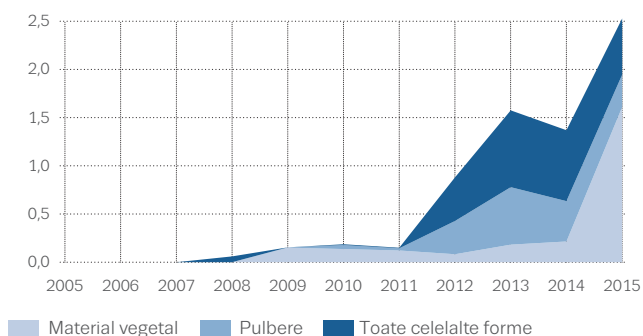
Numărul de capturi individuale



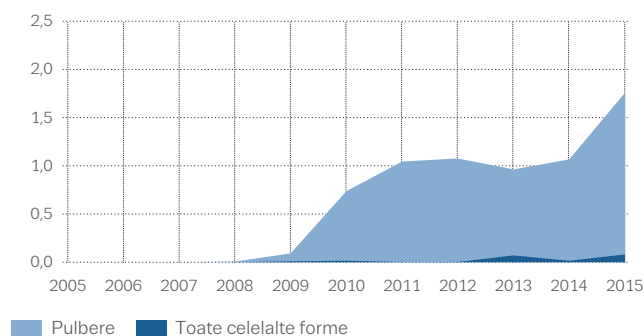
Numărul de capturi individuale



Canabinoizi (tone)



Catinone (tone)



NB: Date referitoare la UE, Turcia și Norvegia.

Canabinoizii sintetici

Canabinoizii sintetici sunt substanțe care imită efectele delta-9-tetrahidrocanabinolului (THC), care este în mare măsură responsabil pentru efectele psihoactive majore ale cannabisului. Producătorii din Europa exploatează acest efect cel puțin din 2008, importând cantități mari de pudră de canabinoizi și amestecându-le cu material vegetal uscat pentru a crea sute de produse diferite din categoria „drogurilor legale”. Ulterior, acestea au fost comercializate ca înlocuitori legali pentru cannabis și vândute ca „amestecuri etnobotanice pentru fumat” gata de utilizare. Canabinoizii sintetici sunt în continuare cel mai mare grup de substanțe noi monitorizate de EMCDDA și devin din ce în ce mai variați din punct de vedere chimic, din 2008 fiind detectați 169 — dintre care 11 raportați în 2016, în scădere față de cei 24 raportați în 2015.

În 2015 au fost raportate puțin peste 22 000 de capturi de canabinoizi sintetici (figura 1.12). Cei cinci canabinoizi sintetici capturați cel mai frecvent în 2015 au fost ADB-FUBINACA, AB-CHMINACA, UR-144, 5F-AKB48 și ADB-CHMINACA.

Aceste capturi s-au ridicat la peste 2,5 tone din substanțele respective. Aproape 64 % dintre capturile de

canabinoizi sintetici au fost sub formă de amestecuri etnobotanice, 13 % fiind sub formă de pudră.

Detectarea unor canabinoizi sintetici sub formă de pudră și a unor unități de prelucrare în Europa indică faptul că produsele sunt ambalate în Europa. Odată prelucrată în „amestecuri etnobotanice pentru fumat”, această pudră ar fi putut produce multe milioane de doze. Canabinoizii capturați cel mai frecvent sub formă de pudră în 2015 au fost 5F-AMB (61 kg), 5F-AKB48 (61 kg) și ADB-FUBINACA (57 kg).

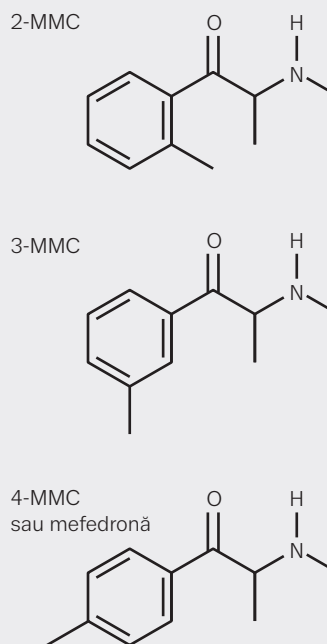
Catinonele sintetice

Catinonele sintetice sunt înrudite din punct de vedere chimic cu catinona, o substanță stimulantă naturală care se găsește în planta khat (*Catha edulis*). Aceste substanțe au efecte similare cu cele ale unor droguri stimulante ilegale comune, precum amfetamina, cocaina și MDMA. Catinonele sintetice reprezintă al doilea grup ca mărime de substanțe monitorizate de EMCDDA, în total fiind detectate 188 — dintre care 14 au fost detectate pentru prima dată în 2016, o scădere față de cele 26 raportate în 2015.

Catinonele sintetice au fost substanțele psihoactive noi capturate cel mai frecvent în 2015, cele peste 25 000 de capturi reprezentând aproape o treime din numărul total al capturilor. Aceasta înseamnă o creștere cu peste 17 000 de capturi față de anul precedent. Cantitatea capturată a fost cu puțin mai mare de 1,8 tone, în creștere cu aproximativ 0,75 tone față de anul 2014 (figura 1.12). Catinonele sintetice se găsesc în general sub formă de pudră. Cele cinci catinone capturate cel mai frecvent în 2015 au fost alfa-PVP, 3-MMC, etilona, 4-CMC și pentedrona. În cazurile în care a fost menționat acest lucru, peste 60 % (1,2 tone) dintre catinonele sintetice capturate în 2015 fuseseră expediate din China. O mare parte (42 %) dintre catinonele sintetice capturate au fost 2-MMC (156 kg) și 3-MMC (616 kg), care sunt înrudite din punct de vedere chimic cu mefedrona (4-MMC), dar nu sunt droguri aflate sub control internațional. Mefedrona este bine poziționată pe piața drogurilor ilegale în unele țări și, probabil, o parte din cantitățile de 2-MMC și 3-MMC este vândută ca mefedronă (a se vedea figura 1.13).

FIGURA 1.13

Formulele chimice pentru 2-MMC, 3-MMC și 4-MMC (mefedronă)



Benzodiazepinele noi

Un alt motiv de îngrijorare este legat de recenta creștere înregistrată de piața benzodiazepinelor noi. EMCDDA monitorizează aproximativ 20 dintre aceste substanțe, dintre care 6 au fost detectate pentru prima dată în Europa în 2016. În cursul anului 2015 au fost capturate peste 300 000 de comprimate care conțineau benzodiazepine noi, precum clonazolam, diclazepam, etizolam și flubromazolam — aproape dublul numărului raportat în 2014. Unele benzodiazepine noi erau vândute sub formă de comprimate, capsule sau pudră, sub denumirile proprii. În alte cazuri, falsificatorii utilizau aceste substanțe pentru a produce versiuni false ale unor medicamente anxiolitice prescrise frecvent, cum ar fi diazepamul și alprazolamul, pe care le vindeau direct pe piața drogurilor ilegale.

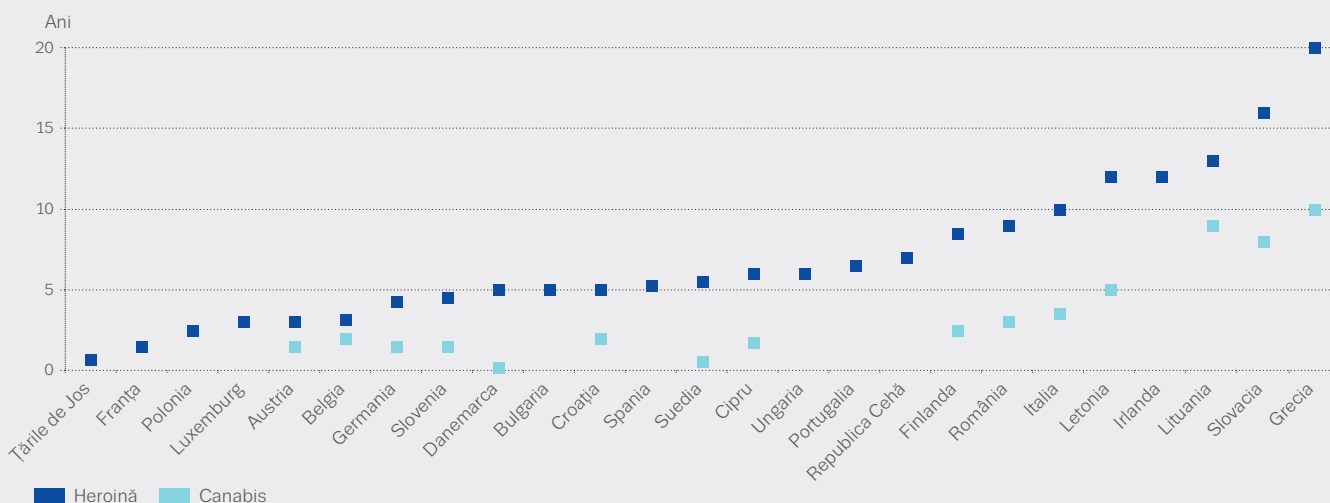
Legi care vizează oferta de noi substanțe psihoactive

Țările europene adoptă măsuri de prevenire a ofertei de droguri în temeiul a trei convenții ale Organizației Națiunilor Unite, care stabilesc un cadru pentru controlul producției, al comercializării și al posesiei a peste 240 de substanțe psihoactive. Ritmul rapid de apariție a noilor substanțe psihoactive și diversitatea produselor disponibile s-au dovedit a fi o provocare pentru convenții și pentru factorii de decizie și legiuitorii din Europa.

La nivel național s-au utilizat diverse măsuri pentru controlul substanțelor noi și se pot identifica trei mari categorii de răspunsuri juridice. Multe țări din Europa au răspuns mai întâi prin legi privind siguranța consumatorilor, iar ulterior au extins sau au adaptat legislația existentă în materie de droguri astfel încât să cuprindă și noile substanțe psihoactive. Din ce în ce mai frecvent, țările au conceput legi noi specifice pentru contracararea acestui fenomen. Definițiile infracțiunilor și sancțiunile sunt foarte variate — ca și în cazul legilor în materie de droguri din Europa. Tendința generală a legislațiilor naționale pentru controlul drogurilor, de reducere a sancțiunilor pentru posesia de droguri, este vizibilă și în legile recente privind drogurile noi. Majoritatea noilor legi specifice pentru noile substanțe psihoactive sancționează doar furnizarea ilegală, nu și posesia de droguri.

FIGURA 1.14

Pedeapsa cu închisoarea preconizată pentru furnizarea unui kilogram de heroină sau cannabis în statele membre ale UE



NB: Pedeapsa medie prevăzută, conform opiniilor unor practicieni în domeniul dreptului din fiecare țară; pentru cazuri în care este vorba despre prima infracțiune comisă, fără implicare în crima organizată. Dacă se consideră că este posibilă suspendarea pedepsei, nu se prezintă pedeapsa medie.

La nivelul UE, cadrul juridic actual pentru controlul noilor substanțe psihoactive, care datează din 2005, este în curs de revizuire, cu scopul de a stabili un sistem mai rapid și mai eficient pentru ca faptele asociate cu noile substanțe psihoactive nocive să fie deferite rigorilor legii penale.

Sanțiunile pentru furnizarea de droguri variază în funcție de drog și de țară

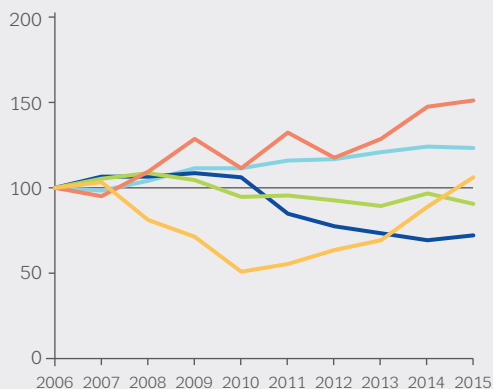
Furnizarea neautorizată de droguri este considerată infracțiune în toate țările europene, dar sancțiunile prevăzute de lege sunt foarte variate. Un studiu recent al EMCDDA cu privire la opiniile practicienilor în domeniul dreptului din statele membre ale UE a constatat că sancțiunile preconizate de acești experți pentru infracțiuni similare de trafic de droguri variază considerabil de la o țară la alta (a se vedea figura 1.14). Aceste variații pot fi rezultatul factorilor istorici și culturali naționali care influențează sistemele de justiție penală ale fiecărei țări, precum și al opiniilor naționale diferite cu privire la eficacitatea pedepsei ca factor de descurajare. De asemenea, studiul a arătat că, deși legislația poate conține sancțiuni similare pentru substanțe diferite, în majoritatea țărilor practicienii au preconizat că penalitățile vor varia în funcție de substanță. Acest lucru ar însemna că judecătorii iau în considerare aspecte precum efectele nocive percepute a fi produse societății de diferitele droguri.

FIGURA 1.15

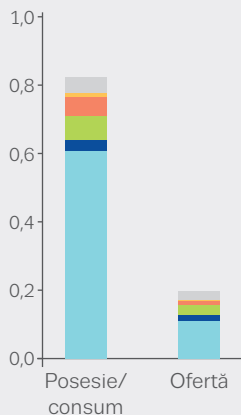
Infracțiunile la regimul drogurilor în Europa legate de consumul sau posesia de droguri în vederea consumului sau a furnizării: tendințe indexate și infracțiuni raportate în 2015

Infracțiuni privind posesia/consumul

Tendințe indexate

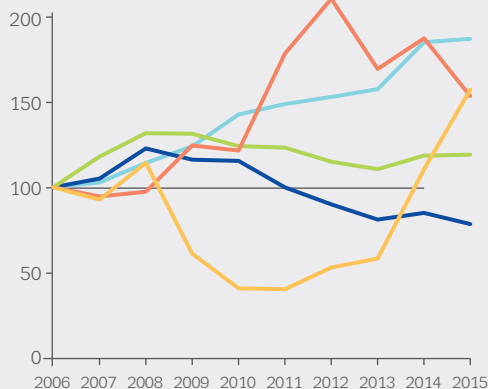


Număr de infracțiuni (milioane)



Infracțiuni legate de oferta de droguri

Tendințe indexate



Heroină Cocaină MDMA Canabis Amfetamine Alte substanțe

NB: Date despre infracțiunile în cazul cărora a fost raportat drogul implicat.

Infracțiunile la regimul drogurilor: majoritatea sunt legate de canabis

Punerea în aplicare a legilor este monitorizată prin intermediul datelor despre infracțiunile raportate la regimul drogurilor. În Uniunea Europeană, în 2015 s-au raportat aproximativ 1,5 milioane de infracțiuni la regimul drogurilor, dintre care majoritatea (57 %) au fost legate de consumul sau posesia de canabis, implicând aproximativ un milion de infractori. Numărul infracțiunilor raportate a crescut cu aproape o treime (31 %) între 2006 și 2015.

Per total, începând cu 2006 numărul raportat de infracțiuni legate de oferta de droguri a crescut cu 18 %, estimându-se că au existat peste 214 000 de cazuri în 2015. Canabisul a făcut obiectul majorității infracțiunilor legate

de ofertă (57 %). Începând din 2013 există și o creștere accentuată a raportărilor privind infracțiuni legate de oferta de MDMA (figura 1.15).

La nivelul Europei în general, se estimează că în 2015 au fost raportate peste un milion de infracțiuni legate de consum sau posesie de droguri pentru consum personal, în creștere cu 27 % față de 2006. Dintre infracțiunile raportate în legătură cu posesia de droguri, aproximativ trei sferturi au fost legate de canabis (74 %). Tendințele ascendente ale infracțiunilor asociate posesiei de amfetamine și de MDMA au continuat în 2015 (figura 1.15).

**În 2015 s-au raportat
aproximativ 1,5 milioane
de infracțiuni la regimul
drogurilor**

MAI MULTE INFORMAȚII

Publicații EMCDDA**2017**

Cannabis legislation in Europe: an overview.

Country Drug Reports 2017.

Drug trafficking penalties across the European Union: a survey of expert opinion, Technical reports.

2016

Cocaine trafficking to Europe, Perspectives on Drugs.

Changes in Europe's cannabis resin market, Perspectives on Drugs.

Internet and drug markets, Insights.

2015

Opioid trafficking routes from Asia to Europe, Perspectives on Drugs.

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

The internet and drug markets, Technical reports.

2014

New developments in Europe's cannabis markets, Perspectives on Drugs.

2013

Drug supply reduction and internal security, EMCDDA Papers.

Legal approaches to controlling new psychoactive substances, Perspectives on Drugs.

Models for the legal supply of cannabis: recent developments, Perspectives on Drugs.

Synthetic cannabinoids in Europe, Perspectives on Drugs.

Synthetic drug production in Europe, Perspectives on Drugs.

2012

Cannabis production and markets in Europe, Insights.

Publicații comune EMCDDA și Europol**2017**

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: acryloylfentanyl, Joint Reports.

2016

EU Drug Markets Report: In-depth Analysis.

EU Drug Markets Report: Strategic Overview.

EMCDDA–Europol 2015 Annual Report on the implementation of Council Decision 2005/387/JHA.

EMCDDA–Europol Joint Report on MDMB-CHMICA, Joint Reports.

EMCDDA–Europol Joint Report on acetylfentanyl, Joint Reports.

2015

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: α -PVP, Joint Reports.

2013

Amphetamine: a European Union perspective in the global context.

Publicații comune EMCDDA și Eurojust**2016**

New psychoactive substances in Europe: legislation and prosecution — current challenges and solutions.

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

2

**În rândul consumatorilor
de droguri, policonsumul
este ceva obișnuit**

Prevalența și tendințele consumului de droguri

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

Monitorizarea consumului de droguri

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

Anchetele realizate în rândul elevilor și al populației generale pot oferi o imagine de ansamblu a prevalenței consumului experimental și recreațional de droguri. Rezultatele acestor anchete pot fi completate de analizele privind urmele de droguri în apele reziduale urbane, efectuate la nivel comunitar în orașe din toată Europa.

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

Seturile complete de date și notele metodologice pot fi consultate în [Buletinul statistic](#) online.

Tendințe naționale diverse privind consumul de substanțe în rândul elevilor

Monitorizarea consumului de substanțe în rândul elevilor oferă o perspectivă importantă asupra comportamentelor de risc actuale ale tinerilor și asupra eventualelor tendințe viitoare. În 2015, Proiectul european de anchete în școli privind consumul de alcool și alte droguri (ESPAD) a desfășurat a șasea rundă de culegere de date de la inițierea sa în 1995. Ultima anchetă a cules date comparabile despre consumul de substanțe în rândul elevilor de 15-16 ani din 35 de țări europene, printre care 23 de state membre ale UE și Norvegia. Dintre elevii din aceste 24 de țări, în medie 18 % au declarat că au consumat cannabis cel puțin o dată (prevalența de-a lungul vieții), cele mai ridicate niveluri fiind raportate de Republica Cehă (37 %) și Franța (31 %). Consumul de cannabis în ultimele 30 de zile s-a situat între 2 % în Suedia, Finlanda și Norvegia și 17 % în Franța, media pentru cele 24 de țări fiind de 8 %. Decalajul dintre sexe a variat de la o țară europeană la alta, proporția de băieți și fete în rândul consumatorilor de cannabis de-a lungul vieții variind de la paritate în Republica Cehă și Malta până la un raport de 2,5 băieți la o fată în Norvegia.

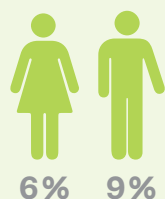
Consumul de alte droguri ilegale a fost mult mai mic, prevalența generală de-a lungul vieții fiind de 5 %. Drogurile ilegale consumate cel mai frecvent după cannabis au fost MDMA/ecstasy, amfetamina, cocaina, metamfetamina și LSD sau alte substanțe halucinogene, fiecare dintre acestea fiind menționat de 2 % dintre elevi. În plus, 4 % dintre elevi au menționat că au consumat noi substanțe psihoactive de-a lungul vieții, cele mai ridicate rate fiind înregistrate în Estonia și Polonia (10 % în fiecare).

În cele 22 de țări pentru care au existat date suficiente pentru analiză (21 de state membre ale UE și Norvegia), tendințele generale ale prevalenței cannabisului în ultima lună au atins un nivel de vârf în 2003 și au scăzut ușor în anchetele ulterioare (figura 2.1). În intervalul dintre anchetele cele mai recente, efectuate în 2011 și 2015, prevalența consumului de cannabis atât de-a lungul vieții, cât și în ultima lună a fost stabilă în majoritatea acestor țări. Începând din 1995, prevalența de-a lungul vieții a consumului celorlalte droguri ilegale a rămas în mare măsură neschimbată, cu o ușoară scădere între 2011 și 2015.

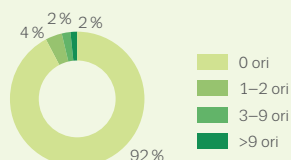
4 % dintre elevi au menționat că au consumat noi substanțe psihoactive de-a lungul vieții

CONSUMUL DE SUBSTANȚE ÎN RÂNDUL ELEVILOR EUROPENI CU VÂRSTA DE 15-16 ANI (ESPAD 2015)

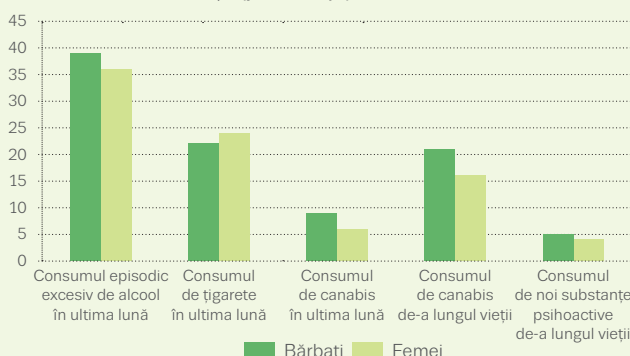
Consumul de cannabis în ultima lună, pe sexe



Frecvența consumului de cannabis în ultima lună



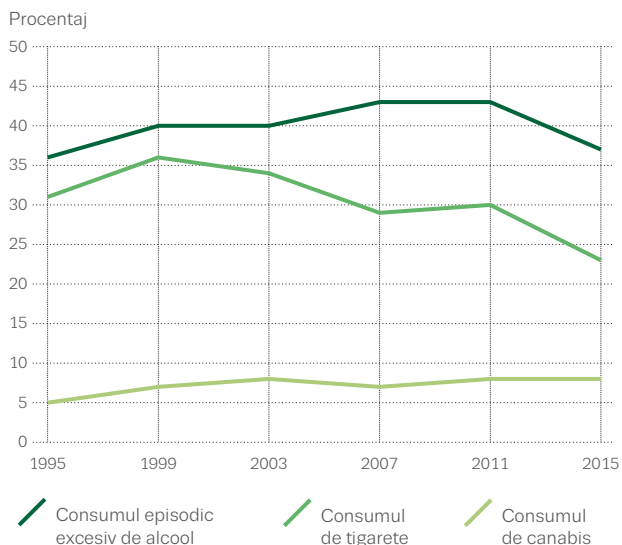
Consumul de substanțe (procentaje)



NB: Pe baza datelor pentru cele 23 de țări membre ale UE și pentru Norvegia, care au participat la runda ESPAD din 2015.

FIGURA 2.1

Tendințe în ceea ce privește prevalența în ultima lună a consumului episodic excesiv de alcool, a consumului de țigarete și a consumului de cannabis în rândul elevilor europeni cu vârsta de 15-16 ani



NB: Pe baza datelor pentru cele 21 de țări membre ale UE și pentru Norvegia, care au participat la cel puțin patru runde ESPAD.

Consumul de tutun și consumul episodic excesiv de alcool în rândul elevilor au scăzut în ultimul timp

ESPAD oferă și date privind consumul de alcool și de tutun. Mai mult de patru cincimi (83 %) dintre elevi consumaseră alcool cel puțin o dată în viață. Jumătate dintre elevi au declarat că au băut alcool cel puțin o dată în ultima lună, iar 39 % dintre băieți și 36 % dintre fete consumaseră cel puțin cinci băuturi cu aceeași ocazie în ultima lună (consum episodic excesiv de alcool).

Aproape jumătate (47 %) dintre elevi fumaseră țigarete. 23 % dintre elevi au declarat că în luna anterioară anchetei au fumat una sau mai multe țigări pe zi, iar 3 % au declarat că au fumat mai mult de 10 țigări pe zi.

În cele 22 de țări pentru care au existat date suficiente pentru o analiză a tendințelor, între 1995 și 2015 se poate observa o scădere generală a consumului de-a lungul vieții și în ultima lună atât la alcool, cât și la țigarete. Modificările la nivelul consumului episodic excesiv de alcool au fost mai puțin pronunțate, cu toate că s-a observat o creștere în rândul fetelor în perioada respectivă. Între anchetele din 2011 și 2015 s-a produs o scădere atât a consumului episodic excesiv de alcool, cât și a consumului de țigarete din ultima lună.

Peste 93 de milioane de adulți au încercat droguri ilegale

Se estimează că peste 93 de milioane, adică puțin peste un sfert dintre persoanele cu vârste cuprinse între 15 și 64 de ani din Uniunea Europeană, au încercat droguri ilegale într-un moment al vieții. Experiența consumului de droguri este mai frecvent menționată de bărbați (56,8 milioane) decât de femei (36,8 milioane). Drogul încercat cel mai frecvent este cannabisul (53,8 milioane de bărbați și 34,1 milioane de femei), estimările consumului pe durata vieții fiind mult mai scăzute pentru cocaină (12,2 milioane de bărbați și 5,3 milioane de femei), MDMA (9,3 milioane de bărbați și 4,7 milioane de femei) și amfetamine (8,4 milioane de bărbați și 4,2 milioane de femei). Nivelurile consumului de cannabis de-a lungul vieții variază considerabil de la o țară la alta, de la aproximativ 8 din 10 adulți în Franța la mai puțin de unul din 20 în Malta și România.

Consumul de droguri din ultimul an ilustrează consumul recent de droguri, fiind cel mai concentrat în rândul adulților tineri. Se estimează că 18,7 milioane de adulți tineri (cu vârste cuprinse între 15 și 34 de ani) au consumat droguri în ultimul an, numărul bărbaților fiind de două ori mai mare decât cel al femeilor.

Consumul de cannabis: tendințele naționale variază

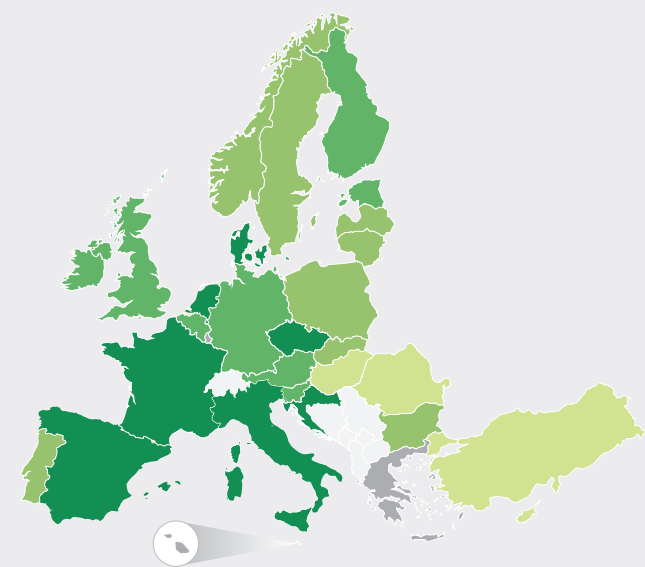
Canabisul este drogul ilegal cel mai probabil să fie consumat de toate grupele de vârstă. În general, cannabisul se fumează, iar în Europa este, de regulă, amestecat cu tutunul. Modelele consumului de cannabis variază de la consumul ocazional la cel regulat și dependent.

Se estimează că 87,7 milioane de adulți europeni (15-64 de ani), adică 26,3 % din această grupă de vârstă, au experimentat consumul de cannabis într-un moment al vieții. Dintre aceștia, se estimează că 17,1 milioane de tineri europeni (15-34 de ani), adică 13,9 % din această grupă de vârstă, au consumat cannabis în ultimul an, 10 milioane dintre ei având vârste cuprinse între 15 și 24 de ani (17,7 % din această grupă de vârstă). Rata prevalenței în ultimul an în rândul persoanelor cu vârste cuprinse între 15 și 34 de ani variază între 3,3 % în România și 22 % în Franța. În rândul tinerilor care au consumat cannabis în ultimul an, raportul dintre bărbați și femei este de doi la unu.

