



Observatorul European pentru  
Droguri și Toxicomanie

RO

ISSN 2314-9183

# Raportul european privind drogurile

Tendențe și evoluții

2018





Observatorul European pentru  
Droguri și Toxicomanie

# Raportul european privind drogurile

Tendențe și evoluții

2018

## | 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.

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, 2018

<b>PRINTED</b>	ISBN 978-92-9497-284-2	ISSN 1977-9968	doi:10.2810/004254	TD-AT-18-001-RO-C
<b>PDF</b>	ISBN 978-92-9497-306-1	ISSN 2314-9183	doi:10.2810/1063	TD-AT-18-001-RO-N

© Observatorul European pentru Droguri și Toxicomanie, 2018  
Reproducerea este autorizată cu condiția menționării sursei.

Mod de citare recomandat: Observatorul European pentru Droguri și Toxicomanie (2018), *Raportul european privind drogurile 2018: 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, Portugalia

Tel. +351 211210200

[info@emcdda.europa.eu](mailto:info@emcdda.europa.eu) | [www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu)

[twitter.com/emcdda](https://twitter.com/emcdda) | [facebook.com/emcdda](https://facebook.com/emcdda)

## Cuprins

5	Prefață
9	Notă introductivă și mulțumiri
11	COMENTARIU <b>Înțelegerea problemelor legate de droguri cu care se confruntă Europa și conceperea unor intervenții eficiente</b>
19	CAPITOLUL 1 <b>Oferta de droguri și piața</b>
39	CAPITOLUL 2 <b>Prevalența și tendințele consumului de droguri</b>
59	CAPITOLUL 3 <b>Efectele nocive ale drogurilor și intervențiile conexe</b>
83	ANEXĂ Tabele cu date naționale



## Prefață

Avem plăcerea să vă prezentăm cea mai recentă analiză a EMCDDA asupra fenomenului drogurilor în Europa. Raportul european privind drogurile 2018: tendințe și evoluții oferă o perspectivă oportună asupra problemelor legate de droguri în Europa și a răspunsurilor la aceste probleme. Raportul nostru emblematic se bazează pe o analiză amănunțită a datelor naționale și europene care evidențiază modele și probleme emergente. El este însoțit anul acesta de 30 de rapoarte de țară privind drogurile și de resurse online care conțin grafice și tabele de date complete, care permit o trecere în revistă pentru fiecare țară.

Raportul nostru este conceput să ofere părților interesate o imagine de ansamblu cuprinzătoare. De asemenea, va oferi o alertă timpurie privind noile tendințe în domeniul drogurilor, va ajuta la identificarea priorităților pentru planificarea strategică națională și locală, va permite comparații între țări și va sprijini efectuarea de evaluări prin furnizarea de date privind tendințele. Raportul este completat de recenta noastră publicație trienală, *Health and social responses to drug problems: a European guide* (2017).



În acest an, pentru o gamă largă de substanțe, observăm câteva semne îngrijorătoare privind creșterea nivelului producției de droguri care are loc acum în Europa, mai aproape de piețele de consum. Progresele tehnologice facilitează această evoluție și, de asemenea, conectează producătorii și consumatorii europeni de droguri la piețele globale prin intermediul web-ului „de suprafață” și al rețelei darknet. De asemenea, observăm că creșterea producției de cocaină în America de Sud are acum un impact asupra pieței europene, generând atât un risc crescut de probleme de sănătate pentru utilizatori, cât și provocări mai complexe pentru autoritățile responsabile cu aplicarea legii, deoarece traficanții modifică și schimbă rutele de aprovizionare. Dovezile emergente privind creșterea disponibilității și a consumului de cocaină crack în Europa reprezintă, de asemenea, un motiv de îngrijorare și necesită monitorizare.



Noile substanțe psihoactive disponibile pe piețele europene ale drogurilor continuă să provoace probleme de sănătate publică și să pună în dificultate factorii de decizie. Legislația recentă a UE a consolidat schimbul de informații privind noile substanțe care apar pe piață și a redus timpul necesar pentru evaluarea de risc și controlul acestor substanțe în întreaga Europă. Canabinoidele și opioidele sintetice foarte puternice cauzează probleme într-o serie de situații, iar în cazul derivaților de fentanil pun și mai mult în pericol consumatorii de droguri și personalul de intervenție din prima linie. Abordarea acestei provocări a readus în prim-plan rolul antidotului pentru opioide – naloxonă – în strategiile de răspuns la supradoză și gradul de acces la acesta al consumatorilor de droguri.

Considerăm că amenințările pe care le prezintă drogurile pentru sănătatea și securitatea publică în Europa continuă să necesite un răspuns la nivel înalt, multidisciplinar. Noul plan de acțiune al UE adoptat în 2017 oferă cadrul pentru cooperarea europeană necesară.

Raportul nostru și analiza pe care o prezintă sunt o dovadă a sprijinului ferm pe care îl primim de la partenerii noștri naționali și instituționali. Datele provenite de la punctele noastre focale naționale Reitox și de la experții naționali ne permit să construim o imagine de ansamblu unică asupra situației consumului de droguri în Europa. De asemenea, ne exprimăm recunoștința față de partenerii noștri de la nivel european, în special Comisia Europeană, Europol, Centrul European de Prevenire și Control al Bolilor și Agenția Europeană pentru Medicamente. În plus, suntem recunoscători rețelelor specializate care au colaborat cu noi, astfel încât să putem încorpora date inovatoare și de calitate în raportul nostru, în domeniul analizei apelor uzate, al anchetelor școlare și al urgențelor spitalicești legate de consumul de droguri.

**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, în cadrul procesului anual de raportare.

Scopul său este să ofere o privire de ansamblu și o sinteză a situației drogurilor în Europa, precum și a intervențiilor în acest sens. Datele statistice prezentate în raportul de față se referă la anul 2016 (sau la ultimul an pentru care sunt disponibile date). Analiza tendințelor se bazează doar pe rapoartele țărilor care au furnizat date suficiente pentru a descrie schimbările survenite în perioada de timp specificată. De asemenea, cititorul 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, pentru analiza realizată în prezentul raport s-au folosit surse de date multiple. Deși se observă îmbunătățiri considerabile atât la nivelul analizelor naționale, cât și din punctul de vedere al rezultatelor care se pot obține dintr-o analiză la nivel european, trebuie să recunoaștem dificultățile metodologice din acest domeniu. De aceea, se impune prudență în interpretarea datelor, mai ales atunci când țările sunt comparate pe criteriul unui singur parametru. Puteți consulta avertismentele și rezervele cu privire la date în versiunea online a acestui raport și în Buletinul statistic, care conține informații detaliate despre metodologie, rezervele legate de analiză și observații cu privire la limitările setului de informații disponibile. Tot acolo sunt disponibile și informații despre metodele și datele utilizate pentru estimările la nivel european, care se pot baza pe 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 de lucru orizontal pentru substanțe stupefiante – și Comisiei Europene;
- Centrului European de Prevenire și Control al Bolilor (ECDC), Agenției Europene pentru Medicamente (EMA) și agenției 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 Plus);
- 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 în cadrul Comisiei Europene. Aflați sub responsabilitatea guvernelor țărilor respective, punctele focale sunt autoritățile naționale care transmit agenției noastre informații privind drogurile. Datele de contact ale punctelor focale naționale sunt disponibile pe [site-ul EMCDDA](#).

# Comentariu

**Evoluțiile din țările europene  
influențează și totodată sunt  
influențate de tendințele mondiale  
în materie de droguri**

# Înțelegerea problemelor legate de droguri cu care se confruntă Europa și conceperea unor intervenții eficiente

În acest comentariu analizăm câțiva dintre factorii cheie care par să influențeze atât modelele consumului de droguri pe care le observăm în Europa în 2018, cât și problemele sociale, de sănătate și de securitate care le sunt asociate. Un punct de plecare al acestei discuții este observația generală că în prezent, în comparație cu experiența trecutului, nu numai că problema drogurilor din Europa pare să treacă printr-o fază deosebit de dinamică, dar toate datele disponibile sugerează că disponibilitatea drogurilor este ridicată, iar în unele zone chiar în creștere. Acest fapt duce la apariția unui ansamblu de noi impedimente majore în calea intervențiilor naționale și europene existente pentru combaterea consumului de droguri și a problemelor asociate, unele dintre implicațiile acestora fiind discutate în cele ce urmează.

## ▮ Semne ale creșterii producției de droguri în Europa

Evoluțiile din țările europene influențează și totodată sunt influențate de tendințele mondiale în materie de droguri. Pentru unele droguri stimulante sintetice, cum ar fi MDMA, Europa este un producător major, exportând produse și expertiză către alte părți ale lumii. În cazul canabisului, producția europeană a înlocuit într-o oarecare măsură importurile și pare să fi influențat modelele comerciale ale producătorilor externi. O consecință a acestui fapt se observă în creșterea potenței rășinii de canabis pe care traficanții o aduc în Europa în prezent.