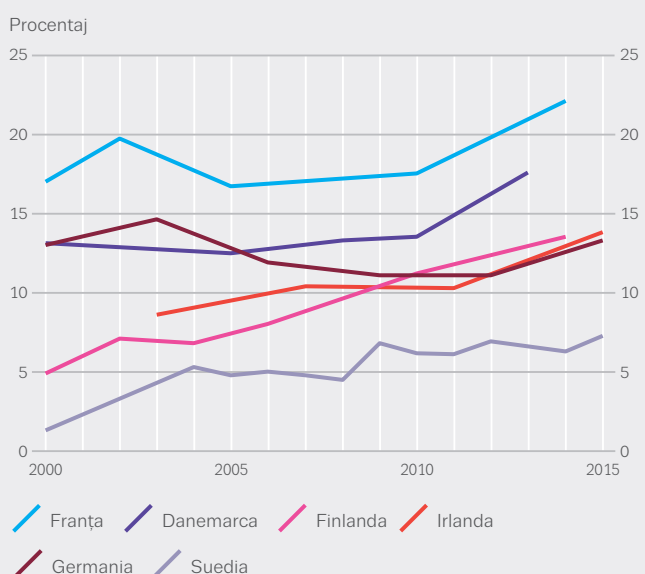
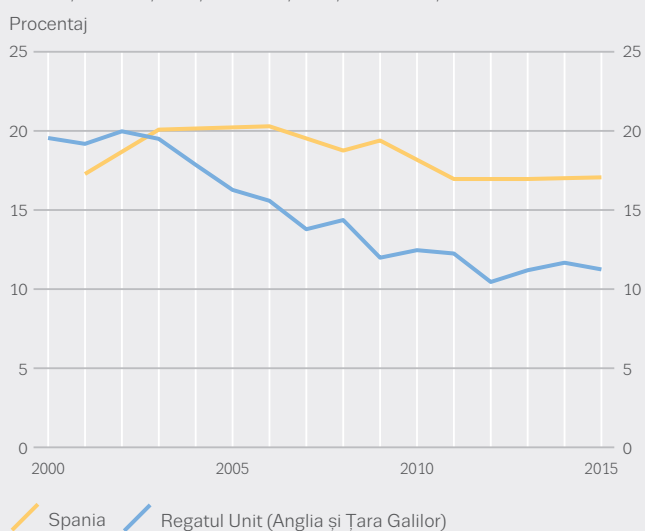
**Drogul încercat
cel mai frecvent
este cannabisul**

FIGURA 2.2

Prevalența în ultimul an a consumului de canabis în rândul adulților tineri (15-34 de ani): datele cele mai recente (hartă) și tendințe selectate



Procentaj
 <5,1 5,1–10,0 10,1–15,0 >15,0 Nu există date



Rezultatele celor mai recente anchete arată că țările urmează în continuare modele divergente privind consumul de canabis din ultimul an. Dintre țările care au realizat anchete din anul 2014 până în prezent și au raportat intervale de încredere, șapte au raportat estimări mai ridicate, șase au raportat o situație stabilă, iar două au raportat estimări mai scăzute față de ancheta anterioară comparabilă.

Puține țări dispun de suficiente date provenite din anchete pentru a permite realizarea unei analize statistice a tendințelor consumului de canabis din ultimul an în rândul adulților tineri (15-34 de ani). Dintre acestea, tendințele de mult timp descendente, observate anterior în ultimul deceniu în Spania și Regatul Unit, s-au stabilizat în datele mai recente (figura 2.2).

În ultimul deceniu se observă o tendință ascendentă în Irlanda și Finlanda, precum și în Suedia, cu toate că prevalența în această țară este stabilă începând din 2009. În Germania, Franța și Danemarca nu s-a evidențiat nicio tendință de creștere statistică în această perioadă, deși ultimele anchete indică creșteri recente ale consumului de canabis din ultimul an în rândul adulților tineri. În 2014, Franța a raportat un nou record de 22 %, în timp ce nivelul de 13 % raportat de Germania reprezintă cea mai ridicată prevalență a consumului de canabis din ultimul an în rândul adulților tineri înregistrată în această țară în ultimul deceniu. În țările pentru care nu au existat date suficiente pentru analiza statistică a tendințelor, în 2015 a doua anchetă anuală comparabilă din Țările de Jos a confirmat o prevalență de aproximativ 16 %, în timp ce prima anchetă națională derulată în Austria după 2008 a raportat o prevalență de 14 %.

Consumatorii problematici de canabis: crește numărul persoanelor admise la tratament

Pe baza unor anchete realizate în rândul populației generale, se estimează că în jur de 1 % dintre adulții europeni sunt consumatori zilnici sau aproape zilnici de canabis, adică au consumat acest drog timp de 20 de zile sau mai mult în ultima lună. În jur de 30 % dintre aceștia sunt consumatori mai vârstnici ai drogului, cu vârste cuprinse între 34 și 64 de ani, iar peste trei sferturi sunt bărbați.

Atunci când sunt luate în considerare alături de alți indicatori, datele cu privire la persoanele admise la tratament pentru probleme legate de consumul de canabis pot furniza informații cu privire la natura și amploarea consumului problematic de canabis în Europa. În general, numărul persoanelor admise la tratament pentru prima dată pentru probleme generate de consumul de canabis a crescut de la 43 000 în 2006 la 76 000 în 2015. La baza acestei creșteri se pot afla mai mulți factori, printre care prevalența ridicată a consumului de canabis în rândul populației generale, creșterea numărului de consumatori intensivi, disponibilitatea unor produse cu potență mai ridicată, creșterea numărului de trimeri la tratament și a nivelului de furnizare a serviciilor de tratament.

Prevalența cocainei: tendințe naționale stabile

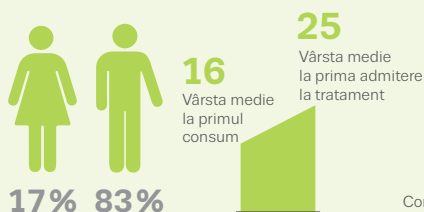
Cocaina este cel mai consumat drog stimulant ilegal din Europa, prevalența consumului fiind mai ridicată în țările din sud și din vest. Dintre persoanele care o consumă în mod regulat, se poate face o distincție generală între consumatorii mai integrați din punct de vedere social, care adesea prizează cocaina pudră (hidroclorură de cocaină), și consumatorii marginalizați, care își injectează cocaină sau fumează cocaină crack (bază), uneori în combinație cu opioide.

Se estimează că 17,5 milioane de adulți europeni (15-64 de ani), adică 5,2 % din această grupă de vârstă, au experimentat consumul de cocaină într-un moment al vieții. Dintre aceștia, aproximativ 2,3 milioane de adulți tineri cu vârste cuprinse între 15 și 34 de ani (1,9 % din această grupă de vârstă) au consumat drogul în ultimul an.

Numai Irlanda, Spania, Țările de Jos și Regatul Unit raportează o prevalență a consumului de cocaină în ultimul an în rândul adulților tineri de 2,5 % sau mai mult. În toată Europa, scăderile consumului de cocaină raportate în anii anteriori nu au mai fost observate în cele mai recente anchete. Dintre țările care au realizat anchete din anul 2014 până în prezent și au raportat intervale de încredere, două au raportat estimări mai ridicate, unsprezece au raportat o situație stabilă, iar una a raportat estimări mai reduse față de ancheta anterioară comparabilă.

CONSUMATORI DE CANABIS ADMIȘI LA TRATAMENT

Caracteristici



Persoane admise la tratament pentru prima dată

60%

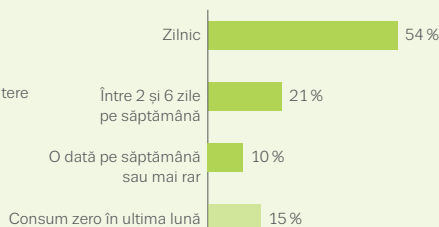


Persoane care au primit tratament și anterior

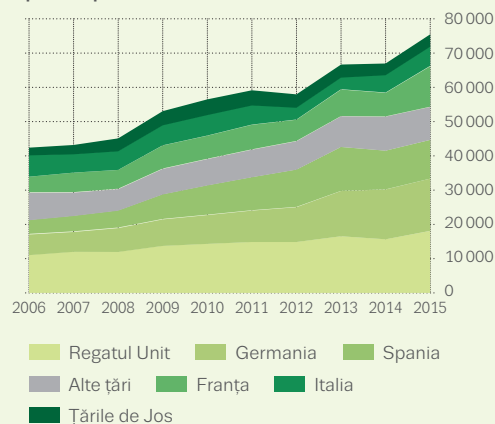
40%

Frecvența consumului în ultima lună

Consum mediu de 5,4 zile pe săptămână



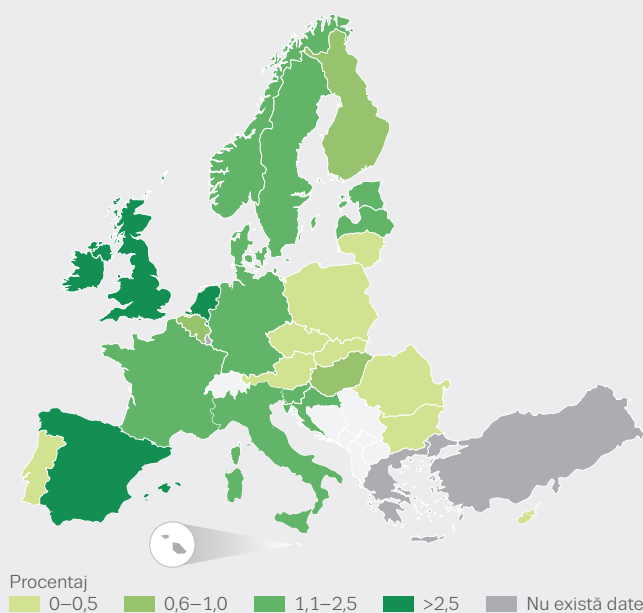
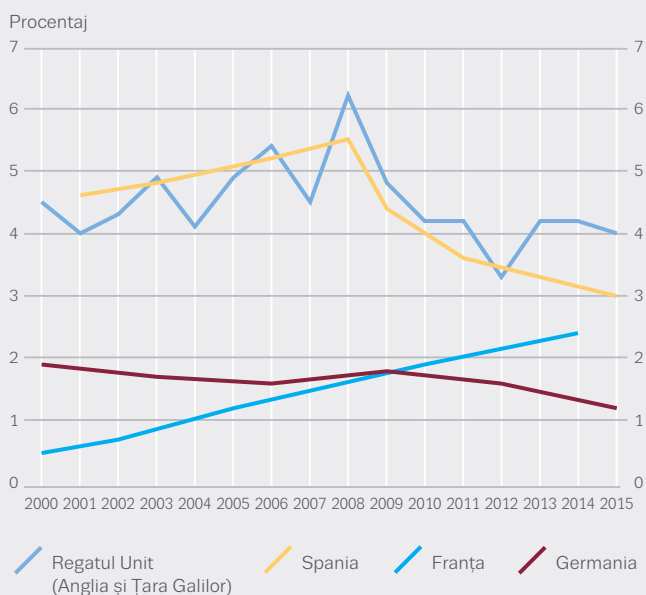
Tendințe pentru persoanele admise la tratament pentru prima dată



NB: Caracteristicile se referă la toate persoanele admise la tratament care au consumat canabis ca drog principal. Tendințele pentru persoanele admise la tratament pentru prima dată se bazează pe datele din 23 de țări. Din cauza modificărilor în fluxul de date la nivel național, datele începând din 2014 pentru Italia nu sunt direct comparabile cu cele din anii anteriori.

FIGURA 2.3

Prevalența în ultimul an a consumului de cocaină în rândul adulților tineri (15-34 de ani): tendințe selectate și datele cele mai recente



O analiză statistică a tendințelor pe termen lung în ceea ce privește consumul de cocaină din ultimul an în rândul adulților tineri este posibilă numai pentru un număr mic de țări, iar noile date confirmă tendințele existente. Atât Spania, cât și Regatul Unit au raportat tendințe de creștere a prevalenței până în 2008, urmate de stabilitate sau de scădere (figura 2.3). Deși Franța înregistrează niveluri mai mici de prevalență, se poate observa o tendință ascendentă, prevalența depășind pentru prima oară 2 % în 2014. Din punct de vedere statistic, ancheta efectuată în Germania în 2015 a arătat o scădere a prevalenței cocainei, care rămăsese stabilă între anii 2000 și 2009.

Analiza urmelor de cocaină din apele reziduale urbane, efectuată în cadrul unui studiu pe mai multe orașe, completează rezultatele anchetelor în rândul populației. Analiza apelor reziduale arată consumul colectiv de substanțe pure din cadrul unei comunități, iar rezultatele nu sunt direct comparabile cu estimările prevalenței din cadrul anchetelor în rândul populației țării. Rezultatele analizei apelor reziduale sunt prezentate în cantități standardizate (concentrații) de urme de droguri la 1 000 de locuitori pe zi.

O analiză din 2016 a constatat cele mai ridicate concentrații de benzoilecgonină, principalul metabolit al cocainei, în orașe din Belgia, Spania și Regatul Unit și niveluri foarte scăzute în majoritatea orașelor din Europa de Est (a se vedea figura 2.4). Dintre cele 33 de orașe care dispun de date pentru 2015 și 2016, 22 au raportat o creștere, patru au raportat o scădere și șapte au raportat o situație stabilă. Pentru cele mai multe dintre cele 13 orașe

care dispun de date pentru 2011 și 2016 sunt raportate tendințe stabile sau crescătoare pe termen lung.

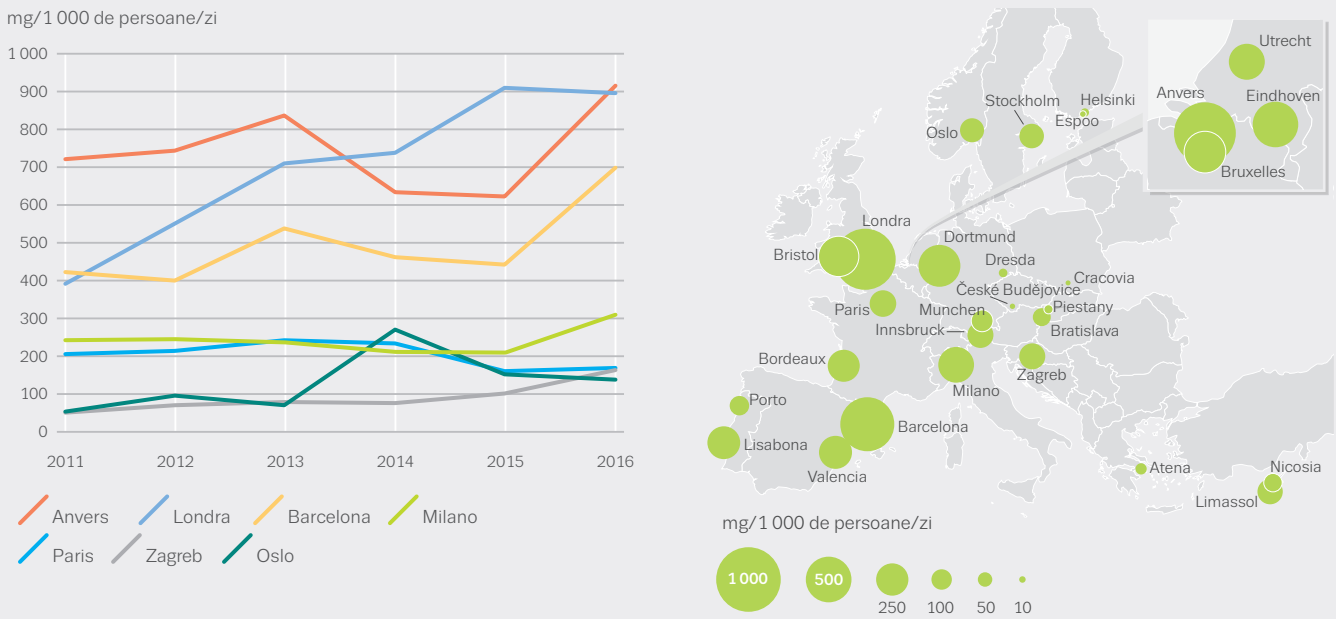
Consumul problematic de cocaină: nivel stabil de admitere la tratament

Prevalența consumului de cocaină de mare risc în Europa este dificil de măsurat, deoarece numai patru țări au estimări recente și s-au utilizat definiții și metodologii diferite. În 2015, pe baza întrebărilor referitoare la scala gradului de dependență, Germania a estimat consumul de cocaină de mare risc în rândul populației adulte la 0,20 %, în timp ce Spania a utilizat frecvența consumului pentru a estima că acest consum se situează la 0,24 %. În 2015, Italia a realizat o estimare conform căreia 0,65 % dintre persoane au nevoie de tratament pentru consumul de cocaină. Pe baza consumului din ultimul an raportat, consumul problematic de cocaină în Portugalia a fost estimat la 0,62 % în 2012.

În Spania, Italia și Regatul Unit se înregistrează aproximativ trei sferturi (74 %) din totalul admițiilor la tratament asociate consumului de cocaină raportate în Europa. În general, cocaina a fost indicată ca drog principal de aproximativ 63 000 de consumatori care au început un tratament specializat pentru consum de droguri în 2015 și de aproximativ 28 000 dintre consumatorii admiși la tratament pentru prima dată. După o perioadă de scădere, începând din 2012 numărul global al persoanelor admise la tratament pentru prima dată pentru consum de cocaină a rămas relativ stabil.

FIGURA 2.4

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



NB: Cantități medii zilnice de benzoilecgonină în miligrame la 1 000 de persoane. Prelevarea eșantioanelor s-a realizat în decurs de o săptămână în 2016 în orașele europene selectate.

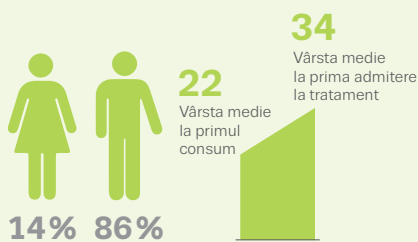
Sursa: Grupul de bază pentru analiza apelor reziduale – Europa (SCORE).

În 2015, 7 400 de consumatori admiși la tratament în Europa au menționat cocaina crack ca drog principal, aproape două treimi dintre aceștia (4 800) fiind în Regatul Unit. Dintre ceilalți, majoritatea a fost în Spania, Franța și Țările de Jos (în total 1 900).

În plus, Regatul Unit (Anglia) a estimat un consum de cocaină crack în rândul populației adulte de 0,48 % în perioada 2011-2012, majoritatea acestor consumatori de cocaină crack fiind și consumatori de opioide.

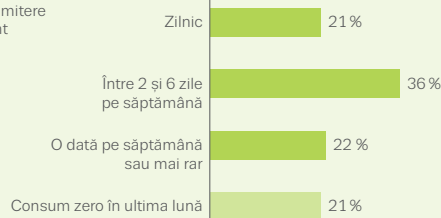
CONSUMATORI DE COCAINĂ ADMIȘI LA TRATAMENT

Caracteristici

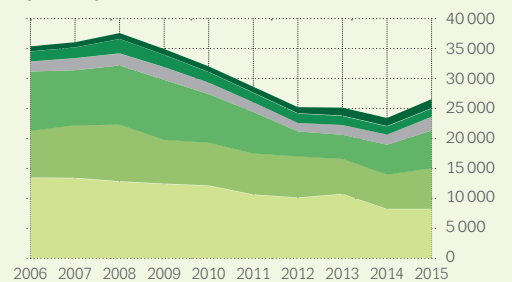


Frecvența consumului în ultima lună

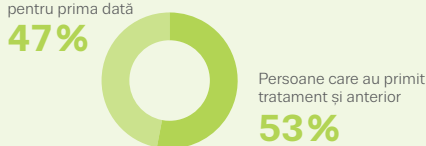
Consum mediu de 3,7 zile pe săptămână



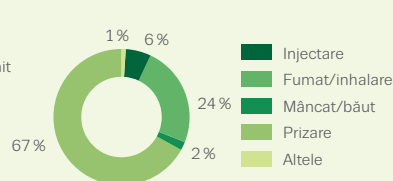
Tendențe pentru persoanele admise la tratament pentru prima dată



Persoane admise la tratament pentru prima dată



Calea de administrare

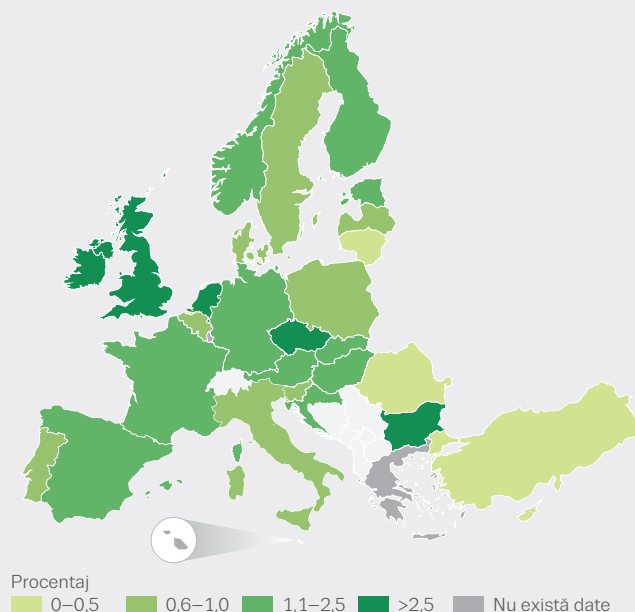
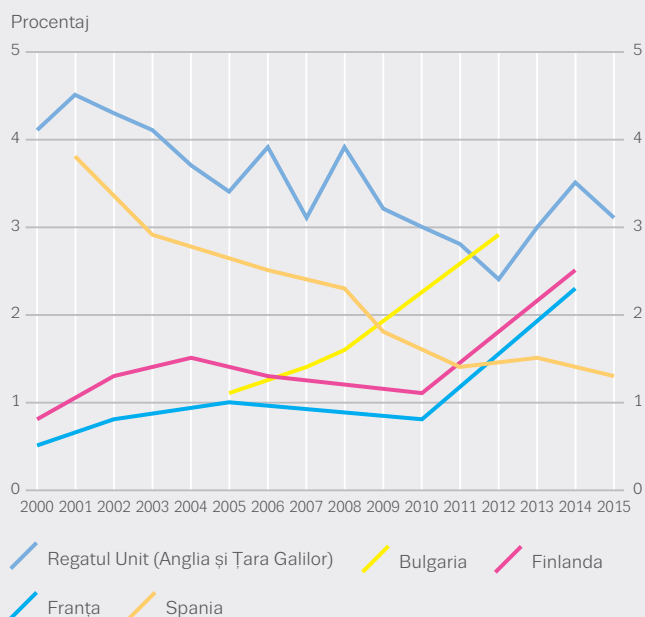


Spania Regatul Unit Italia Alte țări Țările de Jos Germania

NB: Caracteristicile se referă la toate persoanele admise la tratament care consumă cocaină ca drog principal. Tendințele pentru persoanele admise la tratament pentru prima dată se bazează pe datele din 23 de țări. Din cauza modificărilor în fluxul de date la nivel național, datele începând din 2014 pentru Italia nu sunt direct comparabile cu cele din anii anteriori.

FIGURA 2.5

Prevalența în ultimul an a consumului de MDMA în rândul adulților tineri (15-34 de ani): tendințe selectate și datele cele mai recente



MDMA: consumul continuă să crească

MDMA (3,4-metilendioxi-metamfetamină) este consumat sub formă de comprimate (numite adesea ecstasy), dar și sub formă cristalizată și de pudră; de obicei, comprimatele se înghit, iar cristalele și pudra se administrează oral, putând fi inclusiv puse pe limbă („dabbing”) sau prizate. De-a lungul timpului, majoritatea anchetelor la nivel european au colectat mai degrabă date privind consumul de ecstasy decât privind consumul de MDMA, deși în prezent situația este diferită.

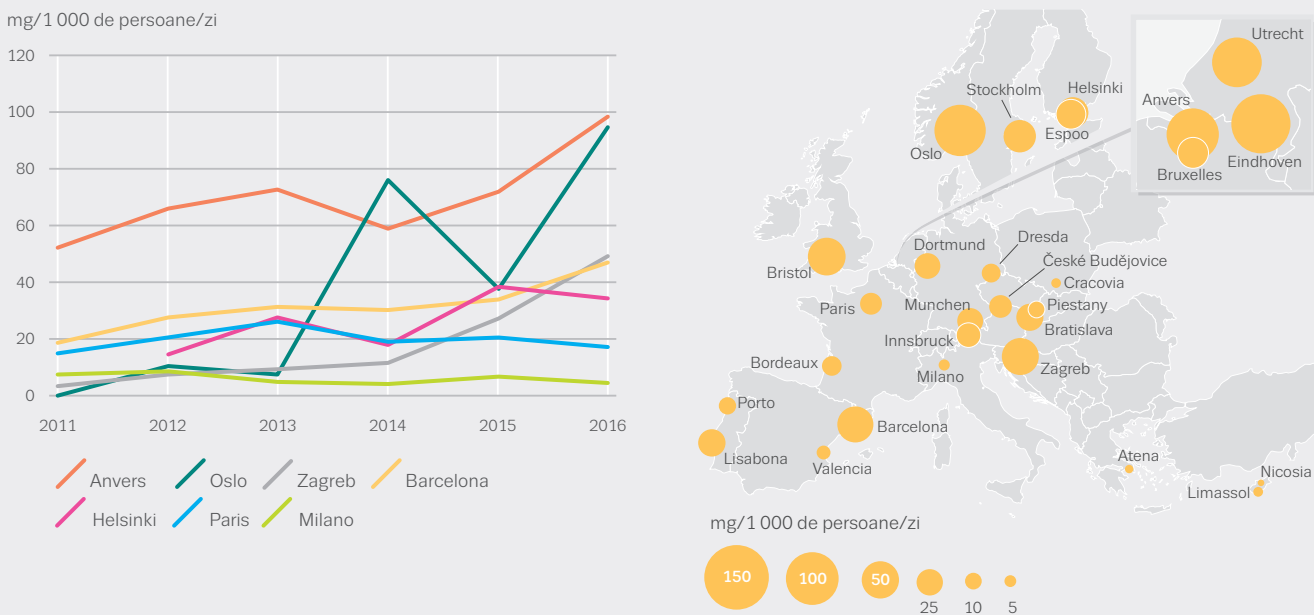
Se estimează că 14 milioane de adulți europeni (15-64 de ani), adică 4,2 % din această grupă de vârstă, au experimentat consumul de MDMA/ecstasy într-un moment al vieții. Cifrele referitoare la consumul mai recent, în grupa de vârstă în care consumul atinge cel mai ridicat nivel, arată că 2,3 milioane de adulți tineri (15-34 de ani) au consumat MDMA în ultimul an (1,8 % din această grupă de vârstă), estimările la nivel național variind de la 0,3 % în Cipru, Lituania și România până la 6,6 % în Țările de Jos.

Până nu demult, în numeroase țări prevalența MDMA a fost în scădere față de nivelurile de vârf atinse în prima jumătate a anilor 2000. În schimb, în ultimii ani sursele de monitorizare indică o creștere a consumului de MDMA. În țările care au realizat noi anchete din anul 2014 până în prezent și au raportat intervale de încredere, rezultatele sugerează o tendință de creștere continuă în Europa, cinci țări raportând estimări mai ridicate față de ancheta anterioară comparabilă și nouă raportând estimări stabile.

Acolo unde există date pentru o analiză statistică a tendințelor privind consumul de MDMA din ultimul an în rândul adulților tineri, datele mai recente sugerează că au avut loc schimbări. După o situație stabilă sau o creștere treptată începând din anul 2000, Franța și Finlanda raportează creșteri mari în 2014 (figura 2.5). În Regatul Unit, creșterea care a putut fi observată începând din 2012 s-a redus conform datelor din 2015, iar în Spania tendința pe termen lung rămâne descendentă, deși valorile din ultimul timp sunt stabile.

FIGURA 2.6

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



NB: Cantități medii zilnice de MDMA în miligrame la 1 000 de persoane. Prelevarea eșantioanelor s-a realizat în decurs de o săptămână în 2016 în orașele europene selectate.
Sursa: Grupul de bază pentru analiza apelor reziduale – Europa (SCORE).

O analiză desfășurată în mai multe orașe în anul 2016 a constatat cele mai ridicate concentrații de MDMA în apele reziduale din orașele belgiene, olandeze și norvegiene (figura 2.6). Dintre cele 32 de orașe care dispun de date pentru 2015 și 2016, 17 au raportat o creștere, 11 au raportat o scădere și patru au raportat o situație stabilă. Analizând tendințele pe termen mai lung, în majoritatea orașelor care dispun de date pentru cei doi ani concentrațiile de MDMA în apele reziduale au fost mai mari în 2016 decât în 2011, în unele orașe observându-se creșteri pronunțate.

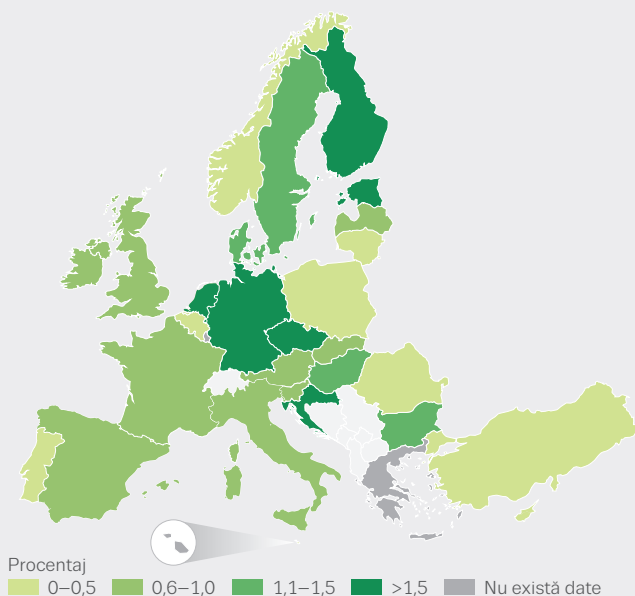
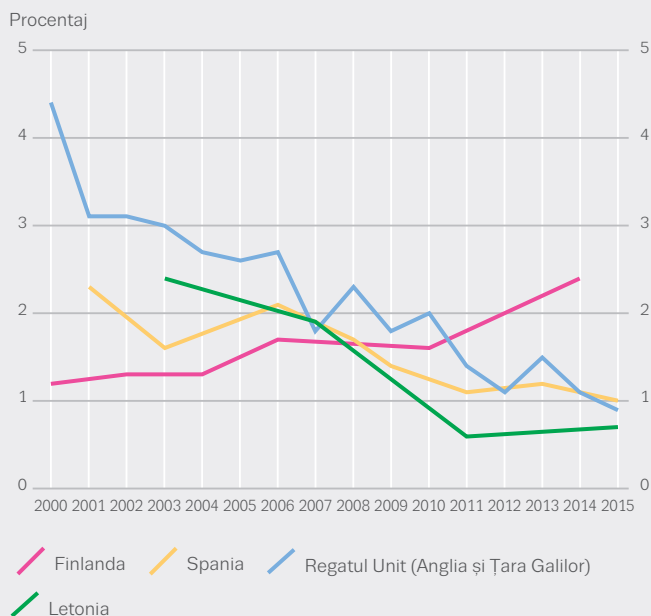
De multe ori, MDMA se consumă în combinație cu alte substanțe, inclusiv cu alcool, și în mod tradițional este strâns legat de viața de noapte și mai ales de muzica dance electronică. Indiciile actuale sugerează că, în țările cu prevalență ridicată, MDMA nu mai constituie un drog subcultural sau de nișă, limitat la cluburile și petrecerile cu muzică dance, ci este consumat de o gamă mai largă de tineri în locurile obișnuite unde se desfășoară viața de noapte, inclusiv în baruri și la petreceri private.

Consumul de MDMA constituie rareori un motiv pentru admiterea la tratament specializat pentru consum de droguri. În 2015, au menționat consumul de MDMA mai puțin de 1% dintre persoanele admise la tratament pentru prima dată în Europa (aproximativ 900 de cazuri).

Sursele de monitorizare indică o creștere a consumului de MDMA

FIGURA 2.7

Prevalența în ultimul an a consumului de amfetamine în rândul adulților tineri (15-34 de ani): tendințe selectate și datele cele mai recente



Consumul de amfetamine: situații naționale divergente

Amfetamina și metamfetamina, două substanțe stimulante foarte apropiate, sunt ambele consumate în Europa, dar amfetamina este consumată mult mai frecvent. De-a lungul timpului, consumul de metamfetamină s-a limitat la Republica Cehă și, mai recent, la Slovacia, dar în ultimii ani a crescut consumul și în alte țări. În unele seturi de date nu se poate distinge între cele două substanțe; în aceste cazuri, se folosește denumirea generică „amfetamine”.

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

Se estimează că 12,5 milioane de adulți europeni (15-64 de ani), adică 3,8 % din această grupă de vârstă, au experimentat consumul de amfetamine într-un moment al vieții. Cifrele referitoare la consumul mai recent, în grupa de vârstă în care consumul atinge cel mai ridicat nivel, arată că 1,3 milioane (1,1 %) de adulți tineri (15-34 de ani) au consumat amfetamine în ultimul an, cele mai recente estimări naționale privind prevalența variind de la 0,1 % în Cipru, Portugalia și România până la 3,1 % în Țările de Jos. Datele disponibile sugerează că, începând aproximativ din anul 2000, majoritatea țărilor europene a înregistrat o relativă stabilitate a tendințelor în materie de consum. Dintre țările care au realizat anchete din anul 2014 până în prezent și au raportat intervale de încredere, două au

raportat estimări mai ridicate, zece au raportat o situație stabilă, iar două au raportat estimări mai reduse față de ancheta anterioară comparabilă.

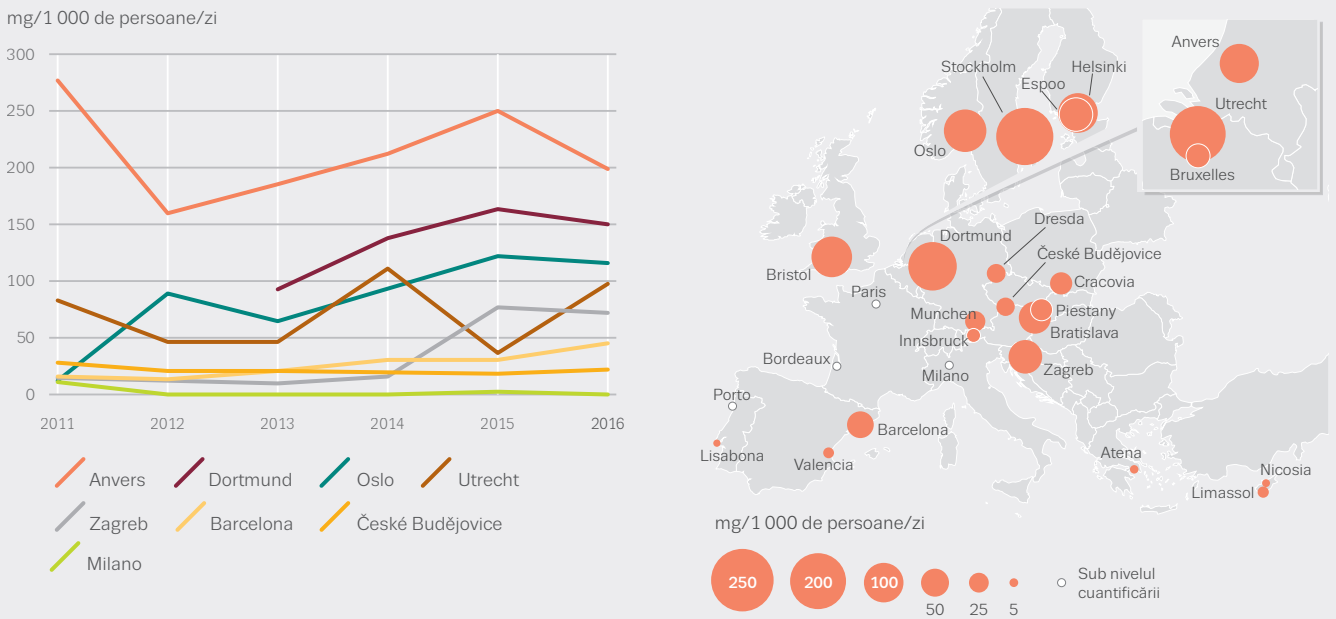
O analiză statistică a tendințelor în ceea ce privește prevalența amfetaminelor în ultimul an în rândul adulților tineri, este posibilă numai pentru un număr mic de țări. În Spania, Letonia și Regatul Unit se observă tendințe descendente pe termen lung (figura 2.7). În schimb, Finlanda a înregistrat creșteri ale prevalenței începând din anul 2000.

Analiza apelor reziduale urbane efectuată în 2016 a constatat că concentrațiile de amfetamină variază considerabil în Europa, cele mai ridicate niveluri înregistrându-se în orașele din nordul Europei (a se vedea figura 2.8). Nivelurile de amfetamină constatate în unele orașe din sudul Europei au fost mult mai scăzute. Dintre cele 32 de orașe care dispun de date pentru 2015 și 2016, 13 au raportat o creștere, nouă au raportat o situație stabilă și patru au raportat o scădere. În general, datele din perioada 2011-2016 au arătat tendințe relativ stabile pentru amfetamină.

Consumul de metamfetamină, în general scăzut și în mod tradițional concentrat în Republica Cehă și Slovacia, pare să fie prezent acum și în estul Germaniei și nordul Europei, în special în orașele din Finlanda (a se vedea figura 2.9). În 2015 și 2016, dintre cele 30 de orașe care dispun de date privind metamfetamina din apele reziduale, 13 au raportat o creștere, 10 au raportat o situație stabilă și șapte au raportat o scădere.

FIGURA 2.8

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

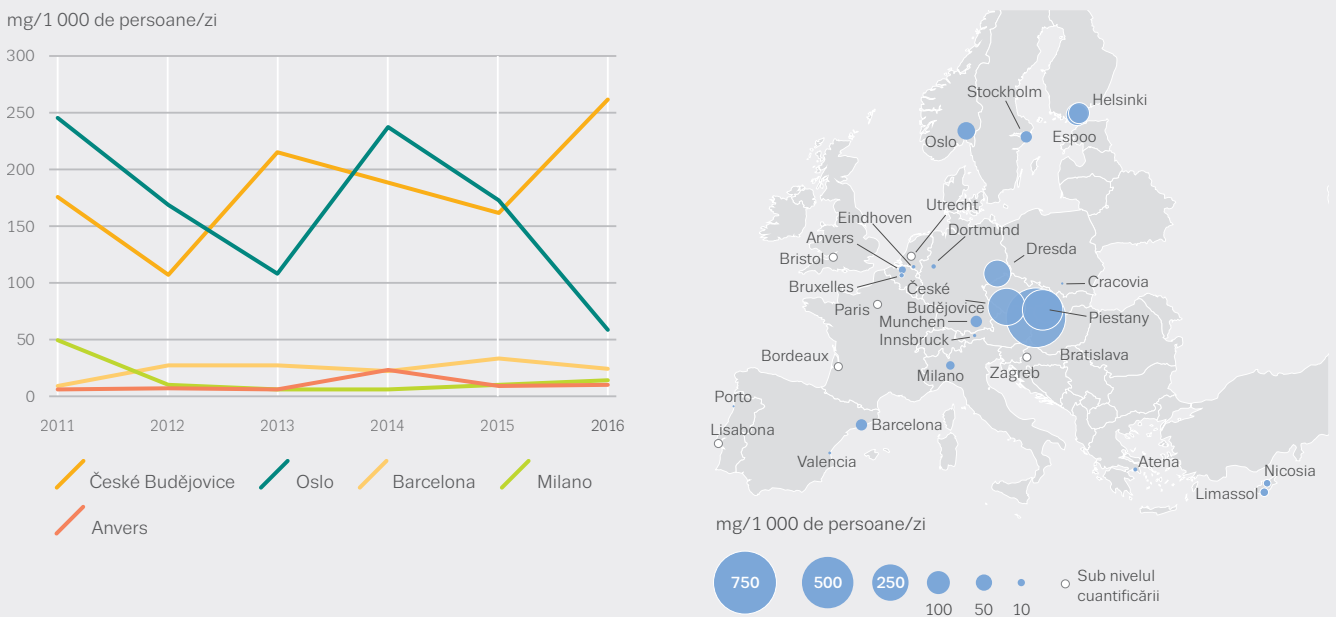


NB: Cantități medii zilnice de amfetamină în miligrame la 1 000 de persoane. Prelevarea eșantioanelor s-a realizat în decurs de o săptămână în 2016 în orașele europene selectate.

Sursa: Grupul de bază pentru analiza apelor reziduale – Europa (SCORE).

FIGURA 2.9

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



NB: Cantități medii zilnice de metamfetamină în miligrame la 1 000 de persoane. Prelevarea eșantioanelor s-a realizat în decurs de o săptămână în 2016 în orașele europene selectate.

Sursa: Grupul de bază pentru analiza apelor reziduale – Europa (SCORE).

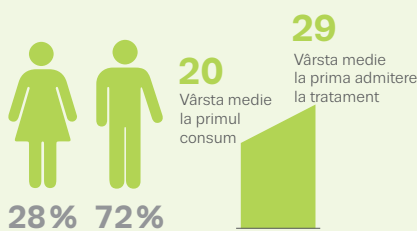
Consumul problematic de amfetamine: crește numărul admiților la tratament

Problemele legate de consumul de amfetamină pe termen lung, cronic și prin injectare au fost constatate, de-a lungul timpului, îndeosebi în țările din nordul Europei. În schimb, problemele cauzate de consumul de metamfetamină pe termen lung au fost cel mai evidente în Republica Cehă și în Slovacia. Estimări recente privind consumul problematic de amfetamine sunt disponibile pentru Norvegia, unde se estimează 0,33 %, adică 11 200 de adulți, și pentru Germania, unde se estimează 0,19 %, adică 102 000 de consumatori în 2015. Consumatorii de amfetamine reprezintă probabil majoritatea celor 2 180 (0,17 %) de consumatori problematici de droguri stimulante estimați de Letonia în 2014, în scădere de la 6 540 (0,46 %) în 2010. Și pentru Republica Cehă și Cipru sunt disponibile estimări recente privind consumul problematic de metamfetamină. În Republica Cehă, consumul problematic de metamfetamină în rândul adulților (15-64 de ani) a fost estimat la aproximativ 0,49 % pentru anul 2015. Consumul problematic de metamfetamină, în principal prin injectare, a crescut de la 20 900 de consumatori în 2007 la un nivel de vârf de 36 400 în 2014, scăzând apoi la 34 200 în 2015. Estimarea pentru Cipru este de 0,14 % sau 678 de consumatori în 2015.

Aproximativ 34 000 dintre consumatorii admiși la tratament specializat în Europa în 2015 au menționat amfetaminele ca drog principal, iar aproximativ 14 000 dintre aceștia s-au adresat serviciilor de tratament pentru prima dată în viață. Consumatorii de amfetamină ca drog principal reprezintă mai mult de 15 % dintre persoanele admise la tratament pentru prima dată doar în Bulgaria, Germania, Letonia, Polonia și Finlanda. Consumatorii admiși la tratament care menționează metamfetamina ca drog principal sunt concentrați în Republica Cehă și în Slovacia, țări în care trăiesc 90 % dintre cei 9 000 de consumatori de metamfetamină care primesc tratament specializat în Europa. În general, tendința ascendentă a numărului de consumatori admiși la tratament pentru prima dată care menționează amfetamina sau metamfetamina ca drog principal, observată între 2006 și 2014, a continuat și în 2015 în majoritatea țărilor.

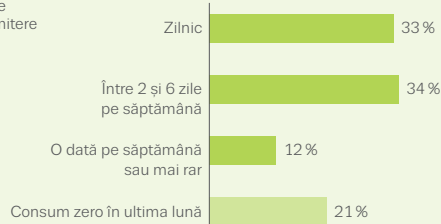
CONSUMATORI DE AMFETAMINE ADMIȘI LA TRATAMENT

Caracteristici

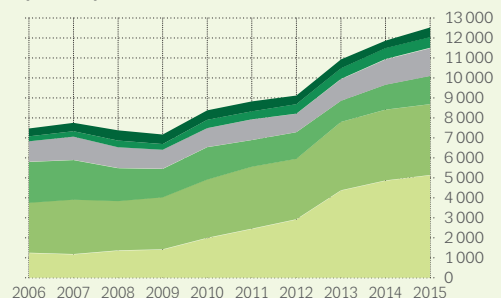


Frecvența consumului în ultima lună

Consum mediu de 4,4 zile pe săptămână

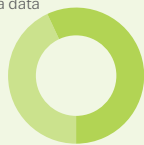


Tendențe pentru persoanele admise la tratament pentru prima dată



Persoane admise la tratament pentru prima dată

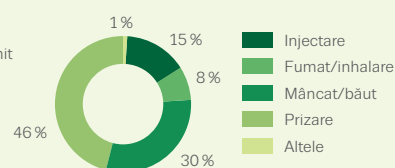
43%



Persoane care au primit tratament și anterior

57%

Calea de administrare



Germania Republica Cehă Regatul Unit
Alte țări Slovacia Țările de Jos

NB: Caracteristicile se referă la toate persoanele admise la tratament care consumă amfetamine ca drog principal. Tendințele pentru persoanele admise la tratament pentru prima dată se bazează pe datele din 23 de țări.

Ketamina, GHB și substanțele halucinogene: consumul rămâne scăzut

În Europa se consumă și numeroase alte substanțe psihoactive cu proprietăți halucinogene, anestezice, disociative sau depressoare: printre acestea se numără LSD-ul (dietilamida acidului lisergic), ciupercile halucinogene, ketamina și GHB (gama-hidroxitbutirat).

În ultimele două decenii s-a raportat consumul recreativ de ketamină și GHB (inclusiv precursorul acestuia GBL, gama-butirilactonă) în rândul unor subgrupuri de consumatori de droguri din Europa. În țările în care s-au realizat, estimările naționale ale prevalenței consumului de GHB și ketamină atât în rândul adulților, cât și al elevilor se mențin scăzute. În ancheta din 2015, Norvegia a raportat o prevalență în ultimul an a consumului de GHB de 0,1 % la adulți (16-64 de ani). În 2015, prevalența consumului din ultimul an de ketamină, poppers și GHB în rândul adulților tineri (15-34 de ani) a fost estimată la 0,6 % în Republica Cehă și în Regatul Unit.

Nivelurile totale de prevalență a consumului de LSD și de ciuperci halucinogene în Europa sunt în general mici și stabile de mai mulți ani. În rândul adulților tineri (15-34 de ani), anchetele naționale raportează estimări ale prevalenței în ultimul an de mai puțin de 1 % pentru ambele substanțe, excepție făcând Țările de Jos (1,1 %) și Republica Cehă (2,2 %) la ciupercile halucinogene în 2015 și Finlanda, cu o prevalență de 1,3 % la LSD în 2014.

Noile substanțe psihoactive: consum redus în cadrul populației generale

O serie de țări au inclus noile substanțe psihoactive în anchetele efectuate în rândul populației generale, cu toate că metodele și întrebările diferite restrâng posibilitățile de comparare între țări. Începând din 2011, unsprezece țări europene raportează estimări naționale ale consumului de noi substanțe psihoactive (fără a include ketamina și GHB). La adulții tineri (15-34 de ani), prevalența consumului acestor substanțe în ultimul an variază de la 0,3 % în Austria până la 1,6 % în Republica Cehă și Irlanda.

Pentru Regatul Unit (Anglia și Țara Galilor) sunt disponibile date din anchete referitoare la consumul de mefedronă. În cea mai recentă anchetă (2015-2016), consumul din ultimul an al acestui drog în rândul persoanelor cu vârste cuprinse între 16 și 34 de ani a fost estimat la 0,5 %, în scădere de la 1,1 % în perioada 2014-2015.

Puține anchete includ întrebări referitoare la consumul de canabinoizi sintetici. Consumul acestor droguri în ultimul an în rândul persoanelor cu vârste cuprinse între 15 și 34 de ani a fost estimat la 1,5 % în Letonia și la 0,4 % în Slovacia în 2015 și la 0,1 % în Finlanda în 2014. Tot în 2014, un procentaj estimat de 4 % al persoanelor cu vârste cuprinse între 18 și 34 de ani din Franța au declarat că au consumat canabinoizi sintetici la un moment dat.

Noile substanțe psihoactive: consum problematic în cadrul populației marginalizate

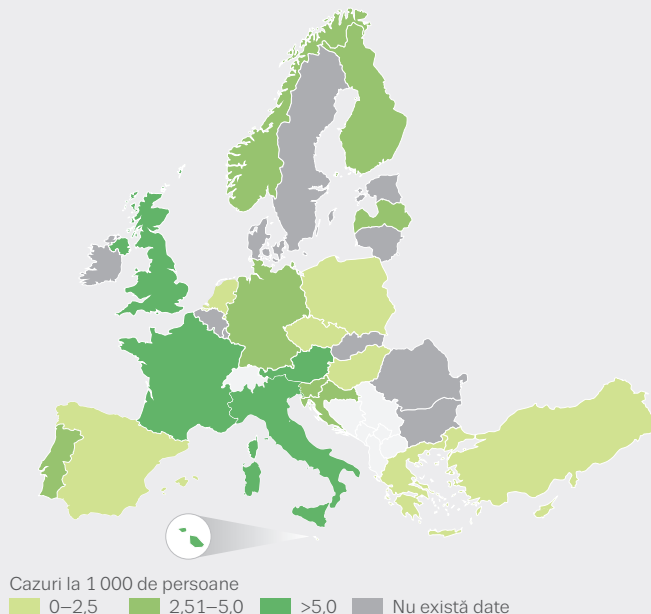
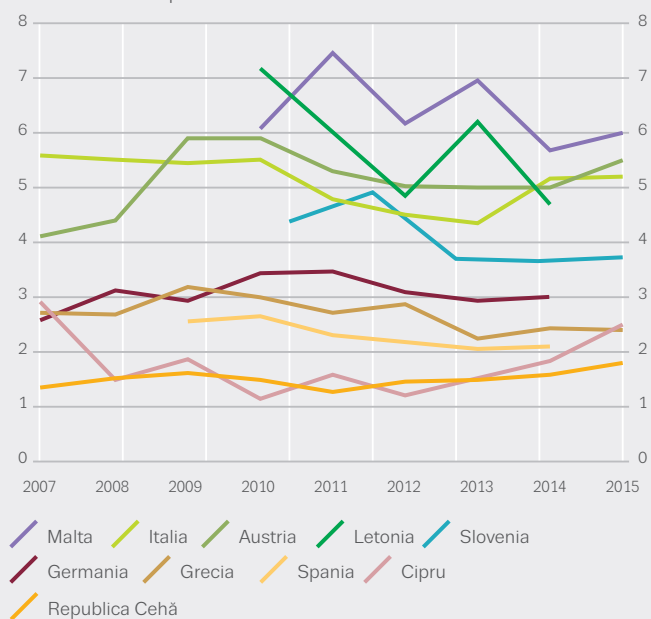
În 2016, EMCDDA a analizat consumul de noi substanțe psihoactive de către consumatorii de droguri aflați la risc. Studiul a constatat că, deși, în general, nivelul consumului este mic în Europa, modelele de consum sunt asociate cu mai multe probleme. Majoritatea țărilor europene (22) a raportat existența consumului de noi substanțe psihoactive în rândul grupurilor de consumatori din categorii aflate la risc, dar un consum mai extins în rândul consumatorilor de opioide și substanțe stimulante injectabile a fost raportat numai în Ungaria și în unele zone din Regatul Unit. Injectarea de catinone sintetice a fost raportată în jumătate (15) dintre țări, deseori substanța utilizată variind de la o țară la alta; de exemplu, mefedronă în Regatul Unit, alfa-PVP în Finlanda, pentedronă în Ungaria și 3-MMC în Slovenia. Fumatul canabinoizilor sintetici în cadrul populațiilor marginalizate, inclusiv în rândul persoanelor fără adăpost și al deținuților, reprezintă o problemă emergentă identificată în aproximativ două treimi dintre țările europene.

În prezent, în Europa, puține persoane sunt admise la tratament pentru probleme asociate consumului de noi substanțe psihoactive, cu toate că este probabil să existe și o subraportare în această privință. În 2015, aproximativ 3 200 de consumatori, adică mai puțin de 1 % dintre consumatorii admiși la tratament specializat în Europa, au menționat probleme asociate cu aceste substanțe. În Regatul Unit, aproximativ 1 500 de persoane admise la tratament (aproximativ 1 % din numărul total al consumatorilor de droguri) au menționat consumul de catinone sintetice ca drog principal; la rândul lor, Ungaria și România au raportat un număr relativ ridicat de consumatori de noi substanțe psihoactive care au început un tratament pentru consum de droguri.

FIGURA 2.10

Estimări naționale privind prevalența anuală a consumului problematic de opioide: tendințe selectate și datele cele mai recente

Cazuri la 1 000 de persoane



Consumatorii problematici de opioide: heroina este încă predominantă

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

Europa s-a confruntat cu diferite valuri de dependență de heroină, primul afectând numeroase țări occidentale începând de la jumătatea anilor 1970, iar un al doilea afectând alte țări, mai ales din centrul și estul Europei, în cea de-a doua jumătate a anilor 1990. În ultimii ani s-a observat existența unei cohorte în curs de îmbătrânire de consumatori problematici de opioide, care au luat probabil legătura cu serviciile de tratament de substituție.

Prevalența medie a consumului problematic de opioide în rândul adulților (15-64 de ani) este estimată la 0,4 % din populația Uniunii Europene, ceea ce înseamnă 1,3 milioane de consumatori problematici de opioide în Europa în 2015. La nivel național, estimările privind prevalența consumului problematic de opioide variază între mai puțin de un caz și mai mult de opt cazuri la 1 000 de persoane cu vârste cuprinse între 15 și 64 de ani (figura 2.10). Trei sferturi (76 %) dintre consumatorii problematici estimați de opioide din Uniunea Europeană se regăsesc în cinci țări (Germania, Spania, Franța, Italia, Regatul Unit). Dintre cele 10 țări care au înregistrat estimări multiple ale consumului problematic de opioide între 2008 și 2014, Spania prezintă o scădere semnificativă din punct de vedere statistic (figura 2.10).

În 2015, 191 000 de consumatori admiși la tratament specializat în Europa au menționat opioidele ca drog principal, 37 000 dintre ei adresându-se serviciilor de tratament pentru prima dată. Consumatorii de heroină ca drog principal au reprezentat 79 % dintre consumatorii de opioide ca drog principal admiși la tratament.

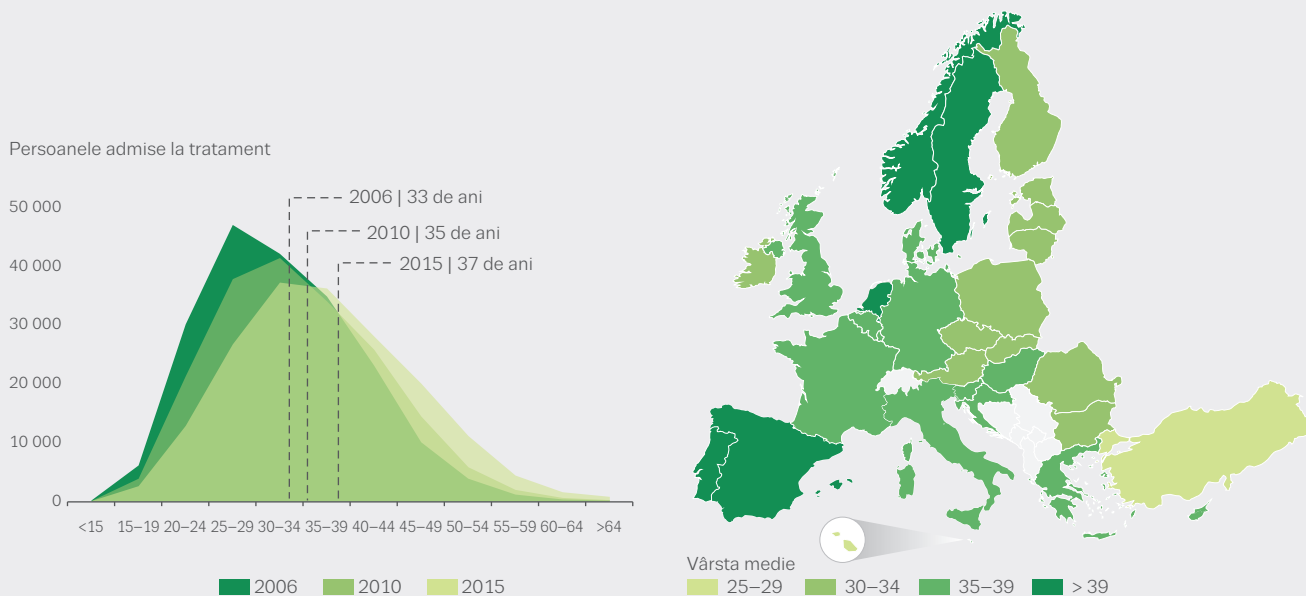
O populație în curs de îmbătrânire de consumatori de opioide

Numărul consumatorilor de heroină tratați pentru prima dată s-a redus cu peste jumătate, scăzând de la un număr record de 56 000 în 2007 până la 23 000 în 2013, înainte de a crește la 29 000 în 2015. Această creștere recentă se observă în mai multe țări, dar ea trebuie interpretată cu precauție, deoarece este posibil ca totalul la nivelul UE să fi fost influențat de schimbările intervenite în raportarea națională.