În ceea ce privește cocaina și heroina, celelalte două principale droguri ilegale pe bază de plante, producția rămâne concentrată în țările din America Latină și, respectiv, din Asia. Datele culese la nivel mondial arată o creștere a producției pentru ambele substanțe, iar impactul acestui fapt asupra Europei merită să fie analizat. În cazul heroinei, în ciuda purității relativ ridicate a acestui drog la nivelul străzii, consumul general rămâne stabil, iar ratele debutului în consum par să fie scăzute. În schimb, în cazul cocainei mai mulți indicatori înregistrează în prezent tendințe crescătoare. Acest aspect este discutat mai pe larg în cele ce urmează. Pe de altă parte, pentru ambele substanțe, datele despre capturi sugerează unele modificări recente ale lanțului de producție, care pot avea implicații importante în viitor. În Europa se constată în continuare prelucrarea și extragerea secundară a cocainei din „materiale purtătoare”, ca și importul unor cantități mari din acest drog ascunse în containere maritime. În ceea ce privește heroina, o evoluție nouă constă în faptul că în mai multe țări europene au fost depistate și

desființate laboratoare care transformau morfina în heroină. Motivul existenței acestora este, probabil, disponibilitatea mai mare și costul considerabil mai mic în Europa al anhidridei acetice, un precursor chimic esențial pentru producerea heroinei, într-o perioadă în care recoltele de mac opiaceu sunt în creștere. Această evoluție ilustrează nu doar natura coordonată la nivel mondial a rețelelor moderne de producere a drogurilor, ci și necesitatea de a încadra intervențiile de combatere a drogurilor, cum ar fi controlul precursorilor, într-o perspectivă globală.

În mod similar, deși eforturile europene și internaționale de restricționare a producerii și disponibilității noilor substanțe psihoactive par să aibă un oarecare impact, s-au raportat și cazuri de fabricare a acestor substanțe și de realizare de comprimate cu acestea în interiorul granițelor europene. Până în prezent, aceste evoluții ale producției de droguri noi par a fi de mică amploare, însă schimbările din acest domeniu au potențialul de a avea un impact rapid asupra problemelor asociate drogurilor. Prin urmare, este nevoie de vigilență pentru ca Europa să fie pregătită să reacționeze mai bine în fața eventualelor amenințări viitoare în acest domeniu.

### | Vânzările pe internet: Europa pe o piață globală

Vânzarea de droguri pe internet reprezintă încă un bun exemplu al modului în care schimbările se pot produce rapid, punând în dificultate modelele existente de politici și intervenții și procedurile de monitorizare a drogurilor. Un recent raport comun al EMCDDA și Europol a analizat rolul pe care îl joacă furnizorii și consumatorii europeni pe această piață globală. Se estimează că furnizorii din UE au realizat aproape jumătate din vânzările de droguri realizate pe „darknet” în perioada 2011-2015. Vânzările online sunt în prezent mici în raport cu piața generală a drogurilor ilegale, dar par a fi în creștere. Deși atenția este adesea concentrată pe darknet, este evident și faptul că, pentru noile substanțe psihoactive și pentru abuzul de medicamente, platformele de comunicare socială și internetul de suprafață pot fi la fel de importante. Deosebit de îngrijorătoare este apariția unor noi substanțe din categoria benzodiazepinelor. Din 2015 până în prezent, în sistemul de alertă timpurie al UE au fost semnalate 14 benzodiazepine noi. Aceste substanțe nu sunt medicamente autorizate în Uniunea Europeană și se cunosc foarte puține lucruri despre toxicologia lor, dar probabil prezintă riscuri mai mari atunci când sunt utilizate împreună cu droguri ilegale sau cu alcool. Disponibilitatea benzodiazepinelor – atât a celor clasice, cât și a celor noi – pe piața drogurilor ilegale pare a fi în creștere în unele țări; despre aceste substanțe se știe că au un rol

important, dar adesea trecut cu vederea, în cazul deceselor asociate unei supradoze de opioide. Semnele recente care indică o posibilă creștere a consumului acestor substanțe în rândul tinerilor sunt deosebit de îngrijorătoare, acesta fiind un aspect care necesită investigații suplimentare, analizarea oportunității unor politici și eforturi de prevenire. Consumul de benzodiazepine în rândul consumatorilor de droguri predispuși unui risc ridicat este un subiect explorat într-un supliment online la acest raport.

### | Consecințele creșterii ofertei de cocaină

Creșterea producției de cocaină în America Latină pare să își facă simțită prezența și pe piața europeană. În unele țări, analiza apelor reziduale a oferit un avertisment timpuriu cu privire la creșterea disponibilității și a consumului acestui drog, creștere care se reflectă acum și în alte surse de date. Prețurile cocainei au rămas stabile, dar puritatea drogului este în prezent la cel mai înalt nivel înregistrat în Europa de peste un deceniu. De-a lungul timpului, cea mai mare parte a cocainei a intrat în Europa prin Peninsula Iberică. Capturile mari efectuate recent în alte zone sugerează că importanța relativă a acestei rute poate să se fi diminuat puțin, traficanții aducând din ce în ce mai multă cocaină în Europa și prin porturile mari în care sunt descărcate containere. În acest sens este demn de menționat faptul că, în 2016, Belgia a devenit țara cu cel mai mare volum de cocaină capturată, depășind Spania în acest clasament.

Per ansamblu, implicațiile consumului de cocaină pentru sănătatea publică sunt greu de măsurat, deoarece rolul acesteia atât în problemele acute, cât și în ceea ce privește efectele nocive pe termen lung asupra sănătății este dificil de monitorizat și adesea poate să nu fie recunoscut. Este însă de așteptat ca problemele să se agraveze în cazul în care va crește prevalența consumului, în special a modelelor de consum cu risc ridicat. Unul dintre semnele că acest lucru ar putea să se întâmple deja este creșterea observată a numărului de persoane admise pentru prima dată la tratament specializat pentru cocaină, deși acesta nu a revenit la nivelurile-ridicate înregistrate ultima dată cu un deceniu în urmă. O tendință îngrijorătoare, deși încă rară, este aceea a creșterii consumului raportat de cocaină crack, existând temeri că aceasta ar putea începe să afecteze mai multe țări. În general, avem încă nevoie să înțelegem mai bine ce constituie un tratament eficace pentru consumatorii de cocaină, inclusiv cel mai bun mod de răspuns în fața problemelor legate de cocaină care pot coexista cu dependența de opioide.

## Noile substanțe psihoactive continuă să amenințe sănătatea publică

Importanța pregătirii pentru a face față unor noi provocări este evidențiată de succesul sistemului de alertă timpurie al UE cu privire la noile substanțe psihoactive. Acest sistem a primit recunoaștere internațională pentru faptul că oferă Europei capacitatea, inexistentă în alte părți, de a identifica și de a reacționa la apariția drogurilor. Uniunea Europeană a adoptat recent o legislație consolidată în acest domeniu, ceea ce a crescut viteza de raportare, în timp ce sistemului continuă să i se alăture noi furnizori de informații. Noile substanțe psihoactive reprezintă o provocare dinamică pentru politica în materie de droguri. Sistemul monitorizează în total aproximativ 670 de substanțe, în fiecare an semnalându-se prezența a aproximativ 400 dintre acestea. Lista substanțelor care apar pe piața drogurilor continuă să crească, în Europa fiind raportată aproximativ câte o substanță psihoactivă nouă pe săptămână. Deși numărul substanțelor noi care își fac apariția este în scădere față de recordul atins în 2015, implicațiile negative ale consumului acestor droguri pentru sănătatea publică rămân puternice.

Ca urmare a apariției în Europa a unor opioide sintetice și a unor canabinoizi sintetici asociați cu decese și intoxicații acute, sistemul de alertă timpurie al UE a evaluat un număr fără precedent de substanțe din punctul de vedere al riscurilor pe care le prezintă pentru sănătatea publică. Acest proces poate declanșa un răspuns legislativ accelerat în întreaga Uniune Europeană. În 2017, datele au fost transmise și Organizației Mondiale a Sănătății, iar pentru unele dintre aceste substanțe se are în vedere în prezent punerea sub control la nivel internațional. În 2017 au fost investigați cinci derivați de fentanil. Aceste substanțe erau disponibile în numeroase forme inedite, inclusiv sub formă de inhalatoare nazale. De asemenea, au fost depistate uneori în amestec cu alte substanțe, de exemplu heroină, cocaină sau medicamente, deseori utilizatorii neștiind că le consumă. Apariția acestor droguri puternice, adesea cumpărate pe internet, pune în mare dificultate atât serviciile de sănătate, cât și pe cele de aplicare a legii. Substanțele sunt ușor de transportat și de ascuns, dintr-un volum mic putându-se obține adesea sute de mii de posibile doze de stradă. Din perspectiva sănătății, ele îngreunează și mai mult povara deja considerabilă a celorlalte decese atribuite opioidelor. În Statele Unite, derivații de fentanil au în prezent o contribuție majoră la criza actuală a opioidelor și, într-o perioadă scurtă de timp, au devenit substanțele asociate cel mai frecvent cu mortalitatea cauzată de supradoze. În Europa încă nu ne confruntăm cu o problemă de aceeași amploare, însă cazurile raportate către EMCDDA de decese și supradoze non-fatale asociate cu fentanilul și cu

derivații de fentanil care scapă controlului accentuează necesitatea unei supravegheri vigilente permanente.