Mulți consumatori de opioide pe termen lung din Europa, de obicei cu un istoric de policonsum de droguri, au acum vârste de peste 40 și 50 de ani. În perioada 2006-2015, vârsta medie a persoanelor admise la tratament pentru probleme legate de consumul de opioide a crescut cu 4 ani (a se vedea figura 2.11). În aceeași perioadă, vârsta medie a persoanelor decedate în urma consumului de droguri (în principal din cauza opioidelor) a crescut cu 5,5 ani. Istoricul de consum de droguri injectabile și sănătatea precară, condițiile proaste de locuit și consumul de tutun și de alcool îi predispun pe acești consumatori la o serie de

FIGURA 2.11

Modificările intervenite în timp în structura de vârstă a persoanelor admise la tratament care consumă opioide ca drog principal (stânga) și vârsta medie în fiecare țară (dreapta)

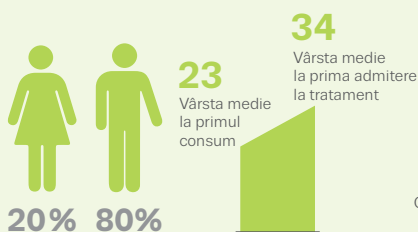


probleme de sănătate cronice, printre care probleme cardiovasculare și pulmonare. Consumatorii de opioide pe termen lung menționează și sindroame dureroase cronice, în timp ce infecțiile cu virusul hepatitei C favorizează apariția cirozei și a altor probleme hepatice. Efectele cumulate timp de mai mulți ani ale policonsumului de droguri, ale supradozelor și ale infecțiilor accelerează

îmbătrânirea fizică a acestor consumatori, cu implicații considerabile asupra serviciilor de tratament și de asistență socială și asupra prevenirii deceselor asociate consumului de droguri.

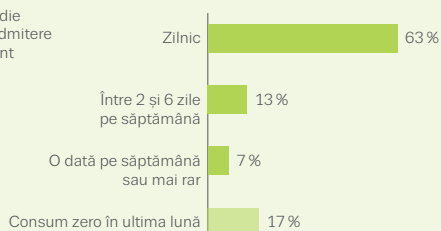
CONSUMATORI DE HEROINĂ ADMIȘI LA TRATAMENT

Caracteristici

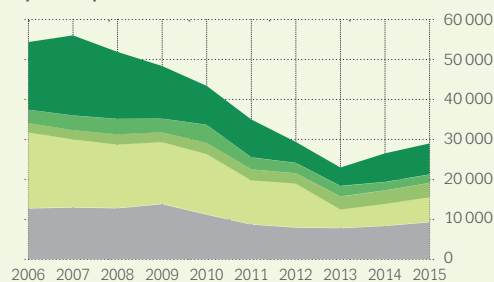


Frecvența consumului în ultima lună

Consum mediu de 6 zile pe săptămână

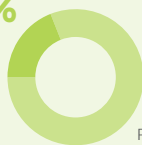


Tendințe pentru persoanele admise la tratament pentru prima dată



Persoane admise la tratament pentru prima dată

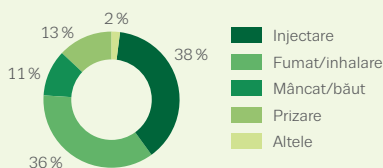
19%



Persoane care au primit tratament și anterior

81%

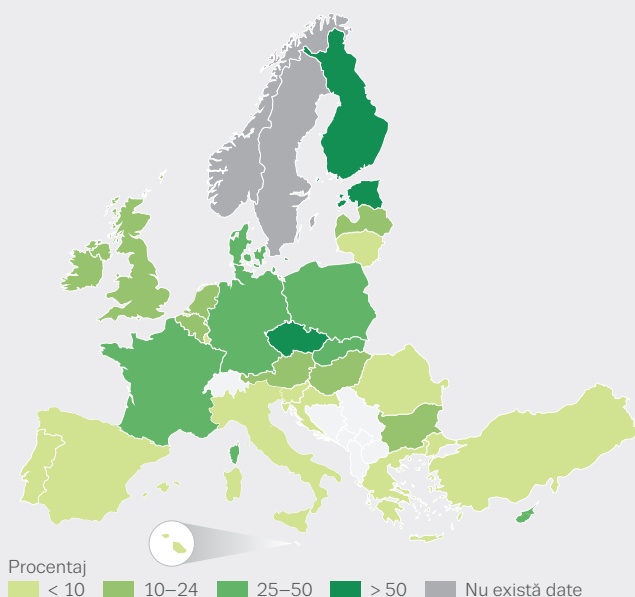
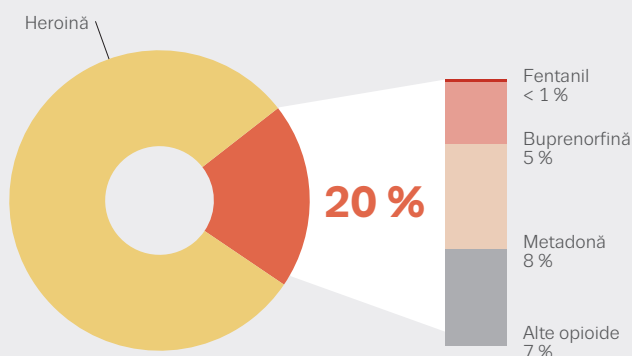
Calea de administrare



NB: Caracteristicile se referă la toate persoanele admise la tratament care consumă heroină ca drog principal. Tendințele pentru persoanele admise la tratament pentru prima dată se bazează pe datele din 23 de țări. Din cauza modificărilor în fluxul de date la nivel național, datele începând din 2014 pentru Italia nu sunt direct comparabile cu cele din anii anteriori.

FIGURA 2.12

Persoanele admise la tratament care menționează opioidele ca drog principal: după tipul de opioid (stânga) și procentajul celor care menționează alte opioide decât heroina (dreapta)



Opioidelor sintetice: tot mai vizibile în cadrul consumului problematic de opioide

Deși heroina rămâne opioidul ilegal cel mai frecvent consumat, o serie de surse sugerează că opioidele sintetice legale (precum metadonă, buprenorfină, fentanilul) sunt consumate în mod abuziv din ce în ce mai mult. În 2015, 17 țări europene au raportat că peste 10 % din totalul consumatorilor de opioide admiși la servicii specializate s-au prezentat pentru probleme legate în primul rând de alte opioide decât heroina (figura 2.12). Printre opioidele menționate de persoanele admise la tratament se numără metadonă, buprenorfină, fentanilul, codeina, morfina, tramadolul și oxycodona. În unele țări, aceste alte opioide reprezintă cel mai comun tip de opioide consumate de persoanele admise la tratament. În Estonia, cea mai mare parte a persoanelor admise la tratament care menționează un opioid ca drog principal a consumat fentanil, în timp ce în Finlanda opioidul de care se abuzează cel mai des este buprenorfină. În Republica Cehă, deși heroina este opioidul principal cel mai obișnuit, puțin peste jumătate dintre persoanele admise la tratament pentru probleme legate de opioide sunt consumatoare de alte opioide.

Consumul de droguri injectabile: cele mai scăzute niveluri înregistrate vreodată în rândul persoanelor admise la tratament

Consumul de droguri injectabile este asociat de regulă cu opioidele, deși în unele țări reprezintă o problemă injectarea de substanțe stimulante cum ar fi amfetaminele sau cocaina.

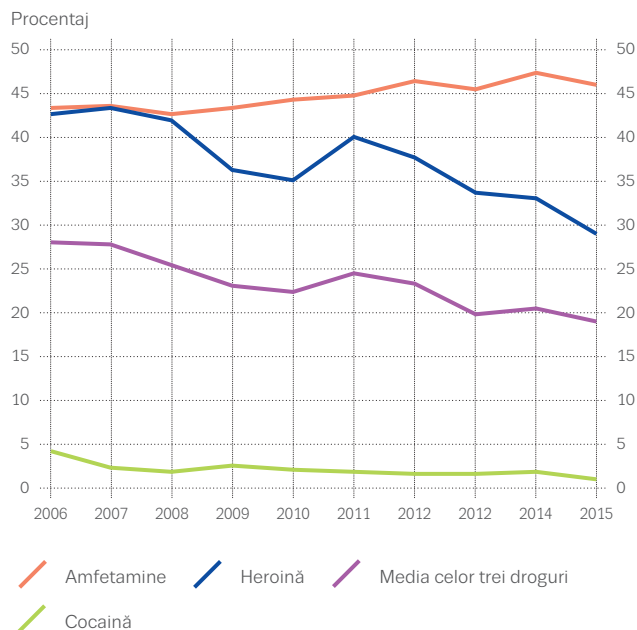
Numai douăsprezece țări dispun de estimări ale prevalenței consumului de droguri injectabile începând din 2012, iar acestea variază de la mai puțin de un caz până la nouă cazuri la 1 000 de persoane cu vârste cuprinse între 15 și 64 de ani.

Dintre consumatorii de heroină ca drog principal admiși la tratament pentru prima dată în 2015, 29 % au menționat injectarea ca principală cale de administrare, în scădere de la 43 % în 2006 (figura 2.13). În cadrul acestui grup, nivelurile consumului prin injectare variază de la o țară la alta, de la 8 % în Spania la 90 % sau mai mult în Letonia, Lituania și România. Injectarea este menționată drept principală cale de administrare de 46 % dintre persoanele admise la tratament pentru prima dată pentru consumul de amfetamine ca drog principal — o ușoară creștere față de 2006 — și de 1 % dintre cele admise la tratament pentru prima dată pentru consumul de cocaină ca drog principal. Pentru principalele trei droguri injectabile luate împreună, injectarea ca principală cale de administrare a scăzut de la 28 % în 2006 la 19 % în 2015 în rândul consumatorilor din Europa admiși la tratament pentru prima dată.

FIGURA 2.13

Injecția de catinone sintetice, deși nu reprezintă un fenomen larg răspândit, continuă să fie raportată în rândul anumitor grupuri de populație, printre care consumatorii de opioide injectabile și consumatorii de droguri aflați sub tratament din anumite țări. Într-un studiu recent al EMCDDA, 10 țări au raportat injectarea de catinone sintetice (adesea împreună cu alte substanțe stimulante și cu GHB) în contextul petrecerilor cu caracter sexual în rândul unor grupuri restrânse de bărbați care fac sex cu bărbați.

Tendențele pentru persoanele admise la tratament pentru prima dată care menționează injectarea ca principală cale de administrare a drogului principal



Se abuzează din ce în ce mai mult de opioidele sintetice legale

MAI MULTE INFORMAȚII

Publicații EMCDDA

2017

High-risk drug use and new psychoactive substances, Rapid communications.

Country Drug Reports 2017.

2016

Wastewater analysis and drugs — a European multi-city study, Perspectives on Drugs.

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

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

2015

Misuse of benzodiazepines among high-risk opioid users, Perspectives on Drugs.

Drug use, impaired driving and traffic accidents, Insights.

2014

Exploring methamphetamine trends in Europe, EMCDDA Papers.

Injection of synthetic cathinones, Perspectives on Drugs.

2013

Characteristics of frequent and high-risk cannabis users, Perspectives on Drugs.

Trends in heroin use in Europe — what do treatment demand data tell us?, Perspectives on Drugs.

2012

Treatment demand indicator (TDI) standard protocol 3.0: Guidelines for reporting data on people entering drug treatment in European countries, Manuals.

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

Fentanyl in Europe, EMCDDA Trendspotter study.

Prevalence of daily cannabis use in the European Union and Norway, Thematic paper.

Publicații comune EMCDDA și ESPAD

2016

ESPAD Report 2015 — Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs.

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

3

**Consumul de droguri ilegale
este asociat cu probleme
de sănătate acute și cronice**

Efectele nocive ale drogurilor și răspunsurile la această problemă

Consumul de droguri ilegale reprezintă un factor recunoscut care contribuie la povara globală a bolilor. Consumul de droguri ilegale este asociat cu probleme de sănătate acute și cronice, agravate de diverși factori precum proprietățile substanțelor, calea de administrare, vulnerabilitatea persoanei și contextul social în care sunt consumate drogurile. Printre problemele cronice se numără dependența și bolile infecțioase asociate consumului de droguri, iar problemele acute sunt foarte diverse, cel mai bine documentată dintre acestea fiind problema supradozelor. Deși relativ scăzut, consumul de opioide provoacă în continuare o mare parte a îmbolnăvirilor și deceselor cauzate de consumul de droguri. Riscurile cresc în cazul consumului prin injectare. Prin comparație, deși problemele de sănătate cauzate de consumul de cannabis sunt în mod evident mai mici, prevalența ridicată a consumului acestui drog ar putea avea implicații pentru sănătatea publică. Variațiile de conținut și puritate ale substanțelor la care au acces consumatorii în prezent, sporesc potențialele efecte nocive și creează un mediu dificil de răspuns la problema drogurilor.

Conceperea și punerea în practică a unor răspunsuri eficiente, bazate pe dovezi, la problemele legate de droguri reprezintă o preocupare centrală a politicilor europene în domeniul drogurilor și implică o serie de măsuri. Metodele de prevenire și de intervenție timpurie au ca scop prevenirea consumului de droguri și a problemelor asociate, în timp ce tratamentul, care implică atât abordări psihosociale, cât și farmacologice, reprezintă principalul răspuns la problema dependenței. Unele intervenții de bază, cum ar fi tratamentul de substituție pentru opioide și programele de distribuire de ace și seringi, au fost dezvoltate, în parte, ca reacție la consumul de opioide injectabile și la problemele asociate, în special răspândirea bolilor infecțioase și decesele prin supradoză.

Monitorizarea efectelor nocive ale drogurilor și a răspunsurilor la această problemă

EMCDDA primește informații privind răspunsurile medicale și sociale la consumul de droguri, inclusiv privind strategiile în materie de droguri și cheltuielile publice în domeniu, de la punctele focale naționale Reitox și de la grupurile de lucru formate din experți. Clasificările realizate de experți oferă informații suplimentare cu privire la disponibilitatea intervențiilor, în cazurile în care nu sunt disponibile seturi de date mai formalizate. Prezentul capitol este fundamentat și pe analize ale dovezilor științifice referitoare la eficacitatea intervențiilor în materie de sănătate publică. Informații suplimentare pe această temă pot fi consultate pe site-ul EMCDDA, la rubricile Health and social responses profiles (Profilurile răspunsurilor medicale și sociale) și Best practice portal (Portalul de bune practici).

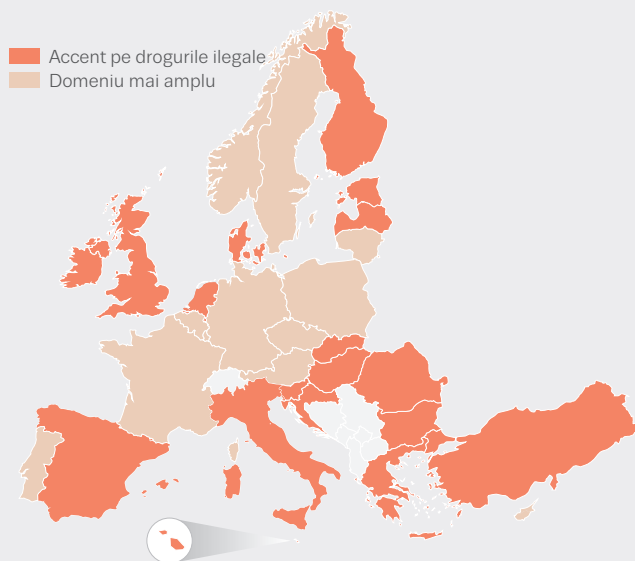
Bolile infecțioase asociate consumului de droguri și îmbolnăvirile și decesele cauzate de consumul de droguri sunt principalele efecte nocive asupra sănătății care sunt monitorizate în mod sistematic de EMCDDA. Acestea sunt completate de date, mai restrânse, cu privire la prezentările la spital în urma unor episoade acute asociate consumului de droguri și de date din sistemul de alertă timpurie al UE, care monitorizează efectele nocive asociate noilor substanțe psihoactive. Informații suplimentare sunt disponibile online în secțiunile Key epidemiological indicators (Indicatori epidemiologici cheie), Statistical Bulletin (Buletin statistic) și [Action on new drugs](#) (Măsuri cu privire la noile droguri).

Strategiile în materie de droguri: coordonarea răspunsurilor

Strategiile naționale în domeniul drogurilor reprezintă instrumente de planificare și coordonare utilizate frecvent de țările europene pentru a stabili cum să răspundă la diversele dificultăți sociale, în materie de sănătate și de securitate cauzate de problema drogurilor. Acestea cuprind de obicei principii, obiective și priorități generale, precizând, de asemenea, acțiunile și părțile responsabile de punerea lor în aplicare. Danemarca are o politică națională în materie de droguri, care se regăsește într-o serie de documente strategice, legislație și acțiuni concrete, în schimb toate celelalte țări au un document strategic național în materie de droguri. În 18 țări, strategia în domeniul drogurilor se axează în principal pe drogurile ilegale. În celelalte 12 țări, politicile au un domeniu de aplicare mai amplu, acordând mai multă atenție și altor substanțe și comportamente cu caracter de dependență. Pe de altă parte, în Regatul Unit administrațiile descentralizate ale Țării Galilor și Irlandei de Nord au documente strategice ample. Incluzând aceste două documente, numărul total al strategiilor cu caracter amplu în materie de droguri ilegale ajunge la 14 (figura 3.1). Aceste documente, cu domeniu amplu, se referă în principal la drogurile ilegale, prezentând diferențe în modul de abordare a altor substanțe și dependențe. Toate cele 14 documente vizează alcoolul, nouă dintre ele vizează tutunul, opt se referă și la medicamente, trei includ dopajul în sport (de exemplu, substanțe pentru îmbunătățirea performanțelor), iar șapte iau în considerare și comportamentele cu caracter de dependență (de exemplu,

FIGURA 3.1

Documentele strategice naționale în domeniul drogurilor: accent pe drogurile ilegale sau domeniu mai amplu



NB: Strategiile cu domeniu mai amplu pot include, de exemplu, drogurile legale și alte dependențe. Regatul Unit are o strategie privind drogurile ilegale, iar Țara Galilor și Irlanda de Nord au documente strategice mai ample, care includ și alcoolul.

jocurile de noroc). Strategiile naționale în materie de droguri susțin abordarea echilibrată a politicii în domeniul drogurilor prezentată în Strategia UE în materie de droguri (2013-2020) și în planurile de acțiune aferente (2013-2016 și 2017-2020), care acordă atenție în mod egal reducerii cererii și reducerii ofertei de droguri.

Evaluarea strategiei naționale în materie de droguri reprezintă, în prezent, o practică standard în statele membre ale UE. În general, evaluările au scopul de a aprecia nivelul atins în punerea în aplicare a strategiei și schimbările intervenite în timp, în ceea ce privește situația generală a drogurilor. În 2016 s-a raportat realizarea recentă a zece evaluări cu criterii multiple, zece analize ale stadiului punerii în aplicare și patru evaluări pe teme specifice, în timp ce șase țări au folosit alte abordări, de exemplu o combinație între evaluări pe bază de indicatori și proiecte de cercetare. Pe măsură ce unele țări își extind domeniul de aplicare al strategiilor în materie de droguri pentru a include și alte substanțe sau dependențe comportamentale, conceperea unor metode și indicatori pentru monitorizarea și evaluarea acestor documente strategice poate deveni mai dificilă.

Răspunsurile la problema drogurilor: costurile acțiunilor

Înțelegerea costurilor acțiunilor de combatere a consumului de droguri constituie un aspect important al evaluării politicilor. Cu toate acestea, informațiile disponibile privind cheltuielile publice în domeniu, efectuate în Europa, atât la nivel local, cât și național, sunt în continuare insuficiente și eterogene. În cele 23 țări care au realizat estimări în ultimii 10 ani, cheltuielile publice în materie de droguri sunt estimate a fi între 0,01 % și 0,5 % din produsul intern brut (PIB).

Cheltuielile pentru reducerea cererii, exprimate ca proporție din bugetul general destinat problemei drogurilor, au variat substanțial, de la o țară la alta, reprezentând între 23 % și 83 % din cheltuielile publice în domeniu. Chiar dacă diferențele se datorează, în parte, opțiunilor diferite de politică și organizării diferite a serviciilor publice, și integralitatea estimărilor are un impact major. În estimările actuale, tratamentele pentru consum de droguri și alte costuri medicale reprezintă o mare parte din cheltuielile pentru reducerea cererii. Deși monitorizarea cheltuielilor aferente tratamentului pentru consum de droguri rămâne cea mai dezvoltată până în prezent, sunt totuși necesare unele îmbunătățiri în ceea ce privește metodologia.

Cheltuielile publice pentru răspunsurile la problema drogurilor reprezintă doar o parte din costul suportat de societate în legătură cu drogurile ilegale. Li se pot adăuga costurile suportate de fiecare persoană, cum ar fi contribuțiile private la asistența medicală, și costurile externe suportate de societate, de exemplu pierderile de productivitate și costurile financiare produse de decesele premature și de bolile asociate consumului de droguri. Analizarea acestor costuri mai generale, suportate de societate, ar putea duce la o orientare mai eficace a resurselor. În țările europene pentru care sunt disponibile informații, costul social al drogurilor ilegale este estimat a fi cuprins între 0,1 % și 2 % din PIB.

Reducerea cererii: standardele europene

La nivel european și național, standardele de calitate pentru reducerea cererii de droguri sunt recunoscute, din ce în ce mai mult, ca un instrument de punere în aplicare a intervențiilor bazate pe dovezi. În 2015, Consiliul de Miniștri al UE a adoptat 16 standarde minime de calitate referitoare la reducerea cererii de droguri în Uniunea Europeană, iar țările au fost încurajate să le integreze în politicile lor în materie de droguri. Standardele europene de calitate reprezintă un set de declarații aspiraționale care vizează prevenirea, tratarea, reducerea efectelor nocive și reintegrarea socială. Aceste standarde fac legătura între calitatea intervențiilor și măsurile concrete, cum ar fi pregătirea corespunzătoare a personalului și realizarea unor intervenții bazate pe dovezi, precum și legătura cu principii precum respectul pentru nevoile individuale și aderarea la etică. De asemenea, ele evidențiază necesitatea participării tuturor părților interesate, inclusiv a societății civile, la punerea în aplicare a intervențiilor și la evaluarea lor.

Datele culese de EMCDDA arată că, în majoritatea țărilor europene, există în prezent standarde de calitate, iar în alte țări ele sunt în curs de elaborare. Standardele de calitate sunt utilizate în moduri diferite. În unele țări, ele se referă la furnizarea serviciilor și sunt folosite pentru a evalua prestarea acestora. De asemenea, ele sunt utilizate ca o condiție pentru participarea la concursuri pentru contracte de servicii și ca instrumente de autoevaluare la nivelul serviciilor.

Asigurarea prevenirii: o abordare sistemică

Prevenirea consumului de droguri și a problemelor legate de acesta în rândul tinerilor se poate face printr-o gamă largă de metode. Strategiile universale și cele axate pe mediu vizează populația în ansamblu, prevenirea selectivă se adresează grupurilor vulnerabile care pot fi mai susceptibile de a se confrunta cu problemele asociate consumului de droguri, iar prevenirea indicată se concentrează pe persoanele aflate în situație de risc.

În majoritatea țărilor europene există, în prezent, standarde de calitate

Între țările europene există multe diferențe în ceea ce privește modul de abordare a prevenirii, unele având tendința să adopte abordări mai ample, bazate pe comunitate sau pe mediu (de exemplu, reglementarea alcoolului și a vieții de noapte), iar altele utilizând, în principal, programe pe bază de manual. Folosirea unor programe de prevenire pe bază de manual, caracterizate de un conținut și o realizare strict definite, poate fi o modalitate eficace de a ajunge la populații numeroase cu intervenții bazate pe dovezi. Astfel de programe sunt semnalate ca o componentă centrală în cadrul metodelor naționale de prevenire din șase state membre.

Alte țări au acordat prioritate unei abordări sistemice mai ample a intervențiilor preventive, axându-se nu numai pe programe individuale, ci și pe factori precum mecanismele de realizare, interacțiunea dintre intervenții și contextul social și al politicilor. Un exemplu în acest sens este abordarea „Communities That Care”, care este pusă în aplicare în cinci țări din UE. Această abordare, dezvoltată în Statele Unite, se bazează pe premisa că reducerea prevalenței problemelor de sănătate și comportamentale în rândul tinerilor se poate realiza prin identificarea factorilor de risc și de protecție și prin selectarea unor programe eficace de intervenție timpurie prin care să se acționeze asupra acestora. O analiză sistematică recentă a identificat dovezi pozitive privind eficacitatea abordării „Communities That Care” ca inițiativă de prevenire a consumului de droguri în studii din SUA, deși abordarea nu a fost încă evaluată în contextul european.

Abordarea vulnerabilității și a riscurilor

În țările europene, răspunsurile care constau în prevenire selectivă pentru grupurile vulnerabile sunt puse în practică prin intervenții care abordează atât comportamentele individuale, cât și contextele sociale. La nivel local, aceste abordări pot implica mai multe servicii și părți interesate (de exemplu, serviciile sociale, familiale, pentru tineret și poliția) și sunt des întâlnite în țările nordice și în Irlanda, precum și în unele zone din Spania și Italia. Grupurile vizate cel mai frecvent sunt infractorii tineri, elevii cu probleme școlare și sociale și tinerii din instituțiile de îngrijire. Se cunosc puține lucruri despre conținutul acestor strategii de prevenire și s-au făcut puține evaluări ale acestora. Datele provenite din avizele experților indică însă faptul că cele mai frecvent folosite tehnici de prevenire selectivă se bazează pe furnizarea de informații.

În unele țări s-au pus în aplicare metode de prevenire care vizează cartierele cu risc ridicat și care utilizează metode noi, cum ar fi reproiectarea spațiilor urbane, și hărți de risc care să contribuie la prioritizarea intervențiilor. Conform raportărilor, aceste tipuri de intervenții se realizează cel mai mult în nordul și vestul Europei (a se vedea figura 3.2), iar metodele a căror eficacitate este convingător demonstrată (abordări normative și axate pe mediu) sunt puse în aplicare în doar un sfert și ceva dintre țări.

Prevenirea indicată se adresează persoanelor aflate în situație de risc. Realizarea acestui tip de intervenție este restrânsă în Europa, doar patru țări raportând disponibilitatea unor programe de prevenire indicată pentru majoritatea persoanelor care au nevoie.

Intervențiile scurte

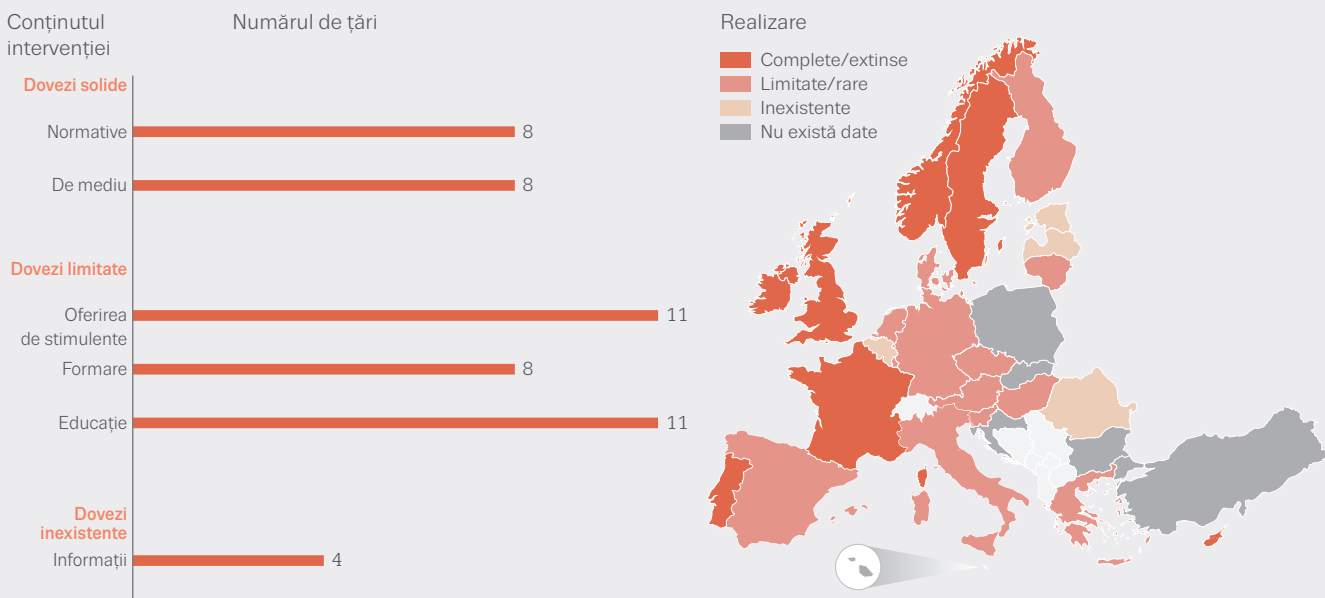
Intervențiile scurte au scopul de a preveni sau de a întârzia consumul de substanțe, de a-i reduce intensitatea sau de a preveni agravarea acestuia până la un consum problematic. Aceste intervenții limitate în timp funcționează în zona gri dintre prevenție și tratament și se adresează de obicei tinerilor sau persoanelor expuse riscului de a se confrunta cu probleme legate de consumul de substanțe. Ele pot fi realizate de o varietate de profesioniști din domeniul social și medical, printre care medici de medicină generală, consilieri, lucrători de tineret și polițiști, și de multe ori încorporează elemente ale interviului motivațional.