## Canabinoizii sintetici sunt asociați din ce în ce mai frecvent unor probleme de sănătate

Ca urmare a raportărilor de efecte nocive asupra sănătății asociate noilor canabinoizi sintetici, sistemul de alertă timpurie al UE a efectuat încă patru evaluări de risc în 2017. Canabinoizii sintetici au fost asociați cu decese și cu intoxicații acute. Un raport recent al EMCDDA a atras atenția asupra problemelor de sănătate și securitate din ce în ce mai mari pe care le provoacă consumul acestor substanțe în unele închisori europene. De asemenea, s-a constatat că acestea pot trece uneori neobservate din cauza ușurinței cu care pot fi introduse aceste substanțe în închisori și a dificultăților întâmpinate în detectarea consumului.

Canabinoizii sintetici au fost comercializați pentru prima oară ca alternative legale la produsele naturale din cannabis, însă diferă în multe privințe. Dacă inițial au fost asociați mai mult cu consumul recreațional, în prezent se înregistrează un consum problematic de canabinoizi sintetici în rândul unor categorii sociale mai marginalizate, cum ar fi persoanele fără adăpost, deși per ansamblu înțelegerea tiparelor de consum al acestor droguri rămâne limitată. Acolo unde există informații, acestea arată că prevalența consumului de canabinoizi sintetici este în general scăzută, dar potențialul acestor substanțe de a provoca efecte nocive este considerabil. Un indiciu al acestui fapt poate fi observat în datele recente din Turcia, unde creșterea globală a numărului de decese provocate de droguri pare să fie determinată în parte de consumul canabinoizilor sintetici.

**Opioide sintetice  
și canabinoizi sintetici  
asociați cu decese  
și intoxicații acute**

## Schimbările de pe piața cannabisului generează noi provocări în materie de politici

Canabisul rămâne cel mai consumat drog ilegal din Europa. Preponderența acestui drog este evidentă din locul pe care îl ocupă în cadrul capturilor, al infracțiunilor la regimul drogurilor, al estimărilor prevalenței și al noilor admiteri la tratament. Evoluțiile din cele două Americi, printre care se numără și legalizarea drogului în unele jurisdicții, au condus la dezvoltarea rapidă a unei piețe comerciale a cannabisului, având drept rezultat inovații în ceea ce privește formele disponibile ale drogului și sistemele de administrare pentru consumul acestuia. Câteva dintre acestea sunt soiurile de cannabis cu potență ridicată, lichidele pentru țigări electronice și produsele comestibile. Piața legală pentru consum recreațional este însoțită de reglementări care permit accesul la cannabis în scopuri medicale sau terapeutice în unele jurisdicții. EMCDDA monitorizează aceste evoluții și oferă rezumate explicative ale politicilor, evidențiind unele dintre problemele generate de acestea spre a fi discutate în Europa. Printre acestea se numără posibilitatea ca unele dintre noile forme ale drogului să apară și pe piața europeană a drogurilor.

Evoluțiile din America de Nord au stârnit un nou val de interes cu privire la rolul jucat de cannabis în conducerea autovehiculelor sub influența drogurilor. În 2017, EMCDDA a găzduit cel de al treilea simpozion internațional pe tema conducerii autovehiculelor sub influența drogurilor. Raportul experților internaționali care au participat la această reuniune a subliniat dificultățile întâmpinate în elaborarea unor intervenții strategice eficiente în acest domeniu, subiectul fiind relevant pentru țări indiferent de statutul juridic al drogului.

Alte întrebări importante pentru definirea politicilor din acest domeniu sunt: ce constituie un tratament adecvat pentru tulburările asociate cannabisului, cum se pot obține sinergii politice cu strategiile de reducere a consumului de tutun și ce metode sunt eficiente pentru reducerea efectelor nocive în domeniu. Prevalența consumului de cannabis în Europa rămâne mare în comparație cu nivelurile înregistrate în trecut, iar în unele state membre ale UE s-au înregistrat creșteri în ultima perioadă. Tot la un nivel ridicat, care a crescut semnificativ în ultimul deceniu, se află și potența drogului, atât sub formă de iarbă, cât și sub formă de rășină. Pe lângă problemele de sănătate publică, există și îngrijorări legate de modul în care această piață ilegală majoră influențează siguranța comunităților și poate contribui la finanțarea criminalității organizate. Având în vedere numeroasele probleme implicate, definirea intervenției celei mai potrivite pentru consumul de cannabis este o sarcină de o complexitate crescândă, dar și din ce în

ce mai importantă. EMCDDA se angajează să îmbunătățească înțelegerea acestor probleme și să asigure informațiile exacte, științifice și imparțiale necesare unei dezbateri în cunoștință de cauză cu privire la acest subiect de politică dificil.

## Intervenții pentru supradozele de opioide: rolul naloxonei

În Europa, numărul deceselor prin supradoză de droguri rămâne ridicat, în majoritatea cazurilor fiind implicate opioide. Apariția derivaților de fentanil pe piața europeană a drogurilor adaugă greutate argumentelor deja considerabile în favoarea creșterii accesului la antagonistul opioidelor, naloxona. Există tot mai multe dovezi că disponibilitatea pe scară mai largă a acestei substanțe, combinată cu pregătirea pentru recunoașterea și intervenția în caz de supradoză, poate contribui la prevenirea deceselor în rândul consumatorilor de opioide. Prin urmare, furnizarea de naloxonă este recunoscută într-o măsură din ce în ce mai mare, în numeroase țări, ca element important în strategia acestora de reducere a numărului de supradoze. Disponibilitatea derivaților de fentanil crește și mai mult riscurile în acest domeniu, din cauza potenței lor și a faptului că pot să fie consumați de persoane care nu au mai consumat opioide sau să pună în pericol persoanele expuse accidental la aceste substanțe ca urmare a ocupației lor — de exemplu, pe agenții de aplicare a legii. Aceste evoluții indică necesitatea revizuirii urgente a politicilor actuale privind naloxona, a intensificării instruirii și a unei conștientizări sporite atât în rândul consumatorilor de droguri, cât și al profesioniștilor care ar putea întâlni această substanță. Revizuirea trebuie să țină seama și de faptul că noile formulări neinjectabile, cum ar fi spray-urile nazale, pot ajuta la utilizarea naloxonei într-o gamă mai largă de contexte.

## Penitenciarele: un cadru important pentru realizarea intervențiilor

Intervențiile care vizează consumul de droguri în spațiile asociate justiției penale reprezintă unul dintre subiectele abordate în publicația EMCDDA intitulată *Health and social responses to drug problems: a European guide* (Ghid european privind intervențiile sociale și în materie de sănătate la problemele legate de droguri). Perioada de

**Canabisul rămâne cel mai consumat drog ilegal din Europa**



## SCURTĂ PREZENTARE – ESTIMĂRI PRIVIND CONSUMUL DE DROGURI ÎN UNIUNEA EUROPEANĂ

### Canabis



#### Adulți (15-64)

Consum în ultimul an **24,1 milioane**  
7,2 %



Consum de-a lungul vieții **87,6 milioane**  
26,3 %



#### Adulți tineri (15-34)

Consum în ultimul an **17,2 milioane**  
14,1 %



Estimări naționale privind consumul din ultimul an

Minim 3,5 % Maxim 21,5 %

### Cocaină



#### Adulți (15-64)

Consum în ultimul an **3,5 milioane**  
1,1 %



Consum de-a lungul vieții **17,0 milioane**  
5,1 %



#### Adulți tineri (15-34)

Consum în ultimul an **2,3 milioane**  
1,9 %



Estimări naționale privind consumul din ultimul an

Minim 0,2 % Maxim 4,0 %

### MDMA



#### Adulți (15-64)

Consum în ultimul an **2,6 milioane**  
0,8 %



Consum de-a lungul vieții **13,5 milioane**  
4,1 %



#### Adulți tineri (15-34)

Consum în ultimul an **2,2 milioane**  
1,8 %



Estimări naționale privind consumul din ultimul an

Minim 0,2 % Maxim 7,4 %

### Amfetamine

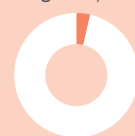


#### Adulți (15-64)

Consum în ultimul an **1,7 milioane**  
0,5 %



Consum de-a lungul vieții **11,9 milioane**  
3,6 %



#### Adulți tineri (15-34)

Consum în ultimul an **1,2 milioane**  
1,0 %



Estimări naționale privind consumul din ultimul an

Minim 0 % Maxim 3,6 %

### Opioide



Consumatori de opioide predispuși unui risc mare

**1,3 milioane**

Cereri de tratament pentru consum de droguri

Drog principal în aproximativ **36 %** din numărul total al cererilor de tratament pentru consumul de droguri din Uniunea Europeană



36 %

**628 000**

de consumatori de opioide au primit tratament de substituție în 2016

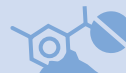
Supradoze fatale



84 %

Opioidele se regăsesc în **84 %** din cazurile de supradoză fatală

### Noi substanțe psihoactive

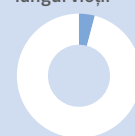


Elevi în vârstă de 15-16 ani din 24 de țări europene

Consum în ultimul an **3,0 %**



Consum de-a lungul vieții **4,0 %**



Sursa: Raportul ESPAD 2015, tabele suplimentare.

după eliberarea din închisoare este o perioadă cu risc ridicat pentru persoanele cu antecedente de consum de opioide. În replică la această problemă, mai multe țări au conceput programe inovatoare care oferă naloxonă și instruire persoanelor eliberate. Pe lângă furnizarea de naloxonă, îndrumarea către serviciile comunitare care oferă tratament și asistență socială corespunzătoare reprezintă intervenții recunoscute ca esențiale în acest domeniu. Acest lucru evidențiază rolul sistemului de justiție penală în general și al penitenciarelor în special ca spațiu critic pentru soluționarea problemelor cu care se confruntă consumatorii predispuși unui risc ridicat. Evaluarea consumatorilor de droguri și satisfacerea nevoilor sociale și de sănătate ale acestora înainte de eliberarea lor din închisoare poate aduce un avantaj semnificativ pentru comunitate.

Un exemplu în acest sens este potențiala valoare a extinderii analizelor și a tratamentelor pentru boli infecțioase în rândul populației din penitenciare. Acest demers a dobândit o importanță deosebită ca urmare a angajamentului Uniunii Europene de a elimina virusul hepatitei C. Injectarea drogurilor este forma predominantă de transmitere a acestei infecții. În prezent sunt disponibile noi terapii eficiente, dar asigurarea accesului la ele a persoanelor infectate rămâne o provocare. Penitenciarele și serviciile de tratament pentru consumul de droguri au un rol important în identificarea persoanelor infectate cu VHC. În 2018, EMCDDA va sprijini o nouă inițiativă de sensibilizare și de încurajare a accesului la analize și la tratament pentru hepatita C, în vederea soluționării acestei probleme majore asociate consumului de droguri.

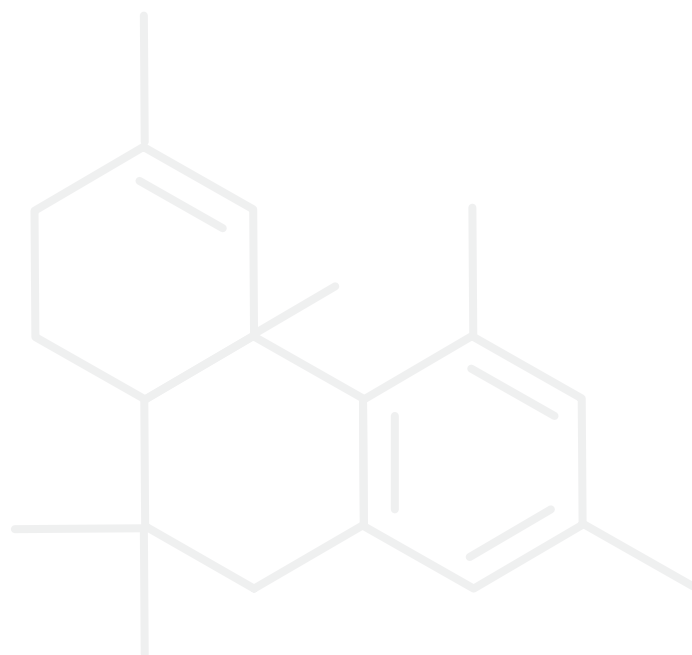
### Asigurarea faptului că monitorizarea continuă să țină seama de versatilitatea problemelor asociate drogurilor

Deși calitatea datelor privind disponibilitatea noilor substanțe psihoactive este în curs de îmbunătățire, estimarea cererii pentru aceste substanțe în Europa rămâne dificil de realizat. Aceste dificultăți sunt amplificate dacă luăm în considerare și abuzul de medicamente deturnate, contrafăcute sau neautorizate.

O observație importantă este aceea că instrumentele de monitorizare existente pot fi insensibile la unele schimbări importante apărute în modelele de consum de droguri.

Pentru a ține pasul cu aceste schimbări, sunt necesare investiții suplimentare în metodele de monitorizare noi sau consacrate, cum ar fi analiza apelor reziduale, anchete pe internet și studii de stabilire a tendințelor. EMCDDA a publicat recent rezultatele evaluării anuale a urmelor de droguri din apele reziduale colectate în orașe din 19 țări europene, demonstrând utilitatea acestor surse complementare de informații în furnizarea unei imagini mai actuale a tendințelor în materie de droguri decât cea oferită de sursele de date mai tradiționale.

Pe lângă faptul că sprijină culegerea de date în Europa, Uniunea Europeană depune eforturi și pentru a ajuta țările terțe să își dezvolte capacitatea de monitorizare. Printre inițiativele în acest sens se regăsesc și proiecte de asistență tehnică finanțate de Comisia Europeană pentru țările candidate, potențial candidate și învecinate. Aceste activități sunt importante nu numai pentru că problemele asociate drogurilor complică problemele de sănătate și de securitate cu care se confruntă țările aflate la frontierele UE, ci și pentru că evoluțiile din aceste țări influențează și interacționează cu problemele cu care se confruntă înseși statele noastre membre din cauza drogurilor. Prin urmare, analiza prezentată în Raportul european privind drogurile de anul acesta recunoaște explicit că, pentru a înțelege provocările actuale și viitoare la adresa agendei politice a Europei în materie de sănătate și de securitate pe care le presupune consumul de droguri, este necesar să înțelegem și dimensiunile globale ale acestei probleme.





# 1

**La nivel mondial,  
Europa este o piață importantă  
pentru droguri**

# Oferta de droguri și piața

La nivel mondial, Europa este o piață importantă pentru droguri, alimentată atât de producția internă, cât și prin traficul de droguri din alte regiuni ale lumii. America de Sud, vestul Asiei și nordul Africii sunt surse importante pentru drogurile ilegale care pătrund 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 de producție pentru cannabis și pentru drogurile sintetice; producția de cannabis este destinată în special consumului local, în timp ce unele droguri sintetice sunt produse pentru a fi exportate către alte părți ale lumii.

În multe țări europene există piețe considerabile pentru cannabis, heroină și amfetamine încă din anii 1970 și 1980. De-a lungul timpului, și alte substanțe 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 îngreunată de lipsa datelor 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 interceptare. Seturile complete de date și notele metodologice extinse pot fi consultate online în Buletinul statistic.

Tot în acest capitol sunt prezentate date privind notificările și capturile de noi substanțe psihoactive introduse în sistemul de alertă timpurie al UE de partenerii naționali ai EMCDDA și ai Europol. Întrucât aceste informații sunt extrase mai degrabă din rapoarte de caz decât din sisteme de monitorizare sistematică, capturile indicate reprezintă estimări minime. Pe site-ul EMCDDA, la secțiunea [Action on new drugs](#) (Acțiuni privind drogurile noi), se găsește o descriere completă a sistemului de alertă timpurie al UE.

FIGURA 1.1

## Piețele drogurilor ilegale din Europa: complexe și multistratificate

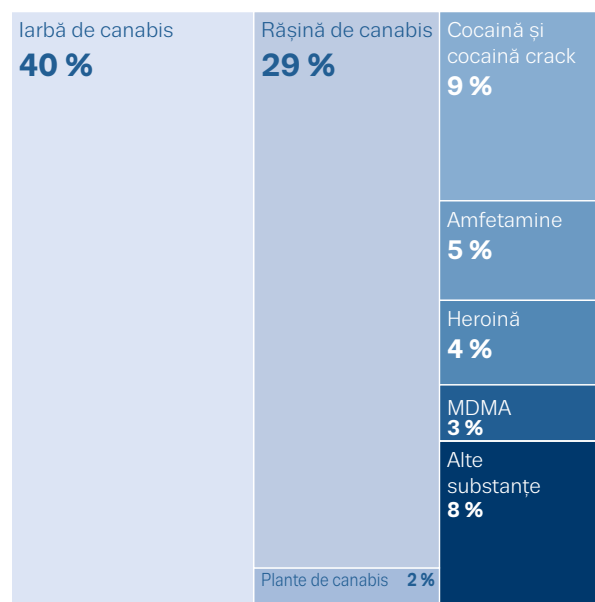
Piețele drogurilor ilegale sunt sisteme complexe de producție și distribuție, care generează sume mari de bani la diferite niveluri. Natura unei astfel de piețe o face să fie dificil de monitorizat, însă o estimare conservatoare evaluează piața europeană cu amănuntul a drogurilor ilegale la 24 de miliarde EUR în 2013, din care partea cea mai mare îi revine canabisului (38 %), urmat de heroină (28 %) și de cocaină (24 %).