Datele actuale arată că intervențiile scurte nu sunt aplicate pe scară largă în Europa, trei țări raportând realizarea completă și extinsă a unor astfel de intervenții în școli, iar două raportând același nivel de realizare în servicii cu acces necondiționat.

Intervențiile scurte au fost caracterizate ca fiind relativ necostisitoare și ca putând fi realizate în medii multiple, de către o varietate de profesioniști, după o scurtă pregătire. Două exemple de intervenții scurte aplicate în mai multe țări sunt eSBIRT, care realizează intervenții scurte în departamentele de urgență (Belgia), și Fred, care vizează tinerii aflați într-o etapă inițială de urmărire penală (Germania, Cipru, Polonia, România, Slovenia). Pe de altă parte, o analiză recentă a EMCDDA a constatat că, deși există cercetări care susțin eficacitatea intervențiilor scurte, acestea sunt încă incomplete și este nevoie de mai multe cunoștințe cu privire la gradul de punere în aplicare.

FIGURA 3.2

Intervențiile de prevenire axate pe cartierele cu risc ridicat care au fost puse în aplicare în țările europene: baza de dovezi și gradul de realizare



NB: Pe baza evaluărilor experților.

Trimiterea la tratament și durata tratamentului

Tratamentul pentru consum de droguri este intervenția primară utilizată în cazul persoanelor care se confruntă cu probleme legate de consumul de droguri, inclusiv cu dependența, iar asigurarea unui acces corespunzător la serviciile de tratament adecvate reprezintă un obiectiv de politică esențial. Monitorizarea rezultatelor tratamentului este importantă pentru îmbunătățirea parcursului urmat de pacienți în cadrul tratamentului și pentru adaptarea serviciilor în sensul unei mai bune satisfaceri a nevoilor observate.

Apelarea la serviciile de tratament din proprie inițiativă continuă să fie modalitatea cea mai utilizată. Aproximativ jumătate dintre persoanele admise la tratament specializat pentru consum de droguri în Europa în 2015 s-au adresat serviciilor din proprie inițiativă, incluzându-se aici și trimiterea de către membrii familiei sau de către prieteni. Alți 25 % dintre pacienți au fost trimiși de serviciile medicale și sociale, iar 15 % au fost trimiși de sistemul de urmărire penală. În anumite țări au fost instituite sisteme de dejudiciarizare a persoanelor care comit infracțiuni la regimul drogurilor de la sistemul de justiție penală către programele de tratament pentru consum de droguri. Aceasta poate presupune o hotărâre judecătorească de

urmare a unui tratament sau o pedeapsă cu suspendare condiționată de urmarea tratamentului; în unele țări, dejudiciarizarea este posibilă și în etapele timpurii ale procesului de urmărire penală. În 2015, consumatorii de cannabis au prezentat cea mai mare probabilitate de a fi trimiși de sistemul de justiție penală; în Ungaria, aproximativ 80 % dintre trimerile la tratament pentru dependența de cannabis au provenit din această sursă.

Parcursul urmat de consumatorii de droguri de-a lungul tratamentului este deseori caracterizat de utilizarea unor servicii diferite, de admiteri multiple la tratament și de o durată variabilă a tratamentului. O perspectivă asupra acestui parcurs este oferită de rezultatele unei analize a datelor privind tratamentul specializat, efectuată în 2015 în șapte țări europene. Dintre cei 400 000 de pacienți raportați ca fiind sub tratament în aceste țări pe parcursul anului respectiv, puțin sub 20 % primeau tratament pentru prima dată în viață; aproximativ 30 % fuseseră readmiși, după ce primiseră tratament într-un an anterior, iar aproximativ jumătate se aflau sub tratament continuu de mai mult de un an. Cei mai mulți dintre consumatorii aflați sub tratament continuu erau bărbați cu vârsta spre 40 de ani, care urmau tratamentul de peste trei ani și aveau probleme legate de consumul de opioide, în special de heroină.

Tratamentul pentru problemele legate de canabis: o mare varietate de abordări

Consumul regulat și pe termen lung de canabis este asociat cu un risc sporit de apariție a unor probleme de sănătate fizică și psihică, printre care și dependența. În timp ce multe țări oferă tratament pentru persoanele cu probleme provocate de consumul de canabis în cadrul programelor generice axate pe consumul de substanțe, aproximativ jumătate dintre ele au creat opțiuni de tratament specifice pentru canabis. Serviciile oferite consumatorilor de canabis pot fi diverse, variind de la scurte intervenții online la îngrijire terapeutică pe termen lung în centre specializate. Deși majoritatea tratamentelor care se adresează acestui grup este furnizată în centre comunitare sau în sistem ambulatoriu, aproximativ una din cinci persoane internate la tratament specializat pentru consumul de droguri a menționat că problema principală este legată de canabis.

Tratamentul pentru problemele asociate consumului de canabis se bazează în special pe abordări psihosociale; în cazul adolescenților se folosesc adesea intervenții bazate pe familie, iar în cazul adulților – intervenții cognitiv-comportamentale. Dovezile disponibile sprijină îmbinarea terapiei cognitiv-comportamentale cu interviul motivațional și cu metodele de gestionare a situațiilor de urgență. În plus, există dovezi care susțin utilizarea terapiei familiale multidimensionale pentru consumatorii tineri de canabis. Intervențiile pe internet și digitale sunt folosite tot mai mult pentru abordarea consumatorilor de canabis, iar studiile care măsoară efectele acestui tip de intervenții indică rezultate preliminare promițătoare în ceea ce privește reducerea nivelului consumului și facilitarea aducerii la tratament nemijlocit (atunci când este necesar).

O serie de studii cercetează folosirea intervențiilor farmacologice pentru problemele asociate consumului de canabis. Se examinează inclusiv posibilitatea de a utiliza THC și THC sintetic în combinație cu alte medicamente psihoactive, de exemplu cu medicamente antidepresive, anxiolitice și antipsihotice. Până în prezent, rezultatele au fost inconsecvente și nu a fost identificată nicio metodă farmacologică eficientă de tratare a dependenței de canabis.

Tratamentele pentru consum de droguri sunt furnizate mai ales în cadrul comunității

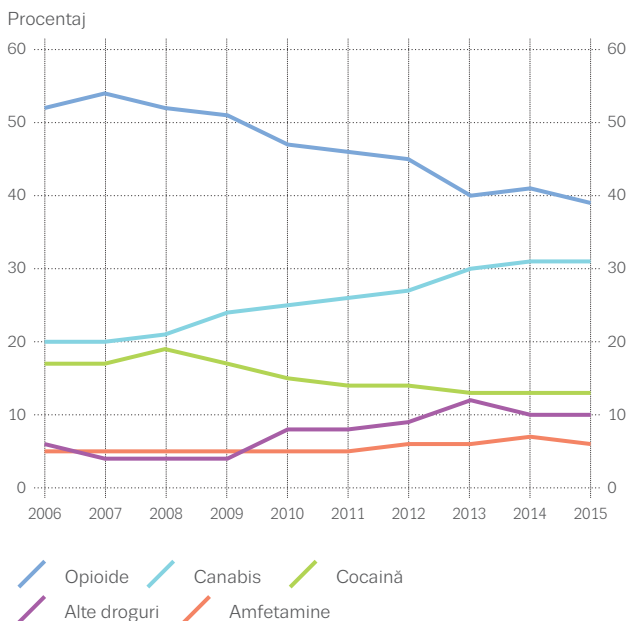
Se estimează că aproximativ 1,4 milioane de persoane au primit tratament pentru consumul de droguri ilegale în Uniunea Europeană în 2015 (1,6 milioane incluzând Norvegia și Turcia). Consumatorii de opioide reprezintă cel mai mare grup care urmează tratament specializat și consumă cea mai mare parte a resurselor de tratament disponibile, în special sub forma tratamentului de substituție. Consumatorii de canabis și cocaină constituie al doilea și al treilea grup ca mărime dintre categoriile admise la tratament (figura 3.3), intervențiile psihosociale fiind principala modalitate de tratament pentru acești consumatori. Diferențele dintre țări pot fi însă foarte mari, consumatorii de opioide reprezentând peste 90 % dintre persoanele admise la tratament în Estonia și mai puțin de 5 % în Ungaria.

Majoritatea tratamentelor pentru consum de droguri din Europa sunt furnizate în regim ambulatoriu. Centrele specializate de asistență ambulatorie constituie cel mai mare furnizor de servicii de acest tip din punctul de vedere al numărului de consumatori tratați (figura 3.4), fiind urmate de centrele de asistență medicală generală. În această categorie intră și cabinetele medicilor generaliști, un grup important de persoane care prescriu tratamente de substituție pentru opioide în unele țări mari precum Germania și Franța. În alte zone, de exemplu în Slovenia, centrele de sănătate mintală pot juca un rol esențial în furnizarea tratamentului ambulatoriu.

**Serviciile oferite
consumatorilor de
canabis pot fi diverse**

FIGURA 3.3

Tendențe în ceea ce privește procentajul consumatorilor care beneficiază de servicii de tratament specializat pentru consumul de droguri, după drogul principal



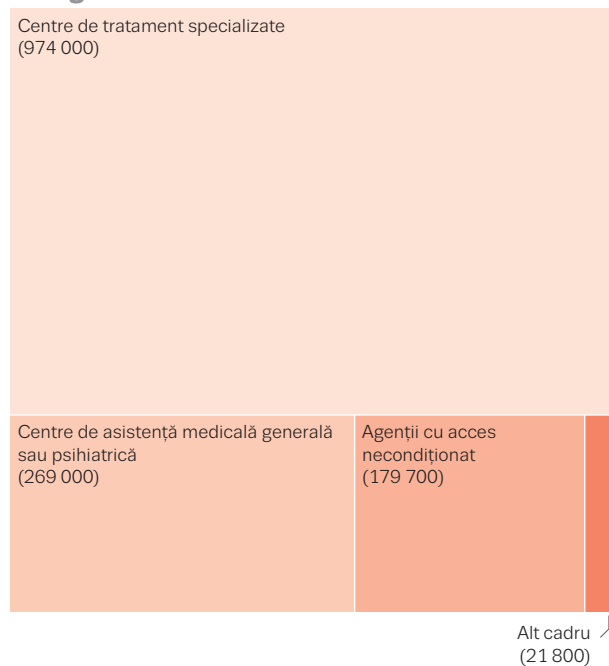
Un procentaj mai mic de tratamente sunt furnizate în Europa în regim de internare, de exemplu în centre rezidențiale cu sediul în spitale (de exemplu, spitale de psihiatrie), în comunități terapeutice și în centre specializate de tratament rezidențial. Importanța relativă a serviciilor oferite în regim ambulatoriu și în regim de internare în cadrul sistemelor naționale de tratament variază foarte mult de la o țară la alta.

Din ce în ce mai frecvent, o gamă largă de intervenții destinate tratării problemelor legate de droguri se furnizează și online. Intervențiile prin internet permit extinderea razei de acțiune și a acoperirii geografice a programelor de tratament către persoane care se confruntă cu probleme legate de consumul de droguri și care nu pot avea acces în alt mod la servicii specializate în domeniu.

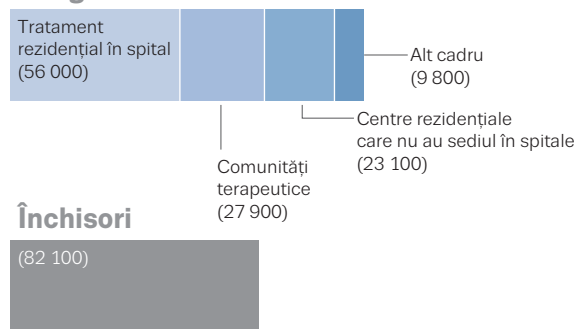
FIGURA 3.4

Numărul persoanelor tratate pentru consumul de droguri în Europa în 2015, după cadrul în care are loc tratamentul

În regim ambulatoriu



În regim de internare



Închisori

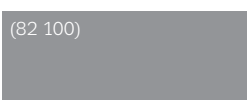
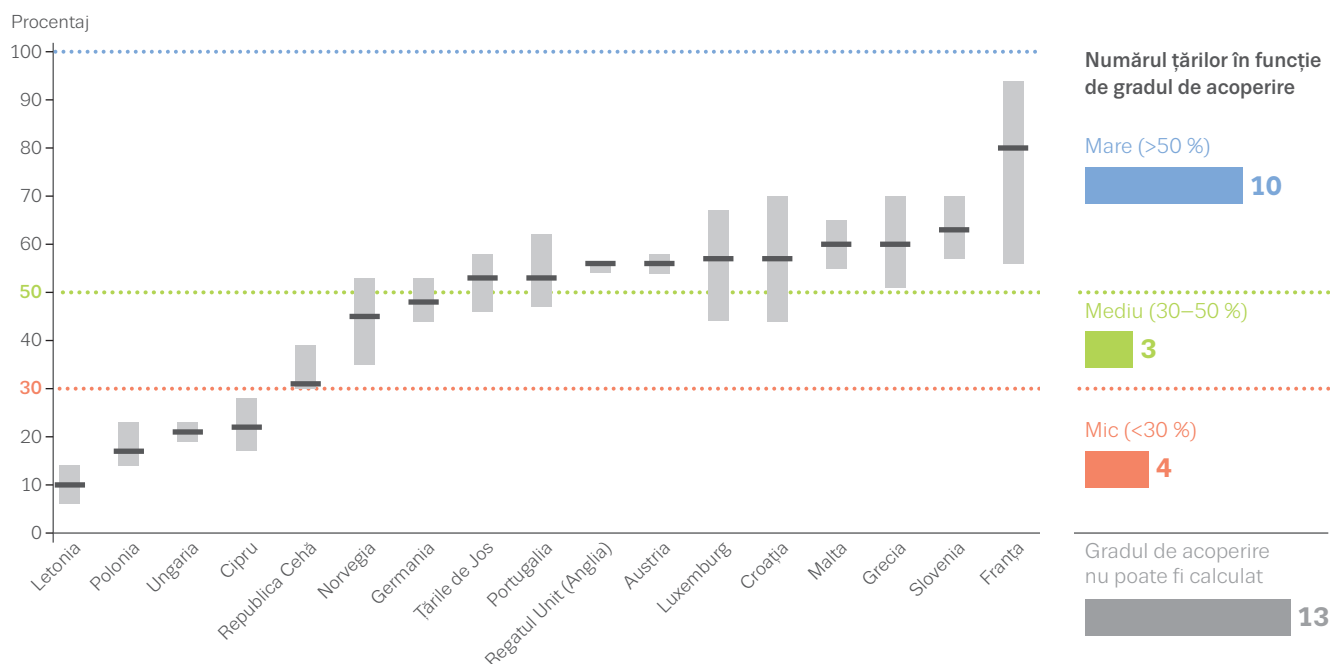


FIGURA 3.5

Gradul de acoperire al tratamentului de substituție pentru consumul de opioide (procentajul consumatorilor problematici de opioide care beneficiază de intervenție)



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

Tratamentul de substituție pentru problemele legate asociate consumului de opioide

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

Se estimează că, în 2015, aproximativ 630 000 de consumatori de opioide au beneficiat de tratament de substituție în Uniunea Europeană (650 000 incluzând Norvegia și Turcia). Tendința arată o creștere a numărului de pacienți până la un nivel de vârf înregistrat în 2010, urmat de o scădere de 6 % până în 2015. Între 2010 și 2015 au fost observate scăderi în 12 țări, cele mai importante (de peste 25 %) fiind raportate de Spania, Ungaria, Țările de Jos și Portugalia. Acest declin se poate datora unor factori legați de cerere sau de ofertă, printre care reducerea populației de consumatori cronici de opioide aflați în curs de îmbătrânire sau schimbarea obiectivelor de tratament în unele țări. Alte țări au continuat să extindă furnizarea tratamentului, urmărind o acoperire cât mai mare; 12 țări au raportat creșteri între 2010 și 2015, printre acestea numărându-se Letonia (157 %), Finlanda (67 %) și Grecia (61 %).

Aceste două tendințe sunt confirmate de cele mai recente date (2014-2015), 12 țări raportând creșteri ale numărului total de pacienți aflați în tratament de substituție și nouă raportând scăderi.

O comparație cu estimările actuale ale numărului de consumatori problematici de opioide din Europa arată că jumătate dintre aceștia primesc tratament de substituție, dar există diferențe între țări (figura 3.5). Totuși, aceste constatări trebuie interpretate cu precauție din motive legate de metodologie.

Cel mai frecvent prescris drog de substituție pentru opioide este metadona, pe care o primesc aproximativ două treimi (63 %) dintre consumatorii care urmează tratament de substituție. Alți 35 % dintre consumatori sunt tratați cu medicamente pe bază de buprenorfină, în opt țări acesta fiind principalul drog de substituție utilizat (figura 3.6). Alte substanțe, precum morfina cu eliberare lentă sau diacetilmorfina (heroina), sunt prescrise doar ocazional și se estimează că sunt primite de doar 2 % dintre persoanele care beneficiază de tratament de substituție în Europa.

Cel mai frecvent prescris drog de substituție pentru opioide este metadona

FIGURA 3.6

Principalul drog de substituție prescris pentru opioide

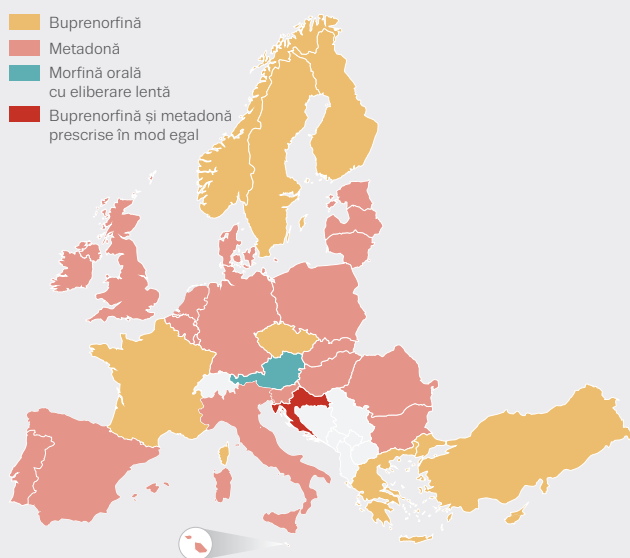
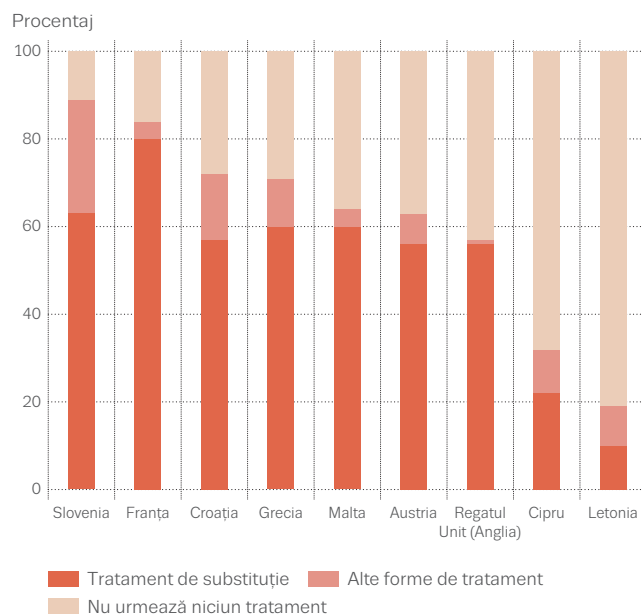


FIGURA 3.7

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



Deși sunt mai puțin utilizate decât tratamentul de substituție, în toate țările europene sunt disponibile opțiuni alternative de tratament pentru consumatorii de opioide. În cele nouă țări pentru care sunt disponibile date, între 1 % și 26 % din totalul consumatorilor de opioide care urmează tratament primesc intervenții care nu implică tratament de substituție (figura 3.7).

Disponibilitate redusă a tratamentului pentru hepatita C în penitenciare

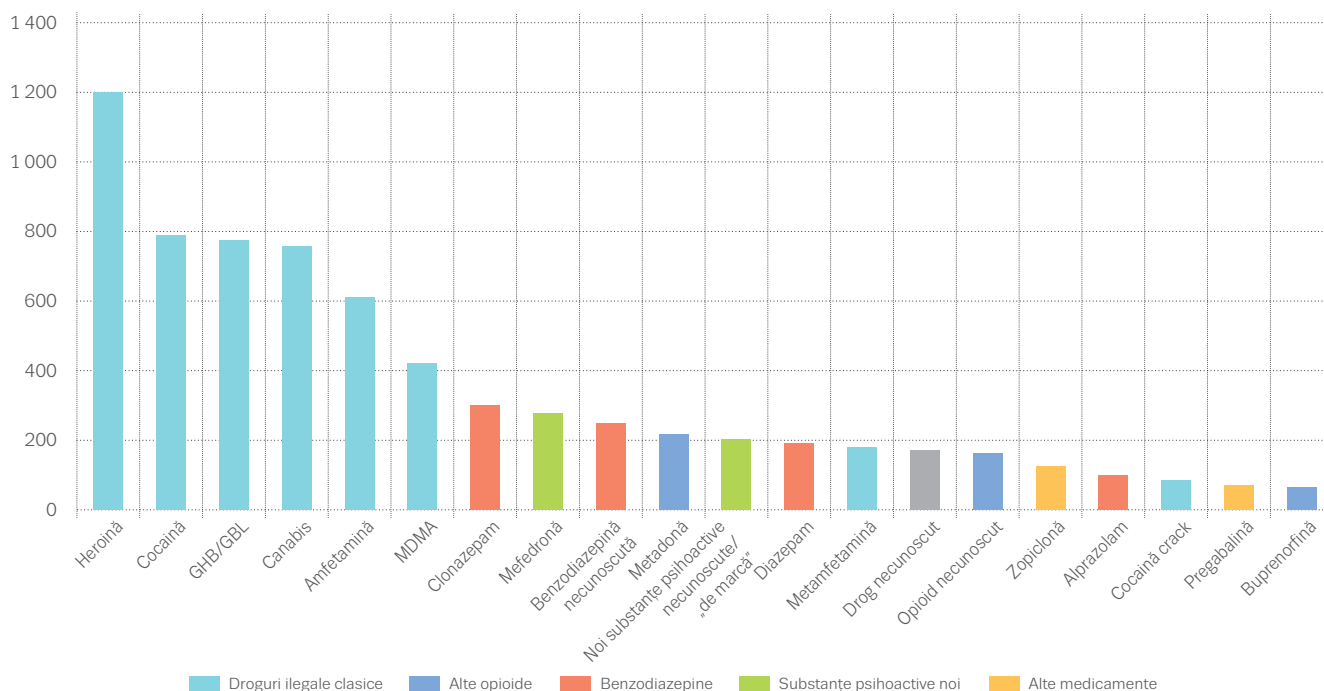
Deținuții menționează rate mai mari ale consumului de droguri de-a lungul vieții și modele de consum mai dăunătoare (inclusiv injectarea) decât populația generală, de aceea penitenciarele reprezintă un mediu important pentru intervențiile care vizează consumul de droguri. Numeroși deținuți au nevoi complexe de asistență medicală, iar în multe țări evaluarea consumului de droguri și a problemelor aferente reprezintă o parte importantă a evaluării stării de sănătate la momentul intrării în arest.

Două principii importante pentru punerea în aplicare a intervențiilor legate de sănătate în penitenciare sunt echivalența cu furnizarea tratamentelor în cadrul comunității și continuitatea îngrijirii după eliberare. Disponibilitatea tratamentului de substituție pentru opioide în închisori este raportată de 28 dintre cele 30 de țări monitorizate de EMCDDA. În majoritatea țărilor sunt disponibile servicii de dezintoxicare, consiliere individuală și de grup, precum și comunități terapeutice sau secții speciale de internare. Multe țări europene au instituit parteneriate între agenții, la care participă serviciile medicale din penitenciare și furnizori din cadrul comunității, facilitând astfel furnizarea de educație pentru sănătate și intervenții de tratament în închisoare și asigurând continuitatea asistenței de la intrarea în arest până la eliberare.

FIGURA 3.8

Cele mai frecvente 20 droguri înregistrate în cadrul prezentărilor la unitățile de primiri urgențe ale spitalelor santinelă în 2015

Recunoașterea drogului



NB: Rezultatele aferente celor 5 054 de prezentări la unitățile de primiri urgențe a 15 spitale santinelă din nouă țări europene.

Sursa: Rețeaua europeană privind urgențele cauzate de consumul de droguri (Euro-DEN Plus).

Testarea pentru boli infecțioase (HIV, VHB, VHC) este disponibilă în penitenciare în majoritatea țărilor, deși tratamentul pentru hepatita C este furnizat rareori. În 16 țări se raportează existența unor programe de vaccinare împotriva hepatitei B. Furnizarea de echipament steril de injectare este mai puțin frecventă, doar patru țări raportând existența unor programe de distribuire de seringi în acest cadru.

Pregătirea pentru eliberarea din închisoare, care include și reintegrarea socială, se realizează în majoritatea țărilor. În cinci țări sunt raportate programe de prevenire a riscului de supradoză, deosebit de ridicat în rândul consumatorilor de opioide injectabile în perioada de după ieșirea din închisoare. Acestea includ pregătire și informare, precum și furnizarea de naloxonă la eliberare.

Urgențele spitalicești: sunt implicate substanțe multiple

Datele referitoare la urgențele spitalicești pot oferi o perspectivă asupra efectelor nocive acute ale consumului de droguri. Sunt disponibile informații provenite de la Rețeaua europeană privind urgențele cauzate de consumul de droguri (Euro-DEN Plus), care monitorizează prezentările la urgențe asociate consumului de droguri în 15 spitale (santinelă) din nouă țări europene. În 2015, proiectul a înregistrat 5 054 de persoane care s-au prezentat la urgențe, acestea având vârsta mediană de 31 de ani și fiind, în majoritate, bărbați (77 %).

În medie, pentru fiecare prezentare la urgențe s-au raportat 1,5 droguri (7 768 în total) (a se vedea figura 3.8). Aproape două treimi dintre persoanele prezentate (65 %) consumaseră droguri clasice, cele mai frecvente fiind heroina, cocaina, cannabisul, GHB/GBL, amfetamina și MDMA; un sfert (24 %) consumaseră abuziv medicamente eliberate pe bază de prescripție sau fără rețetă (cel mai frecvent opioide și benzodiazepine); iar 9 % consumaseră noi substanțe psihoactive (în creștere de la 6 % în 2014). Jumătate dintre prezentările pentru noi substanțe psihoactive s-a datorat unei catinone sintetice, iar 14 % s-au datorat unui cannabinoid sintetic. Drogurile raportate în prezentările la unitățile de primiri urgențe au fost diferite de la un spital la altul, reflectând modelele locale de consum. De exemplu, urgențele asociate consumului de heroină au fost înregistrate cel mai frecvent la Dublin

**Numeroși deținuți
au nevoi complexe
de asistență medicală**

(Irlanda) și la Oslo (Norvegia), în timp ce prezentările asociate consumului de GHB/GBL, cocaină și MDMA au fost preponderente la Londra (Regatul Unit).

Cea mai mare parte (80 %) dintre persoanele care s-au prezentat cu intoxicații acute în urma consumului de droguri au fost externate din spital în termen de 12 ore; o mică parte (6 %) au dezvoltat o intoxicație severă, care a necesitat internarea în secția de terapie intensivă, iar 4 % au fost internați în secția de psihiatrie. Aproximativ jumătate (9) din cele 17 decese înregistrate s-au datorat opioidelor.