Chiar dacă piețele offline sunt încă predominante, în ultimii ani piețele online au devenit din ce în ce mai importante ca platforme de comercializare și distribuție a drogurilor ilegale. Acest lucru a oferit noi oportunități de monitorizare a unui sector al activității de piață. O analiză recentă a EMCDDA și a Europol a identificat peste 100 de piețe globale de tip darknet, în care vânzătorii și cumpărătorii folosesc diferite tehnologii pentru a-și ascunde identitatea. Se estimează că două treimi din totalul achizițiilor derulate pe aceste piețe au fost legate de droguri. În perioada 2011-2015, furnizorii din UE au generat aproximativ 46 % din veniturile obținute din droguri pe aceste piețe, cea mai mare parte a acestor venituri fiind realizată de vânzătorii din Germania, Țările de Jos și Regatul Unit. Majoritatea vânzărilor europene de droguri de pe piețele darknet cuprind droguri stimulante. Piețele darknet facilitează în principal vânzările cu volum redus sau direct către consumatori, deși analiza uneia dintre piețe, Alphabay, a constatat că o parte din achizițiile de MDMA, într-o proporție mai mare decât în cazul altor droguri, par să fi fost efectuate cu intenția revânzării.

## Peste un milion de capturi de droguri ilegale

Capturile de droguri ilegale efectuate de agențiile de aplicare a legii reprezintă un indicator important al piețelor drogurilor, în 2016 fiind raportate peste 1 milion de capturi de droguri ilegale în Europa. Majoritatea capturilor raportate constau în 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, confiscate de la traficanți și de la producători. Drogul capturat cel mai frecvent este canabisul, reprezentând peste 70 % din numărul total al capturilor efectuate în Europa (figura 1.1.). Cele trei țări care raportează cel mai mare număr de capturi, care adunate reprezintă mai mult de 60 % din totalul capturilor de droguri din Uniunea Europeană, sunt Spania, Regatul Unit și Franța.

Numărul capturilor de droguri raportate, după drogul capturat, 2016



În schimb, pentru Țările de Jos și Polonia nu sunt disponibile date privind numărul de capturi, iar pentru Germania, Irlanda și Slovenia cele mai recente date disponibile sunt cele din 2015, ceea ce adaugă un grad de incertitudine analizei.

## Canabisul: predomină capturile de rășină, dar cantitatea de iarbă este în creștere

Principalele două produse pe bază de canabis care se găsesc pe piața europeană a drogurilor sunt iarbă de canabis („marijuana”) și rășina de canabis („hașiș”), în timp ce uleiul de canabis este, prin comparație, rar. Produsele pe bază de canabis dețin cea mai mare cota (38 %) din piața cu amănuntul a drogurilor ilegale din Uniunea Europeană, având o valoare minimă estimată la 9,3 miliarde EUR (intervalul probabil: 8,4-12,9 miliarde EUR). Iarbă de canabis care se consumă în Europa provine atât din cultura internă, cât și din traficul cu alte țări; cea care este produsă în Europa se cultivă mai ales în spații interioare. Rășina de canabis, deși se produce din ce în ce mai mult în Europa, este în cea mai mare parte importată, în special din Maroc, rapoartele indicând faptul că Libia a devenit un centru important pentru traficul de rășină. În plus, Balcanii de Vest reprezintă o sursă atât pentru iarbă de canabis, cât și pentru uleiul de canabis.

În 2016, în Uniunea Europeană au fost raportate 763 000 de capturi de produse pe bază de canabis, dintre care 420 000 de iarbă, 317 000 de rășină și 22 000 de capturi constând în plante de canabis. Începând din 2009, numărul capturilor de iarbă de canabis îl depășește pe cel

al capturilor de rășină, iar din 2011 atât numărul capturilor de rășină, cât și cel al capturilor de iarbă prezintă tendințe relativ stabile (figura 1.2). Cantitatea de rășină de canabis capturată este însă de peste 3 ori mai mare decât cea de plantă de canabis (424 de tone comparativ cu 124 de tone). Această diferență este explicată, în parte, de faptul că cea mai mare parte din traficul rășinii de canabis are loc în cantități mari, pe distanțe lungi și transfrontalier, ceea ce îl face mai vulnerabil la interceptare. Atunci când se analizează cantitățile de canabis capturate, se observă câteva 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 trei sferturi (76 %) din cantitatea totală capturată în Uniunea Europeană în 2016 (figura 1.3).

Creșterea cantităților de iarbă de canabis capturate în 2016 este legată în parte de creșterile raportate în Spania,

Grecia și Italia. Și Turcia a raportat capturarea unei cantități mai mari de iarbă de canabis în 2016 (111 tone) față de 2015.

Capturile de plante de canabis pot fi considerate un indicator al producției acestui drog într-o anumită țară. Totuși, din cauza diferențelor existente între țări în ceea ce privește atât practicile de raportare, cât și prioritățile în materie de asigurare a respectării legii și resursele alocate în acest sens, datele referitoare la capturile de plante de canabis trebuie analizate cu precauție. Numărul de plante capturate în Europa a atins un maxim de 11,5 milioane în 2015, ca urmare a interceptărilor intensive realizate de Țările de Jos în acel an, apoi a scăzut la 3,3 milioane de plante în 2016, nivel similar anilor anteriori. În 2016 s-au raportat 1 200 de capturi de ulei de canabis, de aproape patru ori mai mult decât în 2015, cele mai mari cantități fiind capturate de Turcia (53 de litri) și Danemarca (14 litri).

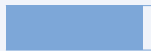
## CANABIS



### RĂȘINĂ

#### Capturi

Număr

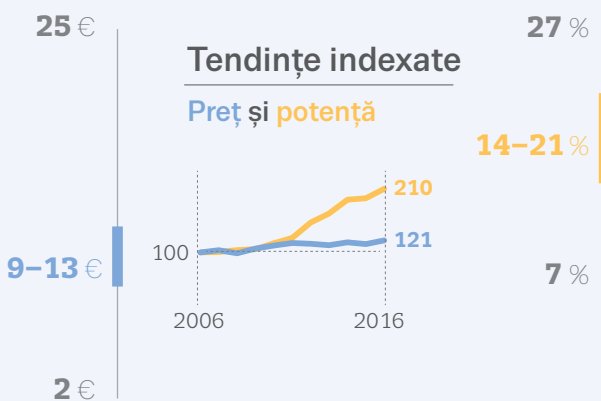
**317 000** UE  **332 000** UE + 2

Cantitate

**424** UE  **463** UE + 2

#### Preț

(EUR/g)



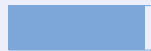
#### Potență

(% THC)

### IARBĂ

#### Capturi

Număr

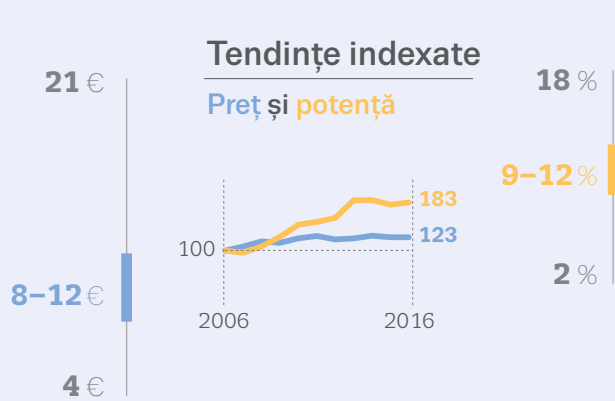
**420 000** UE  **454 000** UE + 2

Cantitate

**124** UE  **235** UE + 2

#### Preț

(EUR/g)



#### Potență

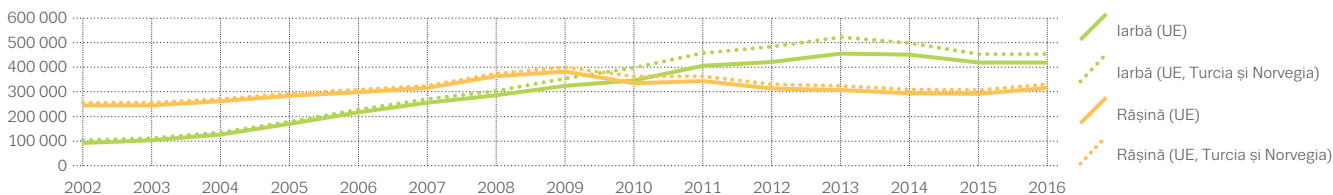
(% THC)

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

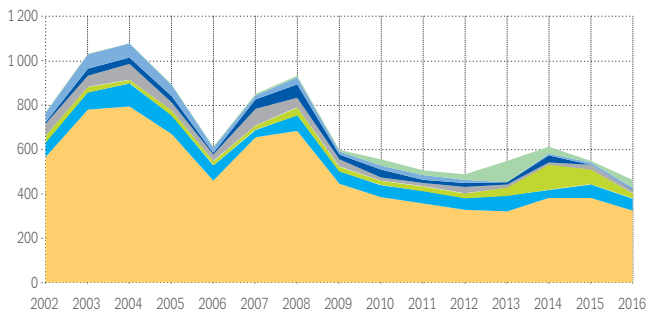
FIGURA 1.2

Tendințe privind numărul capturilor de canabis și cantitatea capturată: rășină și iarbă

Număr de capturi

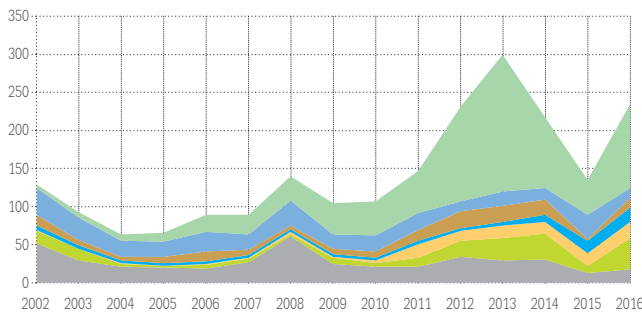


Rășină (tone)



Turcia Regatul Unit Portugalia Alte țări  
Italia Franța Spania

Iarbă (tone)



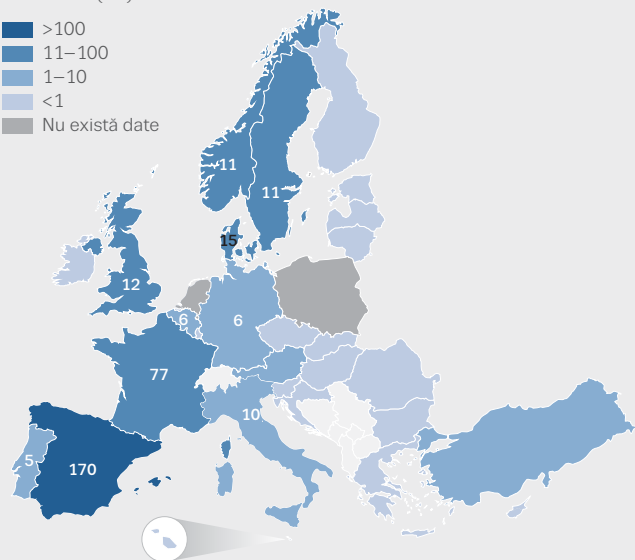
Turcia Regatul Unit Grecia Franța  
Spania Italia Alte țări

FIGURA 1.3

Capturile de rășină de canabis și iarbă de canabis, 2016 sau cel mai recent an

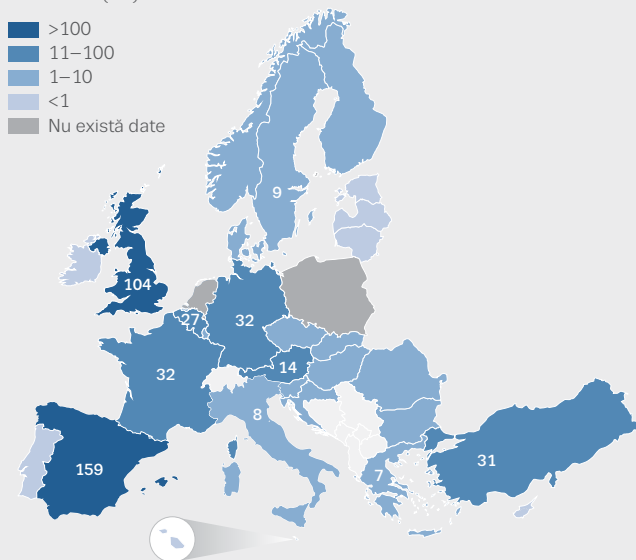
Numărul capturilor de rășină de canabis (mii)

>100  
11–100  
1–10  
<1  
Nu există date



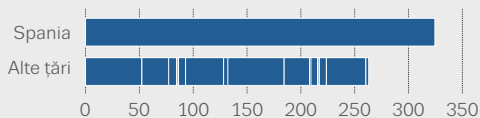
Numărul capturilor de iarbă de canabis (mii)

>100  
11–100  
1–10  
<1  
Nu există date

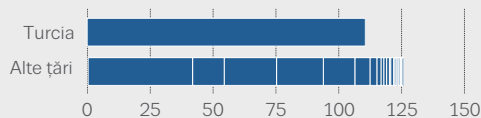


NB: Numărul de capturi (exprimat în mii) în cele zece țări care au înregistrat cele mai mari valori.

Cantitatea de rășină de canabis capturată (tone)



Cantitatea de iarbă de canabis capturată (tone)





Analiza tendințelor indexate din țările care raportează în mod sistematic arată creșteri semnificative ale potenței (conținutul de tetrahidrocanabinol, THC) atât în cazul ierbii, cât și în cazul rășinii de cannabis după anul 2006. Potența ambelor forme a crescut până în 2013, când cea a ierbii de cannabis s-a stabilizat, în timp ce potența rășinii a continuat să crească. Printre factorii determinanți ai potenței din ce în ce mai mari a rășinii se numără introducerea unor tehnici de producție intensive în Europa, introducerea unor plante cu potență ridicată și a unor tehnici noi în Maroc, precum și noile produse de rășină pe bază de soiuri multiple sau de plante hibride. Deși în medie rășina are o potență mai mare decât iarba, datele sugerează că prețurile celor două sunt similare.

### Capturile de heroină: cantitatea este în scădere

Heroina este opioidul întâlnit cel mai frecvent pe piața europeană a drogurilor, valoarea minimă a vânzărilor cu amănuntul fiind estimată la 6,8 miliarde EUR (intervalul probabil: 6,0-7,8 miliarde EUR) în 2013. 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 disponibile pe piețele ilegale se numără opiul și medicamente precum morfina, metadona, buprenorfina, tramadolul și diverși derivați de fentanil. Este posibil ca unele opioide să fie extrase din

surse farmaceutice legitime, în timp ce altele sunt fabricate ilegal.

Afganistanul rămâne cel mai mare producător ilegal de opiu din lume și se consideră că cea mai mare parte a heroinei găsite în Europa a fost produsă acolo sau în țările vecine Iran sau Pakistan. Până de curând, producția de opioide ilegale din Europa se limita la fabricarea artizanală de produse din mac în câteva țări estice. Însă descoperirea, în ultimii ani, a mai multor laboratoare de transformare a morfinei în heroină în Țările de Jos, Spania și Republica Cehă arată că o anumită cantitate de heroină este produsă și în Europa. Această schimbare poate reflecta încercarea furnizorilor de a reduce costurile prin derularea ultimelor etape ale producției de heroină în Europa, unde unii precursori, cum ar fi anhidrida acetică, se pot obține la prețuri mai mici decât în țările producătoare de opiu. Producerea drogului în apropierea pieței de consum ar putea avea ca scop și reducerea riscurilor de interceptare.

## HEROINĂ

### Capturi

Număr

**38 000** UE  **47 000** UE + 2

Cantitate

**4,3** UE  **9,9** UE + 2

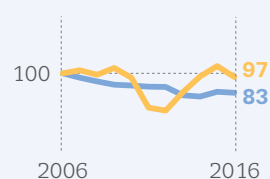
### Preț

(EUR/g)

**140** €  
**35-65** €  
**22** €

### Tendințe indexate

Preț și puritate



### Puritate

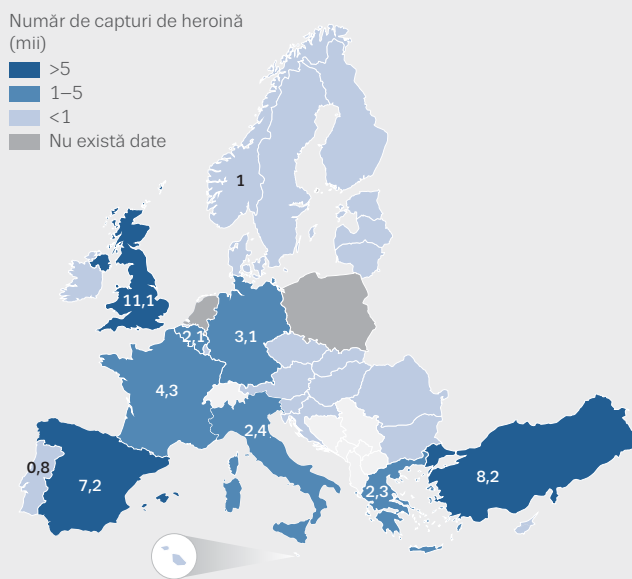
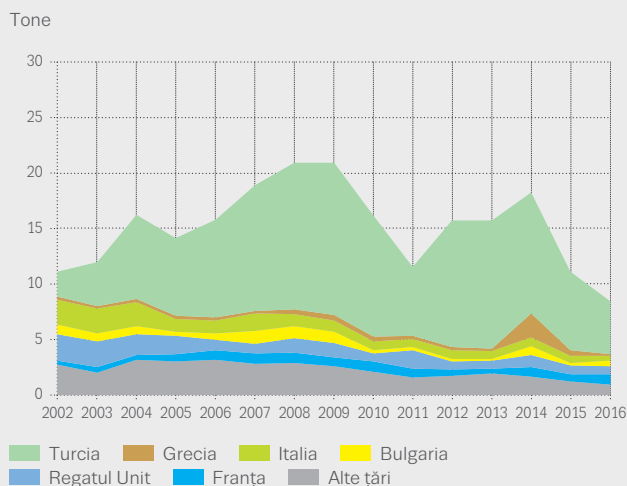
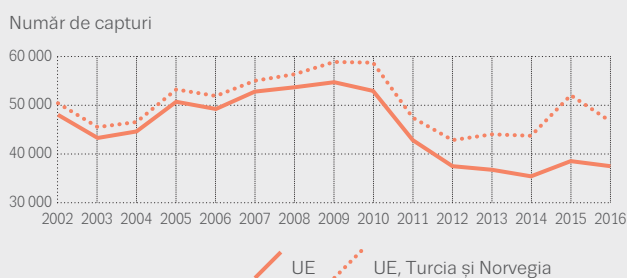
(%)