Puține țări au instituit sisteme de monitorizare care să permită o analiză națională a tendințelor în intoxicațiile acute legate de droguri. Dintre acestea, numărul prezentărilor la urgențe din cauza unor probleme acute asociate consumului de heroină a crescut în Regatul Unit, dar a continuat să scadă în Republica Cehă și în Danemarca, în aceste țări fiind în creștere numărul prezentărilor la urgențe cauzate de consumul de metadonă. În Lituania, numărul de urgențe asociate consumului de opioide aproape s-a dublat între 2013 și 2015. În Spania, consumul de cocaină este implicat în aproximativ jumătate dintre prezentările la urgență cauzate de droguri, iar tendința este de stabilizare după o scădere, în timp ce numărul urgențelor asociate consumului de cannabis continuă să crească. Și Slovenia raportează o tendință ascendentă în ceea ce privește numărul de urgențe asociate consumului de cannabis. În Țările de Jos, jumătate dintre persoanele care se prezintă la punctele de prim ajutor la festivaluri (51 %) au consumat MDMA, iar proporția este în scădere. Numărul cazurilor de urgențe asociate consumului de metamfetamină, înregistrate de centrele-santinelă din Republica Cehă, a crescut cu peste 50 % între 2014 și 2015.

| Drogurile noi: potență ridicată și efecte nocive

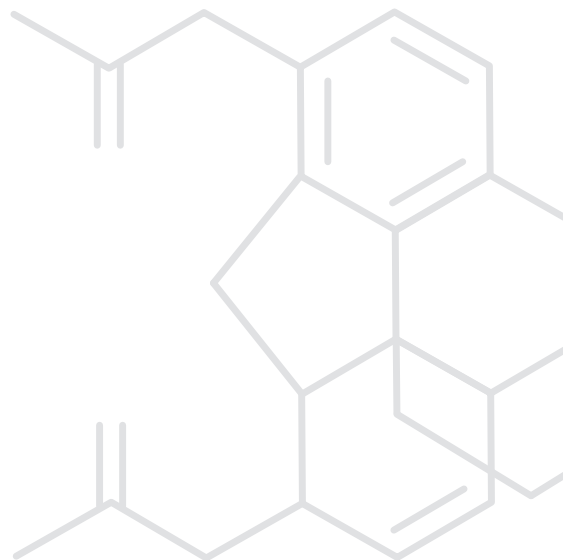
Noile substanțe psihoactive, printre care se numără opioide sintetice, canabinoizi sintetici și catinone sintetice, produc o serie de efecte nocive grave în Europa.

Fentanilii sunt opioide cu potență extrem de mare și care, chiar dacă joacă un rol minor pe piața europeană a drogurilor, prezintă o amenințare gravă la adresa sănătății personale și publice. În parte, motivul este riscul sporit de producere a unor intoxicații grave și fatale utilizatorilor — manifestate adesea sub forma unor crize —, deoarece fentanilii produc depresie respiratorie rapidă și profundă. Un alt motiv este riscul sporit de expunere accidentală care duce la intoxicația altor persoane; pot fi în pericol familiile și prietenii consumatorilor, precum și reprezentanții autorităților de aplicare a legii, ai altor servicii de urgență, personalul medical și asistenții de laborator. În unele împrejurări poate fi necesară utilizarea

unui echipament de protecție pentru a reduce riscul de vătămare prin expunere accidentală, de exemplu în unitățile vamale de la frontierele Europei, unde pot fi manipulate capturile de pudră vrac de fentanil. În plus, există dovezi care arată că unor cumpărători necunoscători li s-au vândut fentanilii drept droguri ilegale clasice și analgezice false, acest lucru putând crește riscul de intoxicație gravă și fatală la anumite grupuri de utilizatori. În astfel de circumstanțe, poate fi necesară luarea în considerare a naloxonei ca antidot. Pe lângă riscul acut de supradoză, fentanilii predispun puternic persoanele la a abuza de aceste substanțe și au potențialul de a produce dependență, ceea ce poate agrava problemele sociale și de sănătate publică asociate frecvent consumului problematic de opioide.

În cursul anului 2016, EMCDDA și Europol au inițiat investigații speciale cu privire la acrilioilfentanil și la furanilfentanil, în urma detectării unor semnale prin intermediul sistemului de alertă timpurie al UE. S-au raportat peste 50 de decese, multe dintre acestea fiind atribuite în mod direct acestor substanțe. În plus, EMCDDA a emis cinci alerte către rețeaua sa din întreaga Europă în legătură cu acești fentanilii și cu alți fentanilii noi.

**Noile substanțe
psihoactive produc o
serie de efecte nocive
grave în Europa**



Canabinoizii sintetici reprezintă o altă categorie de substanțe noi care au continuat să provoace probleme în 2016. EMCDDA a emis alerte cu privire la trei substanțe — MDMB-FUBINACA, MDMB-CHMICA și 5F-MDMB-PINACA —, în urma a 45 de evenimente adverse grave, dintre care 18 decese și 27 de intoxicații nefatale. În plus, EMCDDA a inițiat o procedură care a condus la efectuarea unei evaluări a riscurilor pentru MDMB-CHMICA, al cărei rezultat final a fost instituirea unor măsuri de control pentru această substanță în întreaga Europă (a se vedea caseta).

Drogurile noi: dezvoltarea competențelor de răspuns

Efectele nocive asociate drogurilor noi aduc cu ele un nou set de provocări pentru cei care asigură reacția în prima linie. O analiză recentă a EMCDDA a constatat că profesioniștii europeni în domeniul sănătății din diverse medii (tratament, prevenire și reducerea efectelor nocive) se bazează în mod predominant pe experiența profesională dobândită în situațiile în care s-au confruntat cu drogurile ilegale clasice și pe intervențiile utilizate în contextul acestora. Printre aceste intervenții, se numără diseminarea de materiale educative, furnizarea de echipamente sterile pentru injectare sau gestionarea simptomatică a cazurilor urgente în fază acută. De multe ori, intervențiile bazate pe dovezi pot fi adaptate pentru a răspunde toxicităților specifice, pentru a reflecta caracteristicile socio-culturale ale unor grupuri de risc (de exemplu participanții la petreceri, bărbații care fac sex cu bărbați) sau pentru a aborda anumite comportamente de risc (de exemplu, sporirea accesului la seringi ca răspuns la injectări foarte frecvente) asociate cu substanțele psihoactive noi. Analiza a evidențiat și necesitatea unor activități de formare profesională, de îndrumare și de creare de competențe pentru a putea oferi un răspuns adecvat față de noile droguri.

Realizarea unor intervenții adresate populațiilor greu abordabile de consumatori de droguri, care se confruntă cu efecte nocive semnificative asociate consumului de noi substanțe psihoactive, cum ar fi bărbații care fac sex cu bărbați, persoanele fără adăpost și deținuții, reprezintă o provocare deosebită. În unele țări, a provocat îngrijorare, creșterea consumului de canabinoizi sintetici în rândul deținuților, din cauza impactului asupra sănătății mintale, a sevrajului puternic și a creșterii nivelului de violență asociată. Răspunsurile multidisciplinare și colaborările între diverși furnizori de servicii medicale din toate mediile de intervenție (de exemplu, clinici de sănătate sexuală sau locuri de detenție și centre de tratament pentru consumul de droguri) par să fie o trăsătură importantă a măsurilor de sănătate adecvate împotriva efectelor nocive asociate consumului de noi substanțe psihoactive în Europa.

Evaluarea riscurilor pentru MDMB-CHMICA

În iulie 2016, MDMB-CHMICA a devenit primul canabinoid sintetic supus unei evaluări a riscurilor de către EMCDDA. El a fost raportat pentru prima dată în cadrul sistemului de alertă timpurie al UE de către Ungaria, în 2014, iar ulterior a fost depistat în 23 de state membre ale UE, în Turcia și în Norvegia. Substanța a fost implicată în cazul a peste 20 de intoxicații grave și în 28 de decese.

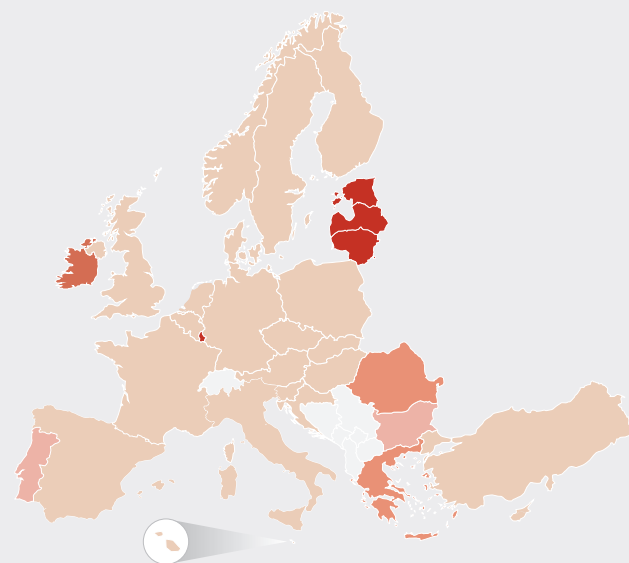
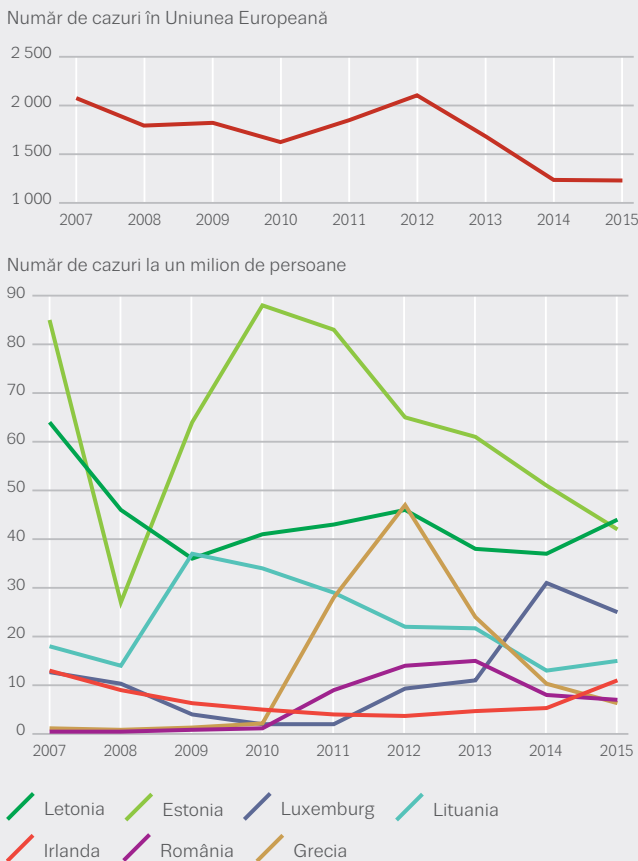
Pudra vrac de MDMB-CHMICA este produsă în China și importată în Europa, unde este prelucrată și ambalată sub denumirea „amestecuri etnobotanice pentru fumat”. Se consideră că numeroase evenimente adverse cauzate de MDMB-CHMICA și de alți canabinoizi sintetici sunt legate de potența ridicată a acestor substanțe și de practicile de fabricație necorespunzătoare. Dovezile sugerează că, atunci când fabrică „amestecurile pentru fumat”, producătorii stabilesc pe ghicite cantitățile de substanță. În plus, este posibil ca tehnicile folosite pentru prelucrarea substanței brute să nu asigure o distribuție uniformă a acesteia în produs. Acest lucru poate face ca unele mostre să conțină cantități mari de substanță, ceea ce duce la doze mari și la un risc crescut de intoxicație gravă și de deces.

Efectele nocive cronice ale drogurilor: HIV înregistrează o scădere, dar există focare locale

Consumatorii de droguri, în special consumatorii de droguri injectabile, sunt expuși riscului de contractare a unor boli infecțioase prin folosirea în comun a echipamentului pentru consumul de droguri și prin contacte sexuale neprotejate. Injectarea drogurilor continuă să joace un rol central în transmiterea, pe calea sângelui, a unor infecții precum virusul hepatitei C (VHC) și, în unele țări, virusul imunodeficienței umane (HIV). În 2015, în Uniunea Europeană au fost notificate 1 233 de noi diagnosticări cu HIV la persoane infectate în urma consumului de droguri injectabile (figura 3.9), ceea ce reprezintă 5 % din îmbolnăvirile cu cale de transmitere cunoscută. Această proporție s-a menținut scăzută și stabilă în ultimul deceniu. Numărul de noi diagnosticări cu HIV în rândul consumatorilor de droguri injectabile a scăzut în majoritatea țărilor, înregistrând o scădere generală de 41 % între 2007 și 2015. Totuși, consumul de droguri injectabile rămâne o modalitate importantă de transmitere în unele țări: în 2015, cel puțin un sfert dintre

FIGURA 3.9

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



NB: Date la nivelul anului 2015 (sursa: ECDC).

noile îmbolnăviri cu HIV diagnosticate au fost atribuite consumului de droguri injectabile în Lituania (34 %), Letonia (32 %), Luxemburg (27 %) și Estonia (25 %).

Deși majoritatea țărilor au raportat o scădere a numărului de cazuri de HIV asociate consumului de droguri injectabile între 2014 și 2015, Germania, Irlanda și Regatul Unit au raportat creșteri până la niveluri care nu mai fuseseră atinse în ultimii 7-8 ani. În Irlanda și Regatul Unit, acest lucru s-a datorat în parte unor focare localizate de noi infecții cu HIV în rândul persoanelor care consumă droguri injectabile. Luxemburg a raportat, de asemenea, un focar în 2014. Rata crescută a consumului de droguri stimulante injectabile și nivelul înalt de marginalizare a consumatorilor constituie factori comuni în cazul acestor focare. În plus, consumul de droguri stimulante injectabile într-un context sexual („slamming”) în rândul unor grupuri mici de bărbați care fac sex cu bărbați a fost asociat cu un risc crescut de transmitere a infecțiilor.

În 2015, 14 % din noile cazuri de SIDA din Uniunea Europeană a căror cale de transmitere este cunoscută, au fost atribuite consumului de droguri injectabile. Cele 479 de cazuri notificate atribuite consumului de droguri injectabile reprezintă puțin peste un sfert din numărul raportat cu un deceniu în urmă. Multe dintre cazuri au fost

raportate în Grecia, Letonia și România, țări în care testarea pentru HIV și metodele de tratament necesită îmbunătățiri suplimentare.

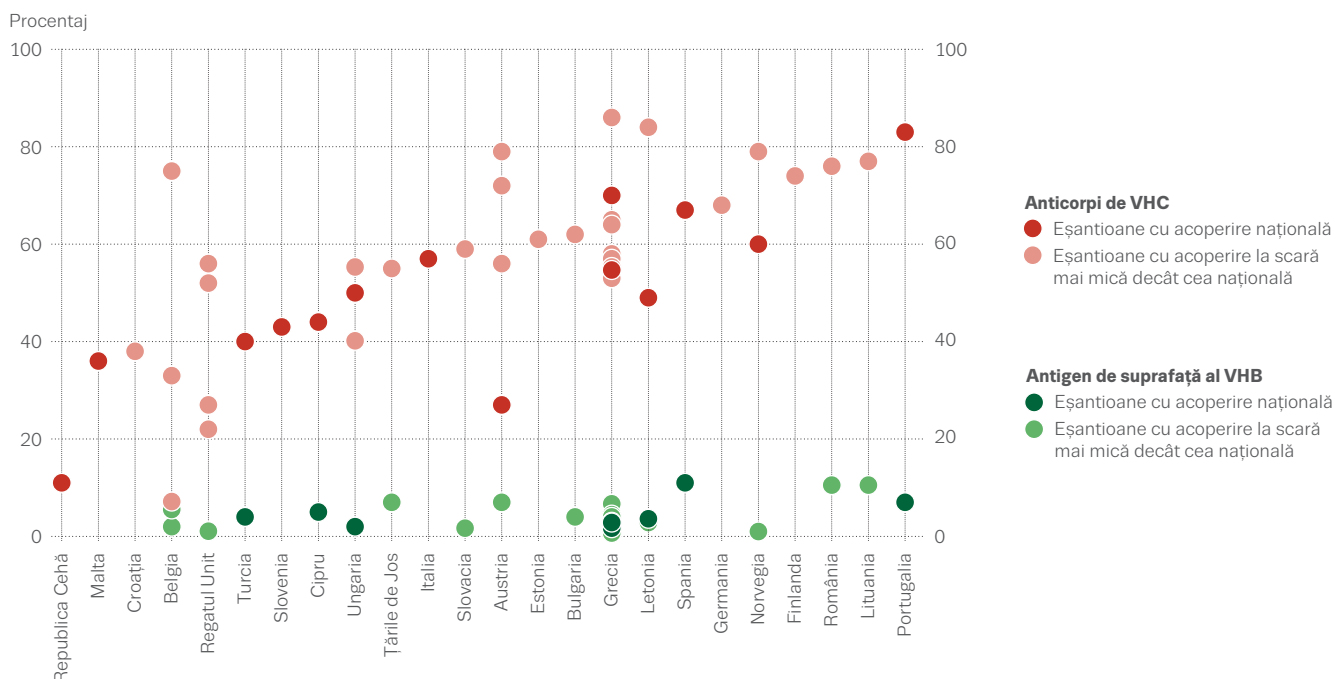
Prevalența VHC: variații naționale

Hepatita virală, în special infecția cauzată de virusul hepatitei C (VHC), este extrem de frecventă în rândul consumatorilor de droguri injectabile din Europa. Din 100 de persoane infectate cu VHC (rezultat pozitiv pentru anticorpi), între 75 și 80 de persoane vor dezvolta infecție cronică. Acest lucru are consecințe importante pe termen lung, deoarece infecția cronică cu VHC, adesea agravată de consumul mare de alcool, va conduce la un număr tot mai mare de decese și boli grave de ficat, inclusiv ciroză și cancer, în rândul consumatorilor problematici de droguri, un grup în curs de îmbătrânire.

Numărul noilor infectări cu HIV în rândul consumatorilor de droguri injectabile a scăzut

FIGURA 3.10

Prevalența anticorpilor de VHC și a antigenului de suprafață al VHB în rândul consumatorilor de droguri injectabile, 2014-2015



Nivelurile ridicate de anticorpi VHC (care indică o infecție în prezent sau în trecut) înregistrate în eșantioanele naționale de consumatori de droguri injectabile în perioada 2014-2015 au variat între 16 % și 84 %, cinci dintre cele treisprezece țări care dispun de date naționale raportând o rată a prevalenței de peste 50 % (figura 3.10). Dintre țările care dispun de date naționale privind tendințele pentru perioada 2010-2015, s-a raportat scăderea prevalenței VHC în rândul consumatorilor de droguri injectabile în patru țări, în timp ce în alte trei țări s-a observat o creștere.

În rândul consumatorilor de droguri, infecția cu virusul hepatitei B (VHB) este mai puțin răspândită decât infecția cu VHC. În schimb, în cazul acestui virus prezența antigenului de suprafață al VHB indică o infecție actuală, care poate fi acută sau cronică. În cele șapte țări care dispun de date naționale, s-a estimat că între 1,7 % și 11 % dintre consumatorii de droguri injectabile sunt în prezent infectați cu VHB.

Consumul de droguri injectabile constituie un factor de risc și pentru alte boli infecțioase; în Republica Cehă, Germania și Luxemburg s-au raportat în 2016 focare de hepatita A asociate consumului de droguri. În plus, au fost raportate focare și cazuri sporadice de botulism al plăgilor în rândul consumatorilor de droguri injectabile din Germania, Norvegia și Regatul Unit.

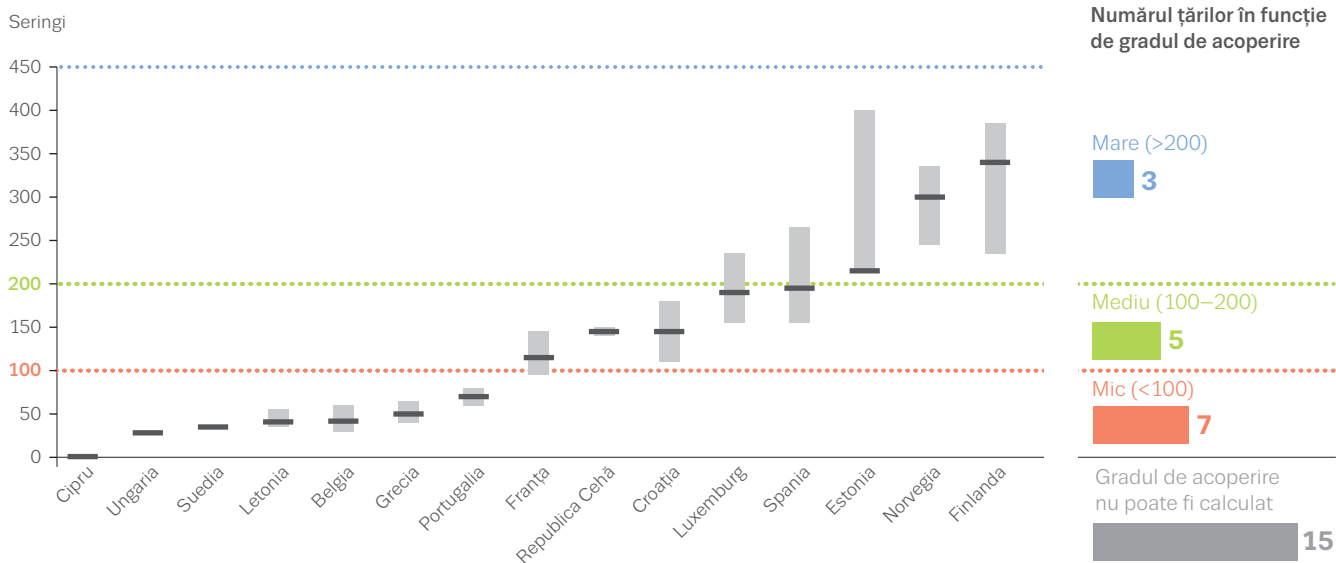
Bolile infecțioase: măsuri de prevenire

Printre principalele metode adoptate pentru a reduce incidența bolilor infecțioase asociate consumului de droguri în rândul persoanelor care își injectează droguri se numără furnizarea de tratamente de substituție pentru opioide, echipamente de injectare sterile, consiliere cu privire la riscurile legate de injectare, vaccinare împotriva hepatitei B, analize de depistare a bolilor infecțioase, tratament pentru hepatită și tratament pentru HIV.

Pentru cei care își injectează opioide, tratamentul de substituție scade în mod semnificativ riscul de infectare, iar unele analize indică creșterea efectului de protecție atunci când unui tratament de mare acoperire i se alătură furnizarea unui număr mare de seringi. Dovezile arată că programele de distribuție de ace și seringi sunt eficiente în privința reducerii transmiterii HIV în rândul persoanelor care își injectează droguri. Toate cele 30 de țări monitorizate de EMCDDA, cu excepția Turciei, furnizează în mod gratuit echipamente de injectare curate la puncte de distribuție specializate. Însă distribuția geografică a punctelor de distribuție a seringilor, precum și gradul de acoperire a populației-țintă prin această intervenție variază considerabil de la o țară la alta (figura 3.11). Sunt disponibile informații privind furnizarea de seringi prin programe specializate din 25 de țări, care împreună raportează distribuția a peste 52 de milioane de seringi în perioada 2014-2015. Această cifră reprezintă o

FIGURA 3.11

Gradul de acoperire al programelor specializate de distribuire de seringi: numărul de seringi distribuite pentru fiecare consumator estimat de droguri injectabile



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

subestimare majoră, deoarece mai multe țări mari, cum ar fi Germania, Italia și Regatul Unit, nu raportează date naționale complete cu privire la furnizarea seringilor.

Stabilirea unor legături între droguri și serviciile de sănătate sexuală poate fi deosebit de importantă pentru a răspunde efectiv problemelor legate de consumul de droguri stimulante injectabile de către bărbații care fac sex cu bărbați. Printre intervențiile de prevenire importante pentru acest grup se numără testele pentru depistare și tratarea infecțiilor, educația pentru sănătate și distribuirea de materiale de prevenire, inclusiv prezervative și echipamente de injectare sterile. Pentru a preveni infectarea cu HIV pe cale sexuală, măsurile de profilaxie întreprinse înaintea expunerii constituie o opțiune suplimentară de prevenire în cazul populațiilor cu riscul cel mai ridicat.

Diagnosticarea timpurie a HIV este în creștere: extinderea oportunităților de testare

Diagnosticarea tardivă a HIV — atunci când infecția a început deja să afecteze sistemul imunitar — reprezintă o problemă deosebită pentru persoanele care își injectează droguri. În 2015, 58 % dintre cazurile noi de transmitere a bolii prin consumul de droguri injectabile care au fost notificate fuseseră diagnosticate tardiv. Acest procentaj este comparabil cu media UE, de 47 % de cazuri

diagnosticate tardiv pentru toate căile de transmitere. Diagnosticarea tardivă a infecției cu HIV este asociată cu un nivel ridicat de morbiditate și mortalitate și cu întârzieri în inițierea terapiei antiretrovirale. Politica de testare și tratament pentru HIV („test-and-treat”), prin care terapia antiretrovirală este inițiată imediat după diagnosticarea cu HIV, are ca rezultat o reducere a numărului de transmiteri și este deosebit de importantă în rândul grupurilor cu comportament de risc mai ridicat, de exemplu persoanele care își injectează droguri. Diagnosticarea timpurie și inițierea imediată a terapiei antiretrovirale le oferă celor infectați o speranță de viață normală.

În multe țări, serviciile bazate pe comunitate și ușor accesibile pentru consumatorii de droguri furnizează și extind oportunitățile de testare pentru HIV, cu scopul de a crește numărul persoanelor care recurg la testare și al cazurilor de infecții detectate de timpuriu. În UE, standardele minime în domeniul calității promovează testarea voluntară pentru bolile infecțioase transmise prin sânge prin intermediul unor agenții la nivelul comunității, alături de consiliere cu privire la comportamentele de risc și de asistență pentru gestionarea bolii. Cu toate acestea, stigmatizarea și marginalizarea consumatorilor de droguri rămân bariere importante în calea acceptării testelor și a tratamentului.

Tratamentul pentru VHC: medicamente mai eficiente

Deoarece infecția cu VHC este foarte răspândită în Europa în rândul persoanelor care își injectează droguri, acestea reprezintă un grup-țintă cărui i se adresează cu precădere măsurile de testare și tratament, cu scopul de a împiedica evoluția bolii hepatice și decesele. În plus, reducerea numărului de persoane care pot transmite infecția, oferindu-le tratament împotriva VHC, constituie o componentă esențială a unui răspuns cuprinzător de prevenire. Ghidurile clinice europene recomandă ca toți pacienții cu boală hepatică cronică cauzată de infecția cu VHC să fie avuți în vedere pentru terapie. De asemenea, ghidurile recomandă ca tratamentul să fie luat în considerare fără întârziere în cazul persoanelor care prezintă risc de transmitere a virusului (printre care și consumatorii activi de droguri injectabile), ca tratamentul pentru VHC să fie furnizat consumatorilor de droguri în mod individualizat și ca acesta să fie abordat într-un cadru multidisciplinar.

Începând din 2013, în cadrul tratamentului infecției cu VHC prevalează abordările eficiente, mai bine tolerate, în întregime pe cale orală, fără interferon, cu agenți antivirali cu acțiune directă. În plus, tratamentul cu aceste medicamente poate fi oferit în cadrul serviciilor specializate pentru consumatorii de droguri de la nivelul comunității, ceea ce poate duce la creșterea disponibilității acestora și a numărului celor care recurg la ele. Multe țări europene adoptă noi strategii în privința hepatitei virale, actualizând ghidurile de tratament și îmbunătățind testarea pentru VHC și corelarea cu serviciile de îngrijire. Cu toate acestea, există încă dificultăți, printre care numărul scăzut de testări, căile neclare de trimitere și de tratament din multe țări, precum și costul ridicat al noilor medicamente.

Decesele cauzate de supradoze au crescut în ultimul timp

Consumul de droguri constituie o cauză recunoscută a unor decese care ar putea fi evitate în rândul adulților europeni. Studiile asupra cohortelor de consumatori problematici de droguri indică frecvent faptul că ratele

totale ale mortalității se situează în intervalul de 1-2 % pe an. În general, consumatorii de opioide din Europa prezintă un risc de deces de 5-10 ori mai mare decât alte persoane de aceeași vârstă și de același sex. Rata crescută a mortalității în rândul consumatorilor de opioide este asociată în primul rând cu supradozele, dar sunt importante și alte cauze de deces, indirect legate de consumul de droguri, cum ar fi infecțiile, accidentele, violența și sinuciderile. Sunt des întâlnite problemele de sănătate cauzate de afecțiuni acumulate și interconectate. Sunt frecvente afecțiunile pulmonare și hepatice cronice, precum și problemele cardiovasculare, care sunt răspunzătoare pentru o proporție din ce în ce mai mare din numărul de decese înregistrate în rândul consumatorilor de droguri cronici și mai vârstnici.