**41** %  
**15-29** %  
**11** %

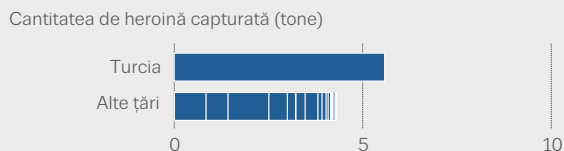
NB: UE + 2 cuprinde statele membre ale UE împreună cu Turcia și Norvegia. Prețul și puritatea „heroinei brune”: valori medii naționale – minim, maxim și interval intercuartil. Țările incluse variază în funcție de indicator.

FIGURA 1.4

Numărul capturilor de heroină și cantitățile capturate: tendințe și situația din 2016 sau din cel mai recent an



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



Heroina pătrunde în Europa pe patru rute principale de trafic, cele mai importante fiind „ruta balcanică” și „ruta sudică”. Prima dintre acestea traversează Turcia, trece prin țările balcanice (Bulgaria, România sau Grecia) și continuă 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. Alte rute sunt „ruta nordică” și o rută care trece prin sudul Caucazului și traversează Marea Neagră.

Piețele drogurilor din mai multe țări europene au înregistrat o scădere a disponibilității heroinei în perioada 2010-2011, evidențiată de o diminuare generală a capturilor din 2009 până în 2014, urmată de o stabilizare în 2015 și 2016. Între 2002 și 2014, cantitatea de heroină capturată în Uniunea Europeană s-a înjumătățit, de la 10 la 5 tone, iar în ultimii ani s-a stabilizat, în 2016

TABELUL 1.1

Capturi de alte opioide decât heroina în 2016

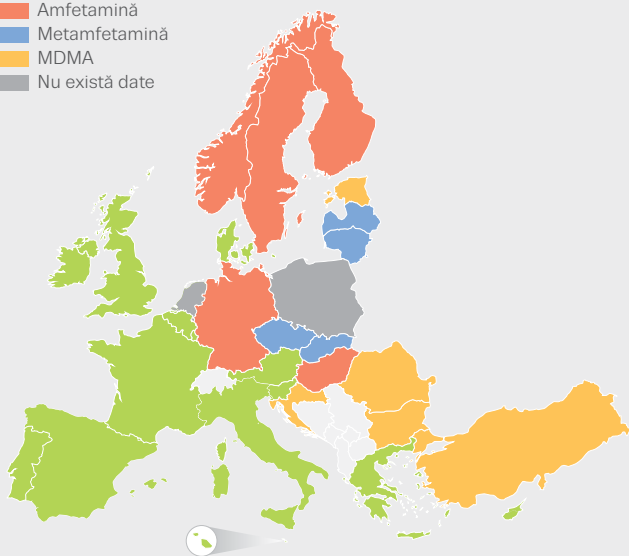
Opioid	Număr	Cantitate			Număr de țări
		Kilograme	Litri	Comprimate	
Metadonă	1 245	21,75	1,84	115 906	16
Buprenorfină	3 523	1,94	0,0005	69 373	16
Tramadol	3 553	2,03		63 412 688	16
Derivați de fentanil	738	1,55	1,2	11 792 (*)	12
Morfină	225	11,08		4 201	13
Opiu	335	327,5			10
Codeină	339	20,65		9 506	9
Oxicodonă	12	0,005		107	6

(\*) Plasturi sau timbre.

FIGURA 1.5

Drogurile stimulante cel mai frecvent capturate în Europa, 2016 sau cele mai recente date

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



înregistrându-se 4,3 tone. Turcia continuă să captureze mai multă heroină decât toate celelalte țări europene la un loc (figura 1.4), deși cantitatea de heroină capturată în Turcia a scăzut de la 8,3 tone în 2015 la 5,6 tone în 2016. Dintre țările care raportează în mod sistematic, tendințele indexate sugerează că, după o perioadă de creștere rapidă de la un nivel minim în 2012, puritatea heroinei în Europa a scăzut în 2016 față de 2015, iar prețul s-a redus pe parcursul ultimului deceniu.

Pe lângă 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 tramadol, buprenorfină și metadonă (a se vedea tabelul 1.1). În 2016

s-a înregistrat o creștere puternică a numărului de comprimate de tramadol capturate și, de asemenea, s-au capturat cantități mult mai mari de derivați de fentanil.

### Piața drogurilor stimulante din Europa: diferențe regionale

Principalele droguri stimulante ilegale disponibile în Europa sunt cocaina, amfetamina, metamfetamina și MDMA. În 2013 se estima că valoarea pieței cu amănuntul a drogurilor stimulante din Uniunea Europeană se încadrează între 6,3 miliarde EUR și 10,2 miliarde EUR. Există diferențe regionale pronunțate în ceea ce privește drogul stimulant capturat cel mai frecvent (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 capturat cel mai frecvent în multe țări vestice și sudice, în timp ce în Europa de Nord și de Est predomină capturile de amfetamine și de MDMA.

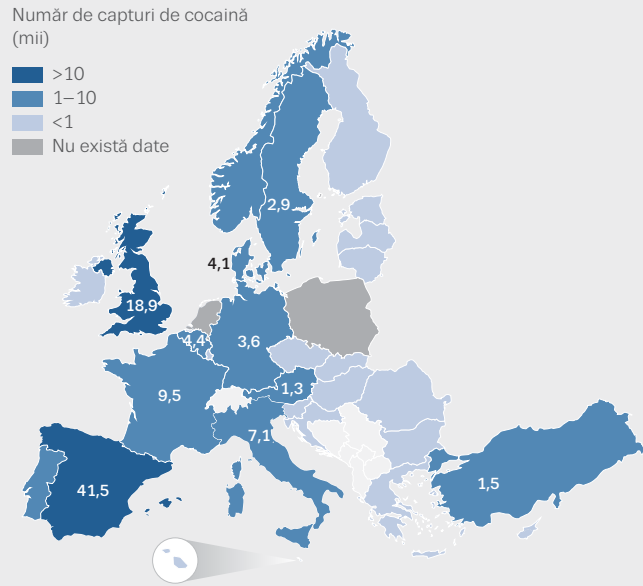
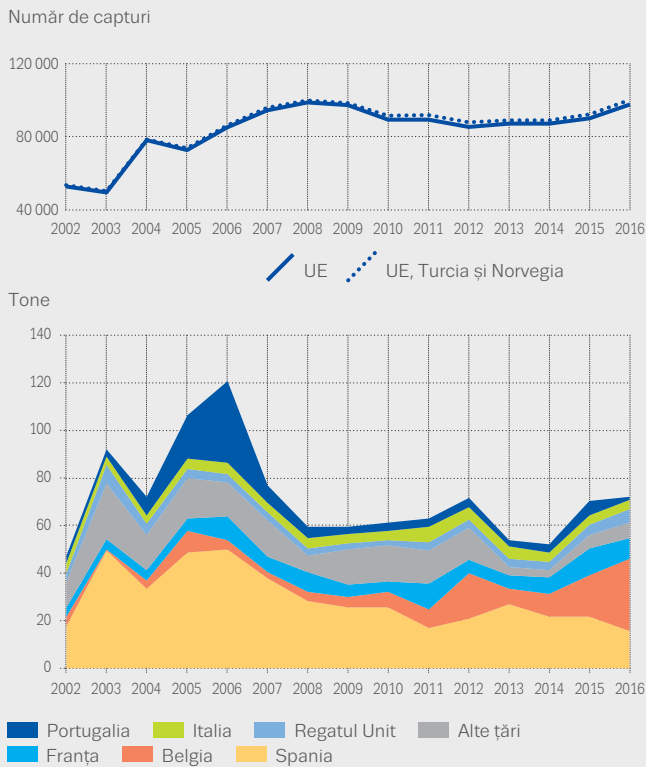
### Piața cocainei: în permanentă revigorare

În Europa sunt disponibile două forme de cocaină, cea mai comună fiind pudra (forma de sare). Cocaina crack, o formă a drogului care se poate fuma (o bază liberă), este disponibilă mai rar. Obținută din frunzele arborelui de coca, cocaina este produsă în principal în Bolivia, Columbia și Peru, de unde este transportată în Europa cu diverse mijloace, printre care zboruri de pasageri, transporturi aeriene de marfă, servicii poștale, aeronave private, iahturi și containere maritime. În 2013, piața cu amănuntul a cocainei din Uniunea Europeană era estimată la cel puțin 5,7 miliarde EUR.