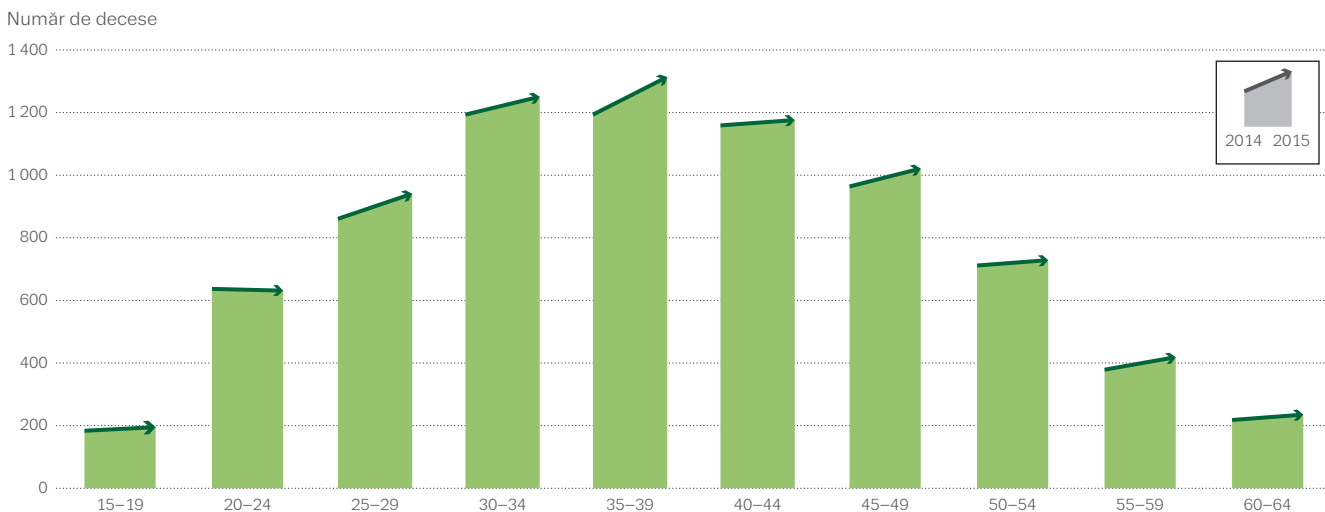
În Europa, supradozele de droguri continuă să fie principala cauză a decesului în rândul consumatorilor problematici de droguri, iar peste trei sferturi dintre cei care cad victimă supradozelor sunt bărbați (78 %). Datele privind supradozele, în special totalul cumulativ la nivelul Europei, trebuie interpretate cu precauție dintr-o serie de motive, cum ar fi subraportarea sistematică în anumite țări și procedurile de înregistrare care duc la întârzieri în raportare. Prin urmare, estimările anuale reprezintă o valoare minimă provizorie.

Se estimează că, în 2015, în Uniunea Europeană s-au produs cel puțin 7 585 de decese cauzate de supradoze în care a fost implicat cel puțin un drog ilegal. Dacă se includ Norvegia și Turcia, numărul estimat crește până la 8 441 de decese, ceea ce reprezintă o creștere cu 6 % față de valoarea revizuită pentru 2014, de 7 950, creșterile fiind raportate în aproape toate grupele de vârstă (figura 3.12). Ca și în anii precedenți, Regatul Unit (31 %) și Germania (15 %) însumează aproximativ jumătate din totalul european. Această stare de fapt este determinată, în parte, de dimensiunea populațiilor aflate în situații de risc în aceste țări, dar și de subraportarea din alte țări. Dacă ne axăm pe țările cu sisteme de raportare relativ solide, datele revizuite pentru 2014 confirmă o creștere a numărului de decese cauzate de supradoze în Spania, în timp ce creșterea numărului de astfel de decese înregistrată în 2014 în Lituania și Regatul Unit a continuat în 2015; în prezent se raportează creșteri și în Germania și în Țările de Jos. Continuarea tendinței ascendente se observă și în Suedia, deși aceasta poate fi datorată, parțial, efectelor combinate ale schimbărilor intervenite în procedurile de investigare, de codificare și de raportare. Turcia continuă să raporteze creșteri, dar acest lucru pare să fie determinat, în mare măsură, de îmbunătățirile aduse modului de culegere a datelor și de raportare.

**Consumul de droguri
constituie o cauză
recunoscută a unor decese
care ar putea fi evitate în
rândul adulților europeni**

FIGURA 3.12

Numărul de decese induse de droguri raportate în Europa în 2014 și 2015, pe grupe de vârstă



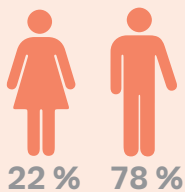
Reflectând tendința de îmbătrânire a populației consumatoare de opioide din Europa, care este expusă celui mai mare risc de deces prin supradoză de droguri, numărul raportat de decese prin supradoză a crescut în perioada 2007-2015 în rândul grupelor de vârstă mai înaintată, în timp ce numărul deceselor prin supradoză în cadrul grupelor de vârstă mai tânără a scăzut. Cu toate acestea, 10 % dintre cazurile de supradoză sunt persoane cu vârste sub 25 de ani, iar recent s-a înregistrat o ușoară creștere a numărului de decese prin supradoză raportate în rândul consumatorilor cu vârsta sub 25 de ani în mai multe țări, printre care Suedia și Turcia.

Decesele asociate consumului de opioide alimentează creșterea generală

Heroina sau metaboliții săi, deseori în combinație cu alte substanțe, apar în majoritatea cazurilor de supradoze fatale raportate în Europa. Cele mai recente date arată o creștere a numărului de decese asociate consumului de heroină în Europa, în special în Regatul Unit. În Anglia și Țara Galilor, heroina sau morfina a fost menționată în cazul a 1 200 de decese înregistrate în 2015, ceea ce reprezintă o creștere cu 26 % față de anul precedent și o creștere cu 57 % comparativ cu 2013. Numărul deceselor asociate consumului de heroină a crescut și în Scoția

DECESE INDUSE DE DROGURI

Caracteristici



Vârsta medie la momentul decesului

38

Decese la care s-a înregistrat prezența opioidelor



Vârsta la momentul decesului

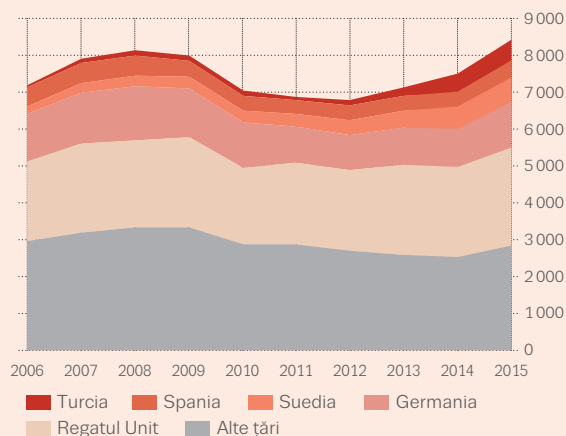


Număr de decese

7 585 UE

8 441 UE + 2

Tendințe privind decesele cauzate de supradoze



NB: UE + 2 cuprinde statele membre ale UE împreună cu Turcia și Norvegia.

(Regatul Unit), în Irlanda și în Turcia. În buletinele de analiză toxicologică figurează regulat, și alte opioide. Aceste substanțe, în principal metadona și buprenorfina, dar și fentanilii și tramadolul, sunt asociate cu o proporție substanțială dintre decesele prin supradoză în unele țări. Conform celor mai recente date, în Croația, Danemarca, Franța și Irlanda numărul deceselor asociate consumului de metadonă a depășit numărul deceselor asociate consumului de heroină.

Drogurile stimulante, cum ar fi cocaina, amfetaminele, MDMA și catinonele sunt implicate într-un număr mai mic de decese prin supradoză în Europa, cu toate că importanța lor variază de la o țară la alta. În Regatul Unit (Anglia și Țara Galilor), decesele asociate cocainei au crescut de la 169 în 2013 la 320 în 2015, deși se consideră că o mare parte dintre acestea au fost produse de supradoze de heroină la persoane care consumau și cocaină crack. În Spania, unde numărul deceselor asociate cocainei a rămas stabil în ultimii ani, cocaina a continuat să se situeze pe locul doi printre drogurile ilegale cel mai des menționate în cazurile de decese prin supradoză în 2014 (269 de cazuri). În 2015, printre decesele asociate consumului de droguri stimulante în Turcia s-au numărat 56 de cazuri asociate cu cocaina, 206 cazuri asociate amfetaminelor și 166 de cazuri asociate cu MDMA (dintre care 62 au fost atribuite consumului exclusiv de MDMA). Canabinoizii sintetici au fost raportați în 137 de cazuri în Turcia, dintre care 63 de decese au fost atribuite exclusiv consumului acestor droguri.

Cele mai mari rate ale mortalității se înregistrează în nordul Europei

În 2015, rata medie a mortalității cauzate de supradoze în Europa a fost estimată la 20,3 decese la un milion de persoane în grupa de vârstă 15-64 de ani. În rândul bărbaților (32,3 cazuri la un milion de bărbați), rata este aproape de patru ori mai mare decât în rândul femeilor (8,4 cazuri la un milion de femei). Rata mortalității cauzate de supradoze atinge un nivel de vârf la vârsta de 35-39 de ani la bărbați și la vârsta de 30-34 de ani la femei. În schimb, vârsta medie la momentul decesului este mai mică în rândul bărbaților: 38 de ani, comparativ cu 41 de

ani în rândul femeilor. Ratele mortalității la nivel național și tendințele acestora variază în mod considerabil (figura 3.13) și sunt influențate de factori cum ar fi prevalența și tiparele consumului de droguri, precum și de practicile naționale în ceea ce privește raportarea, înregistrarea informațiilor și codificarea cazurilor de supradoză în bazele de date naționale privind mortalitatea. Conform celor mai recente date disponibile, în opt țări nord-europene s-au raportat rate de peste 40 de decese la un milion de persoane, cele mai mari rate fiind înregistrate în Estonia (103 la un milion), Suedia (100 la un milion), Norvegia (76 la un milion) și Irlanda (71 la un milion) (figura 3.13).

Prevenirea supradozelor și a deceselor asociate consumului de droguri

Reducerea numărului de supradoze fatale și al altor decese asociate consumului de droguri constituie o provocare majoră în domeniul sănătății publice în Europa. Răspunsurile specifice în acest domeniu se axează fie pe prevenirea apariției supradozelor, fie pe îmbunătățirea șanselor de supraviețuire în caz de supradoză.

Meta-analiza studiilor observaționale efectuate, susține eficacitatea tratamentului de substituție pe bază de metadonă în reducerea mortalității (datorate supradozelor și tuturor celorlalte cauze) în rândul persoanelor dependente de opioide. Rata mortalității la pacienții aflați în tratament cu metadonă a fost de mai puțin de o treime din rata preconizată pentru consumatorii de opioide care nu primesc tratament. Analiza riscului de deces în diferite etape ale tratamentului arată că este nevoie ca intervențiile să se axeze pe perioada de început a tratamentului (în cursul primelor patru săptămâni, în special în cazul metadonei) și pe cea de după terminarea acestuia. După încheierea tratamentului, primele patru săptămâni sunt asociate cu un risc sporit de supradoză. Acest lucru sugerează că pacienții care încep și întrerup tratamentul în mod frecvent sunt deosebit de vulnerabili în cazul unei supradoze.

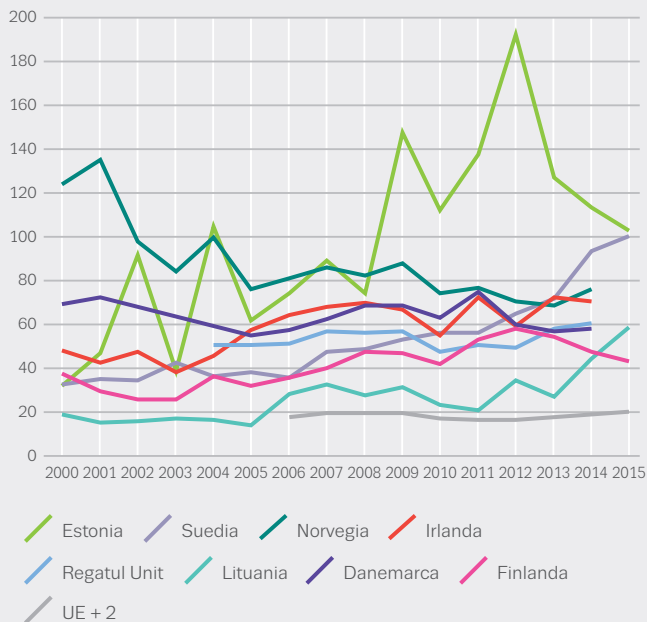
Unitățile de consum de droguri sub supraveghere au drept scop atât prevenirea supradozelor, cât și asigurarea unui sprijin de specialitate în cazul în care intervine o supradoză. Astfel de unități funcționează în prezent în șase țări din UE și în Norvegia, în total existând 78 de unități. În 2016, în Franța s-au deschis două săli de consum pentru o perioadă de probă de 6 ani, iar în Danemarca și Norvegia s-au creat noi unități.

Pacienții care încep și întrerup tratamentul, în mod frecvent, sunt deosebit de vulnerabili în cazul unei supradoze

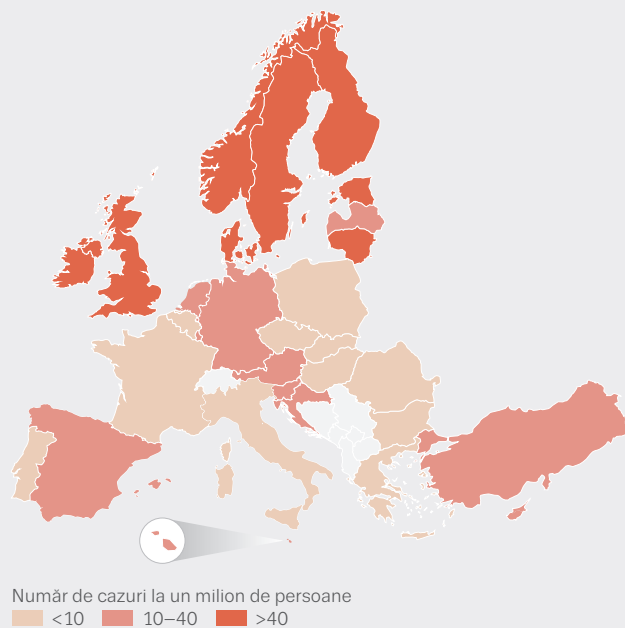
FIGURA 3.13

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

Număr de cazuri la un milion de persoane



NB: Tendințele din cele opt țări care au raportat cele mai ridicate valori în 2015 sau 2014 și tendința generală la nivel european. UE + 2 cuprinde statele membre ale UE împreună cu Turcia și Norvegia.


Naloxona: se creează produse noi

Naloxona este un medicament antagonist al opioidelor, care poate anihila supradoza de opioide și este utilizat în unitățile de primiri urgente ale spitalelor și de către personalul de pe ambulanțe. În ultimii ani s-a înregistrat o creștere a furnizării de naloxonă pentru administrarea la domiciliu de către consumatorii de opioide, partenerii acestora, colegii și familiile lor, fiind oferite și instrucțaje în ceea ce privește recunoașterea și contracararea supradozelor. De asemenea, naloxona a fost pusă la dispoziție pentru a fi utilizată de către personalul unităților de servicii care vin în mod regulat în contact cu consumatori de droguri. În prezent, în zece țări europene există programe în cadrul cărora se furnizează naloxonă pentru acasă. Trusele cu naloxonă furnizate de serviciile de sănătate și de cele pentru consumatorii de droguri cuprind, în general, seringi preumplute cu medicament; în schimb, în Norvegia și în Danemarca se folosește un adaptor care permite administrarea intranasală a

naloxonei. În Franța s-a primit autorizație temporară de utilizare pentru o nouă formulare nazală a medicamentului. În Estonia, după ce a fost extinsă în cadrul serviciilor de la nivelul comunităților începând din 2013, furnizarea de naloxonă pentru acasă a fost introdusă și în penitenciare în 2015. În urma unei analize sistematice recente cu privire la eficacitatea naloxonei pentru acasă s-a constatat că aceasta scade mortalitatea asociată supradozelor, în condițiile în care este însoțită de intervenții educative și de instrucțaje. Anumite grupuri de populație cu risc crescut de supradoză, cum ar fi deținuții recent eliberați, ar putea beneficia în mod deosebit de aceste practici, iar o evaluare a programului național de naloxonă din Regatul Unit (Scoția) a constatat că acesta a dus la o reducere semnificativă a procentajului de decese cauzate de consumul de opioide înregistrate în prima lună după eliberarea din penitenciar.

MAI MULTE INFORMAȚII

Publicații EMCDDA

2017

Report on the risk assessment of MDMB-CHMICA, Risk assessments.

Drug supply reduction: an overview of EU policies and measures, EMCDDA Papers.

Country Drug Reports 2017.

Evaluating drug policy: a seven-step guide to support the commissioning and managing of evaluations.

2016

Drug-related infectious diseases in Europe. Update from the EMCDDA expert network, Rapid communications.

Hospital emergency presentations and acute drug toxicity in Europe — update from the Euro-DEN Plus research group and the EMCDDA, Rapid communications.

Hepatitis C among drug users in Europe: epidemiology, treatment and prevention, Insights.

Health responses to new psychoactive substances.

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

Strategies to prevent diversion of opioid substitution treatment medications, Perspectives on Drugs.

2015

Drugs policy and the city in Europe, EMCDDA Papers.

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

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

Prevention of addictive behaviours, Insights.

Treatment of cannabis-related disorders in Europe, Insights.

Drug consumption rooms: an overview of provision and evidence, Perspectives on Drugs.

The role of psychosocial interventions in drug treatment, Perspectives on Drugs.

2014

Treatment for cocaine dependence — reviewing current evidence, Perspectives on Drugs.

Health and social responses for methamphetamine users in Europe, Perspectives on Drugs.

Internet-based drug treatment, Perspectives on Drugs.

2013

Drug policy advocacy organisations, EMCDDA Papers.

The EU drugs strategy (2013–20) and its action plan (2013–16), Perspectives on Drugs.

Emergency health consequences of cocaine use in Europe, Perspectives on Drugs.

Preventing overdose deaths in Europe, Perspectives on Drugs.

Publicații comune EMCDDA și ECDC

2015

HIV and hepatitis B and C in Latvia.

2012

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

2011

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

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

Anexă

Datele naționale privind estimările prevalenței consumului de droguri, inclusiv consumul problematic de opioide, tratamentul de substituție, numărul total al consumatorilor care urmează tratament, admiterile la tratament, consumul de droguri injectabile, decesele cauzate de consumul de droguri, bolile infecțioase asociate consumului de droguri, distribuția de seringi și capturile. Datele naționale prezentate aici sunt extrase din **Buletinul statistic pentru 2017 al EMCDDA și reprezintă un subset al acestuia. Buletinul mai conține note și metadate. Se indică anii la care se referă datele.**

TABELUL A1

OPIOIDE

Țara	Estimarea consumului problematic de opioide		Persoane admise la tratament în cursul anului						Consumatori care urmează un tratament de substituție
			Consumatorii de opioide ca procentaj din numărul persoanelor admise la tratament			Procentajul consumatorilor de opioide prin injecție (ca principală cale de administrare)			
			Total persoane admise la tratament	Persoane admise la tratament pentru prima dată	Persoane admise care au primit tratament și anterior	Total persoane admise la tratament	Persoane admise la tratament pentru prima dată	Persoane care au primit tratament și anterior	
Anul estimării	cazuri la 1 000 de persoane	% (total)	% (total)	% (total)	% (total)	% (total)	% (total)	total	
Belgia	–	–	27,7 (3 234)	10,3 (411)	37,4 (2 773)	14 (409)	8,3 (31)	14,9 (374)	16 681
Bulgaria	–	–	84,8 (1 530)	64,5 (207)	96 (932)	73 (772)	69,9 (116)	75,5 (580)	3 423
Republica Cehă	2015	1,8–1,9	17 (1 720)	7 (333)	25,9 (1 387)	82,6 (1 412)	79,8 (264)	83,2 (1 148)	4 000
Danemarca	–	–	13 (613)	5,5 (124)	20,6 (472)	26,6 (121)	10,5 (11)	31,4 (108)	6 268
Germania	2014	2,7–3,3	32,9 (28 669)	13,3 (3 552)	41,4 (25 117)	32,6 (11 392)	29,4 (1 549)	33,2 (9 843)	77 200
Estonia	–	–	93,3 (263)	87,3 (55)	95 (153)	70,7 (183)	67,3 (37)	82,2 (125)	1 166
Irlanda	–	–	47,6 (4 515)	25,9 (971)	62,4 (3 403)	38,2 (1 672)	30,9 (293)	39,9 (1 318)	9 917
Grecia	2015	2,1–2,8	69,8 (2 836)	52,9 (834)	80,8 (1 984)	32,4 (914)	26,6 (221)	34,9 (690)	10 082
Spania	2014	1,6–2,6	24,6 (12 032)	10,5 (2 486)	42,9 (8 056)	13,7 (1 568)	7,4 (178)	15,2 (1 173)	61 859
Franța	2013–14	4,4–7,4	28 (13 744)	15 (2 378)	48,9 (8 310)	18,5 (2 150)	12,3 (263)	21,1 (1 505)	168 840
Croația	2015	2,5–4,0	81,3 (6 124)	20,8 (176)	89,1 (5 917)	72,1 (4 377)	36,5 (62)	73,2 (4 299)	5 061
Italia	2015	4,6–5,9	53,3 (25 144)	38,8 (8 040)	64,6 (17 104)	50,8 (10 620)	39,5 (2 521)	55,8 (8 099)	60 047
Cipru	2015	1,9–3,2	25,7 (205)	11,5 (50)	44,2 (142)	48 (97)	46 (23)	48,9 (68)	252
Letonia	2014	3,4–7,5	53,5 (402)	32,7 (128)	76,1 (274)	92,3 (370)	82,8 (106)	96,7 (264)	609
Lituania	2007	2,3–2,4	89 (2 268)	66,1 (261)	94 (1 991)	87,2 (1 970)	89,3 (233)	87 (1 724)	596
Luxemburg	2007	5–7,6	56,2 (163)	25 (6)	57,9 (125)	43 (68)	16,7 (1)	42,7 (53)	1 078
Ungaria	2010–11	0,4–0,5	3,6 (156)	1,6 (46)	8,4 (93)	53,5 (77)	48,9 (22)	56 (51)	669
Malta	2015	5,6–6,5	73,2 (1 296)	28,7 (66)	79,8 (1 230)	61,9 (760)	43,9 (25)	62,8 (735)	1 026
Țările de Jos	2012	1,1–1,5	11,5 (1 262)	6,2 (402)	19,3 (860)	6,1 (39)	7,6 (13)	5,6 (26)	7 421
Austria	2015	5,3–5,6	55,4 (2 016)	26,9 (351)	71,4 (1 665)	32,3 (516)	23 (73)	34,5 (443)	17 599
Polonia	2014	0,4–0,7	16,3 (1 465)	4,8 (208)	27,6 (1 224)	62,1 (902)	40,8 (84)	65,6 (800)	2 564
Portugalia	2012	4,2–5,5	49,2 (1 357)	28,9 (458)	76,8 (899)	16,6 (209)	9,9 (40)	19,8 (169)	17 011
România	–	–	32,6 (1 057)	17,3 (360)	66,3 (686)	88,2 (834)	85,6 (286)	90 (543)	547
Slovenia	2015	3,4–4,1	74,7 (236)	42 (37)	87,7 (199)	44,5 (105)	24,3 (9)	48,2 (96)	3 261
Slovacia	2008	1,0–2,5	24,1 (602)	14,8 (179)	33,6 (414)	68,5 (402)	51,4 (91)	75,7 (305)	600
Finlanda	2012	3,8–4,5	51,7 (339)	38,3 (106)	61,5 (233)	73,3 (247)	65,7 (69)	76,7 (178)	3 000
Suedia ⁽¹⁾	–	–	25,2 (8 907)	16,8 (2 101)	29,5 (6 562)	–	–	–	3 679
Regatul Unit	2010–11	7,9–8,4	49,7 (59 763)	21,7 (8 595)	63,5 (50 984)	31,8 (13 125)	17,5 (929)	34 (12 139)	142 085
Turcia	2011	0,2–0,5	74,2 (8 073)	67,5 (3 627)	80,7 (4 446)	24,7 (1 994)	15,5 (561)	32,2 (1 433)	12 500
Norvegia ⁽²⁾	2013	2,0–4,2	17 (1 005)	–	–	–	–	–	7 498
Uniunea Europeană	–	–	37,6 (181 918)	18,3 (32 921)	51,4 (143 189)	36,6 (55 311)	28,2 (7 550)	39 (46 856)	626 541
UE, Turcia și Norvegia	–	–	38,2 (190 996)	19,8 (36 548)	52 (147 635)	36 (57 305)	26,7 (8 111)	38,8 (48 289)	646 539

Datele cu privire la consumatorii care urmează un tratament de substituție sunt pentru anul 2015 sau pentru cel mai recent an disponibil: Danemarca, Finlanda, Țările de Jos și Spania, 2014; Turcia, 2011.

⁽¹⁾ În Suedia, doar două dintre cele trei surse de date disponibile oferă informații privind persoanele admise la tratament pentru prima dată și persoanele admise care au primit tratament și anterior, prin urmare nu sunt comparabile cu datele referitoare la totalul persoanelor admise la tratament.

⁽²⁾ Procentajul de consumatori care urmează tratament pentru probleme asociate consumului de opioide este o valoare minimă, care nu cuprinde și consumatorii de opioide înregistrați la categoria policonsumatori de droguri.

TABELUL A2

COCAINĂ

Țara	Estimări privind prevalența				Persoane admise la tratament în cursul anului					
	Populația generală			Populația școlară	Consumatorii de cocaină ca procentaj din numărul persoanelor admise la tratament			Procentajul consumatorilor de cocaină prin injectare (ca principală cale de administrare)		
	Anul anchetei	De-a lungul vieții, adulți (15-64)	Ultimele 12 luni, adulți tineri (15-34)	De-a lungul vieții, elevi (15-16)	Total persoane admise la tratament	Persoane admise la tratament pentru prima dată	Persoane care au primit tratament și anterior	Total persoane admise la tratament	Persoane admise la tratament pentru prima dată	Persoane care au primit tratament și anterior
	%	%	%	% (total)	% (total)	% (total)	% (total)	% (total)	% (total)	
Belgia ⁽¹⁾	2013	–	0,9	3	18,9 (2 207)	18,9 (756)	18,9 (1 401)	6,5 (125)	1,1 (7)	9,4 (116)
Bulgaria	2012	0,9	0,3	5	1,6 (29)	6,5 (21)	0,8 (8)	7,1 (2)	0 (0)	25 (2)
Republica Cehă	2015	1,8	0,3	1	0,3 (27)	0,3 (12)	0,3 (15)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Danemarca	2013	5,2	2,4	2	5,5 (260)	5,9 (134)	5,4 (124)	3,9 (8)	–	8,6 (8)
Germania ⁽²⁾	2015	3,8	1,2	3	6 (5 209)	5,6 (1 494)	6,1 (3 715)	17,1 (2 843)	8,8 (353)	19,7 (2 490)
Estonia	2008	–	1,3	1	0,7 (2)	–	1,2 (2)	50 (1)	–	50 (1)
Irlanda	2015	7,8	2,9	3	10,5 (996)	13,7 (513)	8,4 (457)	0,8 (8)	0,2 (1)	1,6 (7)
Grecia	–	–	–	1	6,6 (269)	8,9 (141)	5,2 (128)	11,6 (31)	4,3 (6)	19,5 (25)
Spania	2015	9,1	3,0	2	36,5 (17 864)	34,8 (8 234)	37 (6 954)	1,3 (224)	0,7 (56)	2,1 (141)
Franța	2014	5,4	2,4	4	6,1 (3 013)	6,1 (963)	8,1 (1 369)	10,2 (269)	3,6 (32)	16,5 (198)
Croația	2015	2,7	1,6	2	1,4 (104)	2,8 (24)	1,2 (80)	2 (2)	–	2,5 (2)
Italia	2014	7,6	1,8	3	25,3 (11 935)	30,4 (6 296)	21,3 (5 639)	4,2 (479)	2,6 (159)	5,9 (320)
Cipru	2016	1,4	0,4	3	10 (80)	8,3 (36)	11,8 (38)	5,1 (4)	0 (0)	7,9 (3)
Letonia	2015	1,5	1,2	2	1,2 (9)	1,8 (7)	0,6 (2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Lituania	2012	0,9	0,3	2	0,6 (15)	1,8 (7)	0,3 (7)	13,3 (2)	14,3 (1)	14,3 (1)
Luxemburg	–	–	–	–	19 (55)	16,7 (4)	20,4 (44)	44,4 (24)	–	50 (22)
Ungaria ⁽³⁾	2015	1,2	0,9	2	2,3 (99)	2,5 (75)	1,7 (19)	5,2 (5)	1,4 (1)	15,8 (3)
Malta	2013	0,5	–	3	15,9 (281)	39,6 (91)	12,3 (190)	17,6 (45)	8,1 (7)	22,4 (38)
Țările de Jos	2015	5,1	3,6	2	24,3 (2 675)	20,8 (1 357)	29,6 (1 318)	0,4 (5)	0,1 (1)	0,6 (4)
Austria	2015	3	0,4	2	7,1 (258)	9,6 (125)	5,7 (133)	6,3 (15)	0,8 (1)	11,6 (14)
Polonia	2014	1,3	0,4	4	2,1 (189)	1,9 (83)	2,3 (101)	2,2 (4)	1,3 (1)	3 (3)
Portugalia	2012	1,2	0,4	2	12 (331)	15,1 (239)	7,9 (92)	4,4 (13)	2,3 (5)	9,6 (8)
România	2013	0,8	0,2	3	0,6 (19)	0,9 (18)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	–
Slovenia	2012	2,1	1,2	2	4,1 (13)	9,1 (8)	2,2 (5)	23,1 (3)	0 (0)	60 (3)
Slovacia	2015	0,7	0,3	2	0,8 (19)	0,7 (9)	0,7 (9)	5,9 (1)	–	12,5 (1)
Finlanda	2014	1,9	1,0	1	0 (0)	0 (0)	0 (0)	–	–	–
Suedia ^(4,5)	2013	–	1,2	2	0,9 (318)	1,7 (211)	0,5 (103)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Regatul Unit ^(2,4)	2015	9,7	4,0	2	13,9 (16 673)	17,2 (6 830)	12,2 (9 806)	1,5 (168)	0,4 (18)	2,3 (146)
Turcia	2011	–	–	–	1,8 (198)	1,5 (79)	2,2 (119)	–	–	–
Norvegia ⁽⁴⁾	2015	4,2	2,2	1	1,4 (83)	–	–	–	–	–
Uniunea Europeană	–	5,2	1,9	–	13 (62 949)	15,4 (27 688)	11,4 (31 759)	6,5 (4 281)	2,4 (649)	10 (3 556)
UE, Turcia și Norvegia	–	–	–	–	12,6 (63 230)	15 (27 767)	11,2 (31 878)	6,5 (4 281)	2,4 (649)	10 (3 556)

Estimările privind prevalența în rândul populației școlare provin din anchetele naționale desfășurate în școli sau din proiectul ESPAD. Din cauza procedurilor incerte de culegere a datelor, este posibil ca datele din Letonia să nu fie comparabile.

(1) Estimările privind prevalența în rândul populației generale se referă doar la Flandra.

(2) Estimările privind prevalența în rândul populației generale se referă doar la Anglia și Țara Galilor.

(3) Intervalul de vârstă pentru estimările privind prevalența în rândul populației generale: 18-64, 18-34.

(4) Intervalul de vârstă pentru estimările privind prevalența în rândul populației generale: 16-64, 16-34.

(5) În Suedia, doar două dintre cele trei surse de date disponibile oferă informații privind persoanele admise la tratament pentru prima dată și persoanele admise care au primit tratament și anterior, prin urmare nu sunt comparabile cu datele referitoare la totalul persoanelor admise la tratament.

TABELUL A3

AMFETAMINE

Țara	Estimări privind prevalența				Persoane admise la tratament în cursul anului					
	Populația generală			Populația școlară	Consumatorii de amfetamine ca procentaj din numărul persoanelor admise la tratament			Procentajul consumatorilor de amfetamine prin injectare (ca principală cale de administrare)		
	Anul anchetei	De-a lungul vieții, adulți (15-64)	Ultimele 12 luni, adulți tineri (15-34)	De-a lungul vieții, elevi (15-16)	Total persoane admise la tratament	Persoane admise la tratament pentru prima dată	Persoane care au primit tratament și anterior	Total persoane admise la tratament	Persoane admise la tratament pentru prima dată	Persoane care au primit tratament și anterior
		%	%	%	% (total)	% (total)	% (total)	% (total)	% (total)	% (total)
Belgia ⁽¹⁾	2013	–	0,5	2	9,9 (1 160)	8,6 (345)	10,7 (794)	13,5 (130)	3,9 (11)	17,8 (118)
Bulgaria	2012	1,2	1,3	6	4,7 (84)	15,9 (51)	1,6 (16)	2 (1)	0 (0)	0 (0)
Republica Cehă	2015	4,4	2,2	1	69,7 (7 033)	75,1 (3 550)	65 (3 483)	78,1 (5 446)	73,8 (2 586)	82,6 (2 860)
Danemarca	2013	6,6	1,4	1	6,6 (311)	6,2 (140)	7,1 (163)	4 (11)	1,7 (2)	6,2 (9)
Germania ^(3,4)	2015	3,6	1,9	4	16,8 (14 646)	19,3 (5 134)	15,7 (9 512)	2,2 (719)	1,5 (168)	2,5 (551)
Estonia	2008	–	2,5	2	2,1 (6)	3,2 (2)	2,5 (4)	66,7 (4)	100 (2)	50 (2)
Irlanda	2015	4,1	0,6	3	0,6 (59)	0,9 (33)	0,4 (24)	3,4 (2)	3 (1)	4,2 (1)
Grecia	–	–	–	2	0,4 (18)	0,4 (7)	0,4 (11)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Spania	2015	3,6	1,0	1	1,3 (655)	1,6 (385)	1,1 (209)	0,9 (6)	1,1 (4)	0,5 (1)
Franța	2014	2,2	0,7	2	0,5 (264)	0,5 (84)	0,6 (108)	11,6 (26)	14,9 (11)	15,6 (15)
Croația	2015	3,5	2,3	3	1,4 (102)	2,7 (23)	1,1 (74)	–	–	–
Italia	2014	2,8	0,6	2	0,2 (91)	0,3 (59)	0,1 (32)	5,2 (4)	6,4 (3)	3,3 (1)
Cipru	2016	0,5	0,1	3	4,9 (39)	3,9 (17)	5,6 (18)	2,6 (1)	5,9 (1)	0 (0)
Letonia	2015	1,9	0,7	3	16,2 (122)	21,5 (84)	10,6 (38)	67,5 (81)	62,2 (51)	78,9 (30)
Lituania	2012	1,2	0,5	1	2,5 (63)	7,1 (28)	1,5 (31)	26,7 (16)	3,7 (1)	45,2 (14)
Luxemburg	–	–	–	–	0,3 (1)	–	0,5 (1)	–	–	–
Ungaria ⁽⁴⁾	2015	1,7	1,4	3	11,4 (489)	12 (354)	8,9 (98)	9,6 (46)	5,7 (20)	23,7 (23)
Malta	2013	0,3	–	2	0,3 (5)	0,4 (1)	0,3 (4)	20 (1)	–	25 (1)
Țările de Jos	2015	4,7	3,1	2	7,4 (817)	7,5 (487)	7,4 (330)	1,3 (4)	1 (2)	1,9 (2)
Austria	2015	2,2	0,9	3	4,8 (174)	5,7 (75)	4,2 (99)	3,8 (6)	2,9 (2)	4,3 (4)
Polonia	2014	1,7	0,4	4	24,3 (2 194)	25,4 (1 091)	23,8 (1 056)	3,7 (80)	1,7 (18)	5,8 (60)
Portugalia	2012	0,5	0,1	1	0,1 (4)	0,3 (4)	–	0 (0)	0 (0)	–
România	2013	0,3	0,1	1	0,4 (12)	0,3 (7)	0,3 (3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Slovenia	2012	0,9	0,8	1	1,3 (4)	4,5 (4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	–
Slovacia	2015	1,4	0,8	1	45,2 (1 132)	44,7 (539)	45,4 (559)	28,7 (315)	24,3 (129)	34 (183)
Finlanda	2014	3,4	2,4	1	15,2 (100)	16,2 (45)	14,5 (55)	77,6 (76)	62,8 (27)	89,1 (49)
Suedia ^(3,5,6)	2013	–	1,3	1	7 (2 645)	8,3 (1 129)	5,8 (1 376)	–	–	–
Regatul Unit ^(2,5)	2015	10,3	0,9	1	2,8 (3 332)	3,6 (1 414)	2,4 (1 913)	18,9 (382)	11 (89)	24,3 (293)
Turcia	2011	0,1	0,1	–	1,8 (196)	2,5 (133)	1,1 (63)	0,5 (1)	0,8 (1)	0 (0)
Norvegia ^(3,5)	2015	3,1	0,3	1	13,9 (823)	–	–	–	–	–
Uniunea Europeană	–	3,8	1,1	–	7,4 (35 562)	8,4 (15 092)	7,2 (20 011)	15,1 (7 357)	16,8 (3 128)	14,1 (4 217)
UE, Turcia și Norvegia	–	–	–	–	7,3 (36 581)	8,2 (15 225)	7,1 (20 074)	15 (7 358)	16,6 (3 129)	14,1 (4 217)

Estimările privind prevalența în rândul populației școlare provin din anchetele naționale desfășurate în școli sau din proiectul ESPAD. Din cauza procedurilor incerte de culegere a datelor, este posibil ca datele din Letonia să nu fie comparabile.

(1) Estimările privind prevalența în rândul populației generale se referă doar la Flandra.

(2) Estimările privind prevalența în rândul populației generale se referă doar la Anglia și Țara Galilor.

(3) Persoanele admise la tratament sunt consumatori care menționează consumul de droguri stimulante diferite de cocaină, nu doar consumul de amfetamine.

(4) Intervalul de vârstă pentru estimările privind prevalența în rândul populației generale: 18-64, 18-34.

(5) Intervalul de vârstă pentru estimările privind prevalența în rândul populației generale: 16-64, 16-34.

(6) În Suedia, doar două dintre cele trei surse de date disponibile oferă informații privind persoanele admise la tratament pentru prima dată și persoanele admise care au primit tratament și anterior, prin urmare nu sunt comparabile cu datele referitoare la totalul persoanelor admise la tratament.

TABELUL A4

MDMA

Țara	Estimări privind prevalența				Persoane admise la tratament în cursul anului		
	Populația generală			Populația școlară	Consumatorii de MDMA ca procentaj din numărul persoanelor admise la tratament		
	Anul anchetei	De-a lungul vieții, adulți (15-64)	Ultimele 12 luni, adulți tineri (15-34)	De-a lungul vieții, elevi (15-16)	Total persoane admise la tratament	Persoane admise la tratament pentru prima dată	Persoane care au primit tratament și anterior
		%	%	%	% (total)	% (total)	% (total)
Belgia ⁽¹⁾	2013	–	0,8	3	0,3 (36)	0,6 (25)	0,1 (11)
Bulgaria	2012	2,0	2,9	5	0,2 (3)	0,6 (2)	0,1 (1)
Republica Cehă	2015	6,3	3,5	3	0 (4)	0,1 (3)	0 (1)
Danemarca	2013	2,3	0,7	1	0,3 (15)	0,5 (11)	0,2 (4)
Germania ⁽²⁾	2015	3,3	1,3	2	–	–	–
Estonia	2008	–	2,3	3	–	–	–
Irlanda	2015	9,2	4,4	4	0,5 (47)	0,8 (31)	0,3 (15)
Grecia	–	–	–	1	0,2 (7)	0,2 (3)	0,2 (4)
Spania	2015	3,6	1,3	1	0,3 (133)	0,5 (111)	0,1 (13)
Franța	2014	4,2	2,3	2	0,4 (188)	0,5 (76)	0,3 (49)
Croația	2015	3,0	1,4	2	0,4 (32)	0,8 (7)	0,3 (23)
Italia	2014	3,1	1,0	3	0,2 (80)	0,2 (40)	0,2 (40)
Cipru	2016	1,1	0,3	3	–	–	–
Letonia	2015	2,4	0,8	3	0,3 (2)	0,3 (1)	0,3 (1)
Lituania	2012	1,3	0,3	2	0,1 (3)	0,3 (1)	0,1 (2)
Luxemburg	–	–	–	–	–	–	–
Ungaria ⁽³⁾	2015	4,0	2,1	2	2 (85)	1,8 (54)	1,9 (21)
Malta	2013	0,7	–	2	0,9 (16)	1,7 (4)	0,8 (12)
Țările de Jos	2015	8,4	6,6	3	0,7 (80)	1 (67)	0,3 (13)
Austria	2015	2,9	1,1	2	0,5 (20)	1,1 (14)	0,3 (6)
Polonia	2014	1,6	0,9	3	0,3 (23)	0,3 (14)	0,2 (9)
Portugalia	2012	1,3	0,6	2	0,3 (8)	0,4 (7)	0,1 (1)
România	2013	0,9	0,3	2	0,5 (16)	0,8 (16)	0 (0)
Slovenia	2012	2,1	0,8	2	0,3 (1)	1,1 (1)	0 (0)
Slovacia	2015	3,1	1,2	3	0,1 (3)	0,1 (1)	0,2 (2)
Finlanda	2014	3,0	2,5	1	0,5 (3)	1,1 (3)	0 (0)
Suedia ⁽⁴⁾	2013	–	1,0	1	–	–	–
Regatul Unit ^(2,4)	2015	9,4	3,1	3	0,4 (490)	0,8 (312)	0,2 (174)
Turcia	2011	0,1	0,1	–	1 (106)	1,4 (77)	0,5 (29)
Norvegia ⁽⁴⁾	2015	2,3	1,2	1	–	–	–
Uniunea Europeană	–	4,2	1,8	–	0,3 (1 295)	0,4 (804)	0,1 (402)
UE, Turcia și Norvegia	–	–	–	–	0,3 (1 401)	0,5 (881)	0,2 (431)

Estimările privind prevalența în rândul populației școlare provin din anchetele naționale desfășurate în școli sau din proiectul ESPAD. Din cauza procedurilor incerte de culegere a datelor, este posibil ca datele din Letonia să nu fie comparabile.

(1) Estimările privind prevalența în rândul populației generale se referă doar la Flandra.

(2) Estimările privind prevalența în rândul populației generale se referă doar la Anglia și Țara Galilor.

(3) Intervalul de vârstă pentru estimările privind prevalența în rândul populației generale: 18-64, 18-34.

(4) Intervalul de vârstă pentru estimările privind prevalența în rândul populației generale: 16-64, 16-34.

TABELUL A5

CANABIS

Țara	Estimări privind prevalența				Persoane admise la tratament în cursul anului		
	Populația generală			Populația școlară	Consumatorii de cannabis ca procentaj din numărul persoanelor admise la tratament		
	Anul anchetei	De-a lungul vieții, adulți (15-64)	Ultimele 12 luni, adulți tineri (15-34)	De-a lungul vieții, elevi (15-16)	Total persoane admise la tratament	Persoane admise la tratament pentru prima dată	Persoane care au primit tratament și anterior
		%	%	%	% (total)	% (total)	% (total)
Belgia ⁽¹⁾	2013	15	10,1	17	31,9 (3 737)	51,6 (2 065)	21,3 (1 582)
Bulgaria	2012	7,5	8,3	27	3,2 (58)	8,4 (27)	0,7 (7)
Republica Cehă	2015	29,5	18,8	37	11,8 (1 195)	16,4 (776)	7,8 (419)
Danemarca	2013	35,6	17,6	12	70,9 (3 338)	79 (1 783)	62,5 (1 430)
Germania ⁽²⁾	2015	27,2	13,3	19	39,1 (34 108)	56,9 (15 168)	31,2 (18 940)
Estonia	2008	–	13,6	25	3,5 (10)	7,9 (5)	1,2 (2)
Irlanda	2015	27,9	13,8	19	28,3 (2 681)	45,2 (1 693)	16,8 (918)
Grecia	–	–	–	9	19,4 (789)	34,2 (539)	9,8 (240)
Spania	2015	31,5	17,1	27	33,7 (16 478)	48,1 (11 386)	16,4 (3 084)
Franța	2014	40,9	22,1	31	60,4 (29 621)	74,9 (11 855)	37,6 (6 391)
Croația	2015	19,4	16,0	21	12,8 (967)	62 (526)	6,5 (432)
Italia	2014	31,9	19,0	27	19,5 (9 225)	28 (5 810)	12,9 (3 415)
Cipru	2016	12,1	4,3	7	58,8 (469)	75,9 (330)	38 (122)
Letonia	2015	9,8	10,0	17	23,3 (175)	35,5 (139)	10 (36)
Lituania	2012	10,5	5,1	18	3,5 (89)	11,9 (47)	1,6 (33)
Luxemburg	–	–	–	–	23,1 (67)	58,3 (14)	19,9 (43)
Ungaria ⁽²⁾	2015	7,4	3,5	13	56,2 (2 420)	62,7 (1 854)	41,4 (458)
Malta	2013	4,3	–	13	8,9 (158)	29,1 (67)	5,9 (91)
Țările de Jos	2015	25,6	16,1	22	47,3 (5 202)	55,5 (3 625)	35,4 (1 577)
Austria	2015	23,6	14,1	20	29,2 (1 063)	54,4 (711)	15,1 (352)
Polonia	2014	16,2	9,8	24	28 (2 525)	36,3 (1 558)	20,3 (901)
Portugalia	2012	9,4	5,1	15	33,9 (934)	50,8 (806)	10,9 (128)
România	2013	4,6	3,3	8	39,3 (1 272)	54,8 (1 137)	9,5 (98)
Slovenia	2012	15,8	10,3	25	14,2 (45)	38,6 (34)	4,8 (11)
Slovacia	2015	15,8	9,3	26	24,6 (616)	35,7 (430)	13,7 (169)
Finlanda	2014	21,7	13,5	8	20,7 (136)	35,7 (99)	9,8 (37)
Suedia ^(4,5)	2015	14,7	7,3	7	11,1 (3 924)	16,9 (2 113)	7,9 (1 752)
Regatul Unit ^(2,4)	2015	29,4	11,3	19	25,9 (31 129)	46,3 (18 345)	15,8 (12 686)
Turcia	2011	0,7	0,4	–	6 (653)	7,7 (416)	4,3 (237)
Norvegia ⁽⁴⁾	2015	20,9	8,6	7	27,2 (1 609)	–	–
Uniunea Europeană	–	26,3	13,9	–	31,5 (152 431)	46,2 (82 942)	19,9 (55 354)
UE, Turcia și Norvegia	–	–	–	–	30,9 (154 693)	45,1 (83 358)	19,6 (55 591)

Estimările privind prevalența în rândul populației școlare provin din anchetele naționale desfășurate în școli sau din proiectul ESPAD. Din cauza procedurilor incerte de culegere a datelor, este posibil ca datele din Letonia să nu fie comparabile.

(1) Estimările privind prevalența în rândul populației generale se referă doar la Flandra.

(2) Estimările privind prevalența în rândul populației generale se referă doar la Anglia și Țara Galilor.

(3) Intervalul de vârstă pentru estimările privind prevalența în rândul populației generale: 18-64, 18-34.

(4) Intervalul de vârstă pentru estimările privind prevalența în rândul populației generale: 16-64, 16-34.

(5) În Suedia, doar două dintre cele trei surse de date disponibile oferă informații privind persoanele admise la tratament pentru prima dată și persoanele admise care au primit tratament și anterior, prin urmare nu sunt comparabile cu datele referitoare la totalul persoanelor admise la tratament.

TABELUL A6

ALȚI INDICATORI

Țara	Decese induse de consumul de droguri (15-64 de ani)	Diagnosticări cu HIV care pot fi atribuite consumului de droguri injectabile (ECDC)	Estimare privind consumul de droguri injectabile		Seringi distribuite prin programe specializate
	cazuri la un milion de persoane (total)	cazuri la un milion de persoane (total)	Anul estimării	cazuri la 1 000 de persoane	total
Belgia	9 (67)	1,3 (15)	2015	2,3–4,6	1 034 242
Bulgaria	4 (17)	3,6 (26)	–	–	364 111
Republica Cehă	6 (39)	0,4 (4)	2015	6,1–6,4	6 421 095
Danemarca	58 (210)	1,4 (8)	–	–	–
Germania	22 (1 185)	1,7 (134)	–	–	–
Estonia	103 (88)	41,9 (55)	2009	4,3–10,8	2 136 691
Irlanda (1)	71 (213)	10,8 (50)	–	–	393 275
Grecia	0 (0)	6,4 (70)	2015	0,6–1,0	268 157
Spania (1)	15 (455)	2,1 (96)	2014	0,2–0,3	1 483 399
Franța (1)	7 (294)	0,9 (58)	2014	2,1–3,2	12 314 781
Croația	19 (54)	0,5 (2)	2012	0,4–0,6	923 650
Italia	8 (304)	1,8 (112)	–	–	–
Cipru	15 (9)	1,2 (1)	2015	0,3–0,7	164
Letonia	14 (18)	44,3 (88)	2012	7,3–11,7	524 949
Lituania	59 (115)	15,1 (44)	–	–	200 630
Luxemburg	31 (12)	24,9 (14)	2009	4,5–6,9	361 392
Ungaria	4 (25)	0,2 (2)	2015	1	188 696
Malta	28 (8)	0 (0)	–	–	340 644
Țările de Jos	16 (182)	0,1 (1)	2008	0,2–0,2	–
Austria	26 (152)	2,6 (22)	–	–	5 953 919
Polonia	9 (249)	1 (37)	–	–	10 142
Portugalia	6 (39)	4,2 (44)	2012	1,9–2,5	1 004 706
România	2 (21)	7,1 (142)	–	–	1 425 592
Slovenia	22 (30)	0,5 (1)	–	–	500 757
Slovacia	7 (27)	0,6 (3)	–	–	347 162
Finlanda	43 (150)	1,3 (7)	2012	4,1–6,7	5 301 000
Suedia	100 (618)	1,5 (15)	2008–11	1,3	281 397
Regatul Unit (2)	60 (2 528)	2,8 (182)	2004–11	2,9–3,2	–
Turcia	10 (533)	0,2 (13)	–	–	–
Norvegia	76 (257)	1,5 (8)	2014	2,2–3,0	2 500 192
Uniunea Europeană	21,3 (7 109)	2,4 (1 233)	–	–	–
UE, Turcia și Norvegia	20,3 (7 899)	2,1 (1 254)	–	–	–

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

(1) Seringile distribuite prin programe specializate se referă la anul 2014.

(2) Datele din Regatul Unit privind seringile: Anglia – nu sunt date; Scoția 4 376 456, iar Tara Galilor 3 398 314 (ambele valori din 2015); Irlanda de Nord 292 390 (2014).

TABELUL A7

CAPTURI

Țara	Heroină		Cocaină		Amfetamine		MDMA	
	Cantitate capturată	Număr de capturi	Cantitate capturată	Număr de capturi	Cantitate capturată	Număr de capturi	Cantitate capturată	Număr de capturi
	kg	total	kg	total	kg	total	comprimate (kg)	total
Belgia	121	2 375	17 487	4 330	73	3 260	59 696 (9)	1 739
Bulgaria	265	–	9	–	73	–	17 284 (<0,01)	–
Republica Cehă	2	76	120	113	127	1 125	3 110 (0,4)	133
Danemarca	29	571	548	3 470	193	2 626	70 244 (10)	1 005
Germania	210	3 061	3 114	3 592	1 423	13 680	967 410 (0)	4 015
Estonia	<0,01	2	4	60	119	391	41 549 (13)	239
Irlanda	–	758	–	364	–	63	– (0)	204
Grecia	567	2 957	102	575	3	118	300 (0)	56
Spania	256	7 755	21 621	38 273	360	4 500	135 110 (0)	2 958
Franța	818	4 692	10 869	9 483	486	1 027	1 325 305 (0)	1 592
Croația	145	154	12	359	15	597	– (7)	747
Italia	768	2 230	4 035	5 403	26	278	17 573 (11)	406
Cipru	<0,01	8	107	95	1,68	55	173 (1)	50
Letonia	3	142	4	62	36	763	238 (3)	154
Lituania	2	368	533	16	62	205	(1)	11
Luxemburg	8	208	11	190	0,27	13	543 (0)	14
Ungaria	12	48	31	153	34	706	56 420 (7)	287
Malta	4	35	21	156	<0,01	2	1 404 (0,01)	46
Țările de Jos	–	–	–	–	–	–	– (–)	–
Austria	70	605	120	1 190	70	1 088	10 148 (3)	512
Polonia	4	–	219	–	747	–	120 886 (78)	–
Portugalia	97	763	6 029	1 079	2	111	35 484 (2)	180
România	334	335	71	119	0,4	55	13 852 (0,1)	280
Slovenia	6	273	3	178	3	–	2 908 (2)	–
Slovacia	3	63	2	42	5	819	1 460 (0)	40
Finlanda	0,4	–	9	–	300	–	23 660 (0)	–
Suedia	8	483	114	2 086	546	5 398	95 421 (35)	2 095
Regatul Unit	806	8 083	4 228	15 588	491	4 517	812 127 (2)	3 030
Turcia	8 294	12 271	511	941	4 057	2 336	5 673 901 (0)	5 012
Norvegia	62	1 178	85	1 332	628	7 304	116 353 (27)	1 241
Uniunea Europeană	4 537	36 045	69 421	86 976	5 196	41 397	3 812 305 (212)	19 793
UE, Turcia și Norvegia	12 893	49 494	70 017	89 249	9 880	51 037	9 602 559 (185)	26 046

Grupul „amfetamine” cuprinde atât amfetamina, cât și metamfetamina.

Toate datele sunt pentru anul 2015. Nu sunt disponibile date pentru Scoția (Regatul Unit).

TABELUL A7

CAPTURI (continuare)

Țara	Rășină de canabis		Iarbă de canabis		Plante de canabis	
	Cantitate capturată kg	Număr de capturi total	Cantitate capturată kg	Număr de capturi total	Cantitate capturată plante (kg)	Număr de capturi total
Belgia	7 045	5 569	764	26 401	– (–)	–
Bulgaria	13	–	1 176	–	9 811 (37 775)	–
Republica Cehă	8	105	655	3 672	30 770 (0)	361
Danemarca	3 619	14 680	616	1 214	14 560 (464)	545
Germania	1 599	6 059	3 852	32 353	154 621 (0)	2 167
Estonia	812	21	60	597	0 (12)	44
Irlanda	–	192	–	1 049	– (–)	182
Grecia	330	542	2 474	5 499	59 242 (0)	735
Spania	380 361	164 760	15 915	156 984	379 846 (0)	2 029
Franța	60 790	65 503	16 835	32 446	153 895 (0)	–
Croația	12	764	409	4 546	5 687 (0)	270
Italia	67 825	7 684	9 286	5 838	138 013 (0)	1 566
Cipru	3	21	226	777	2 814 (0)	58
Letonia	1 272	63	71	712	– (20)	17
Lituania	591	32	143	456	– (–)	–
Luxemburg	1	130	20	1 040	81 (0)	10
Ungaria	18	141	590	1 945	4 659 (0)	127
Malta	70	132	4	106	28 (0)	8
Țările de Jos	–	–	–	–	9 940 000 (0)	–
Austria	287	2 038	851	11 426	– (687)	379
Polonia	843	–	1 830	–	103 339 (0)	–
Portugalia	2 412	4 180	224	582	6 102 (0)	298
România	5	178	180	1 987	– (293)	90
Slovenia	3	109	458	3 103	14 006 (0)	167
Slovacia	27	33	70	1 204	2 085 (0)	35
Finlanda	63	–	208	–	23 000 (125)	–
Suedia	1 065	8 897	1 054	9 619	– (–)	–
Regatul Unit	7 219	5 959	30 680	100 811	399 230 (0)	9 735
Turcia	7 855	3 750	45 816	29 652	0 (0)	2 471
Norvegia	2 015	11 394	255	4 411	0 (69)	339
Uniunea Europeană	536 293	287 792	88 649	404 362	11 441 789 (39 376)	18 823
UE, Turcia și Norvegia	546 163	302 936	134 719	438 425	11 441 789 (39 445)	21 633

Toate datele sunt pentru anul 2015. Nu sunt disponibile date pentru Scoția (Regatul Unit).

CUM VĂ PUTEȚI PROCURA PUBLICAȚIILE UNIUNII EUROPENE?

Publicații gratuite:

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

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

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

Publicații contra cost:

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



Despre acest raport

Raportul „Tendințe și evoluții” prezintă o vedere de ansamblu, de nivel înalt, a fenomenului drogurilor în Europa, referindu-se la furnizarea de droguri, la consum și la problemele de sănătate publică asociate, precum și la politicile și măsurile de combatere a drogurilor. Prezentul raport, împreună cu [Buletinul statistic](#) online și cu un număr de 30 de [rapoarte de țară privind drogurile](#), reprezintă pachetul cunoscut ca [Raportul european privind drogurile 2017](#).

Despre EMCDDA

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

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