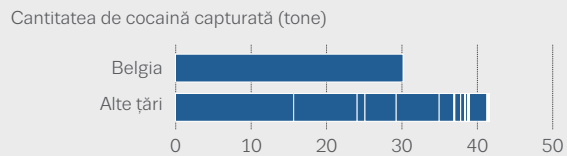
**Heroina este opiodul întâlnit cel mai frecvent pe piața europeană a drogurilor**

## FIGURA 1.6

Numărul capturilor de cocaină și cantitatea capturată: tendințe și situația din 2016 sau din cel mai recent an



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



În total, în 2016 s-au raportat aproximativ 98 000 de capturi de cocaină în Uniunea Europeană, totalizând 70,9 tone. Comparativ cu anul precedent, s-a observat o ușoară creștere a cantității de cocaină capturată în 2016 și o creștere mai accentuată a numărului de capturi (vezi figura 1.6). Cu capturi de aproximativ 30 de tone de

cocaină sau 43 % din totalul estimat al UE din 2016, Belgia a luat locul Spaniei (15,6 tone) în vârful clasamentului țărilor care raportează cele mai mari capturi anuale din acest drog. Capturi totale de peste 5 tone de cocaină au fost raportate și de Franța (8,5 tone) și de Regatul Unit (5,7 tone). Per ansamblu, tendințele indexate sugerează că

## COCAINĂ

### Capturi

Număr

**98 000** UE    **100 000** UE + 2

Cantitate

**70,9** UE    **71,8** UE + 2

### Preț

(EUR/g)

105 €  
57–76 €  
44 €

### Puritate

(%)

#### Tendințe indexate

Preț și puritate

116  
94  
2006 2016

84 %  
51–73 %  
40 %

NB: 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.

tendința ascendentă a purității cocainei, observată începând din 2010, a continuat în 2016, când a ajuns la cel mai înalt nivel din ultimul deceniu.

În Europa au fost capturate și alte produse pe bază de coca în 2016, printre care 569 de kilograme de lichid cu conținut de cocaină și 3 de kilograme de frunze de coca. În plus, capturarea a 79 de kilograme de pastă de coca în Spania și a încă 7 kilograme în Italia sugerează existența unor laboratoare ilegale care produc clorhidrat de cocaină în Europa. Acest element nou indică o schimbare a tacticilor de producție ale anumitor organizații infracționale, majoritatea laboratoarelor de cocaină descoperite în trecut în Europa fiind „unități de extracție secundare”, în care cocaina era recuperată din materialele în care fusese încorporată (de exemplu, vinuri, haine, articole din plastic).

### Producția de droguri: evoluții în ceea ce privește substanțele precursoroare

Precursorii drogurilor sunt substanțe chimice necesare pentru fabricarea drogurilor ilegale. Deoarece multe dintre acestea au utilizări legale, ele nu sunt interzise, dar comercializarea lor este monitorizată și controlată prin reglementări ale UE care clasifică anumite substanțe chimice (adică le adaugă la lista substanțelor controlate).

Disponibilitatea precursorilor are un impact puternic asupra pieței drogurilor sintetice, precum și asupra metodelor de producție utilizate în laboratoarele ilegale. Tehnicile de producție evoluează în permanență pentru a eluda controalele, iar schimbările presupun de obicei utilizarea de substanțe chimice neclasificate pentru a produce droguri sintetice sau precursori ai acestora, cum ar fi substanța N-t-BOC-MDMA (N-terț-butiloxycarbonil-MDMA) depistată recent. Prelucrarea suplimentară necesită mai multe substanțe chimice și creează mai multe deșeuri, ceea ce ar putea duce la deteriorarea mediului.

Datele cu privire la capturi și la transporturile de precursori de droguri oprite confirmă utilizarea atât a unor substanțe clasificate, cât și a unora neclasificate pentru producerea de droguri ilegale în Uniunea Europeană, în special pentru amfetamine și MDMA (tabelul 1.2). Clasificarea precursorului de BMK (benzil-metil-cetonă) denumit APAAN (alfa-fenilacetoacetoneitril), introdusă spre sfârșitul anului 2013, continuă să aibă efect, capturile scăzând de la 48 000 de kilograme în 2013 la aproximativ 600 de kilograme în 2016. Capturile de APAA (alfa-fenilacetoacetamidă) și derivați glicidici ai BMK, substanțe alternative care pot fi la rândul lor transformate în BMK, au crescut brusc în 2016 după ce fuseseră raportate pentru prima dată în 2015.

TABELUL 1.2

Sinteza capturilor și a transporturilor oprite de precursori clasificați în UE și de substanțe chimice neclasificate utilizate la producerea anumitor droguri sintetice în Uniunea Europeană, 2016

Clasificate/neclasificate	Capturi		Transporturi oprite		TOTALURI	
	Număr	Cantitate	Număr	Cantitate	Număr	Cantitate
<b>MDMA sau substanțe înrudite</b>						
PMK (litri)	8	1 077	0	0	8	1 077
Safrol (litri)	5	63	0	0	5	63
Piperonal (kg)	2	1	4	7 700	6	7 701
Derivați glicidici ai PMK (kg)	16	5 905	1	1 000	17	6 905
N-t-BOC-MDMA (kg)	1	123	0	0	1	123
<b>Amfetamină și metamfetamină</b>						
Efedrină, vrac (kg)	33	64	0	0	33	64
BMK (litri)	24	2 506	0	0	24	2 506
Pseudoefedrină, vrac (kg)	12	20	0	0	12	20
APAAN (kg)	7	597	0	0	7	597
PAA, acid fenilacetic (kg)	0	0	5	112	5	112
APAA (kg)	27	5 884	2	2 025	29	7 909
Derivați glucidici ai BMK (kg)	19	3 290	0	0	19	3 290

Capturile de PMK (piperonil-metil-cetonă) și capturile de substanțe chimice neclasificate utilizate pentru fabricarea MDMA au crescut de asemenea în 2016. Capturile de PMK din Franța, cele de derivați ai acidului glicidic al PMK din Bulgaria și transporturile oprite de precursori din Spania indică faptul că rutele de trafic se diversifică.

### Amfetamina și metamfetamina: capturile rămân la un nivel stabil

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

Ambele droguri se produc în Europa pentru piața europeană. Există indicii că amfetamina este produsă în principal în Belgia, în Țările de Jos și în Polonia, iar într-o mai mică măsură în statele baltice și în Germania. Unele dintre aceste țări au anunțat că au desființat laboratoare în care avea loc faza finală de producție, transformarea uleiului de bază al amfetaminei în sulfat de amfetamină. Acest lucru indică schimbarea locului în care are loc această etapă a procesului de fabricație. Se presupune că schimbarea este determinată de preferința anumitor grupuri de a trafica lichide în locul produsului finit, pentru a evita interceptarea.

O parte din amfetamină este fabricată pentru a fi exportată, în principal în Orientul Mijlociu, în Extremul Orient și în Oceania. În ultima perioadă au crescut și capturile de comprimate de amfetamină cu sigla „Captagon”, în special în Turcia, unde au fost capturate peste 13 milioane de comprimate în 2016.

## AMFETAMINE



### AMFETAMINĂ

#### Capturi

Număr

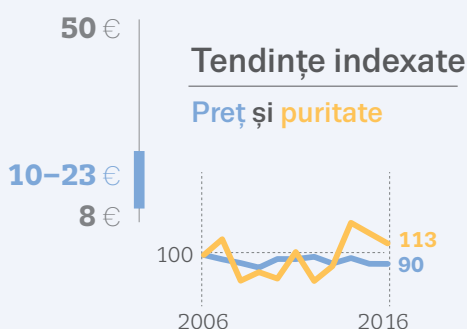
**34 000** UE  **39 000** UE + 2

Cantitate

**5,7** UE  TONE **9,5** UE + 2

#### Preț

(EUR/g)



#### Puritate

(%)

**61 %**  
**20-31 %**  
**14 %**

### METAMFETAMINĂ

#### Capturi

Număr

**9 000** UE  **14 000** UE + 2

Cantitate

**0,5** UE  TONE **0,8** UE + 2

#### Preț

(EUR/g)

**170 €**  
**19-71 €**  
**15 €**

#### Puritate

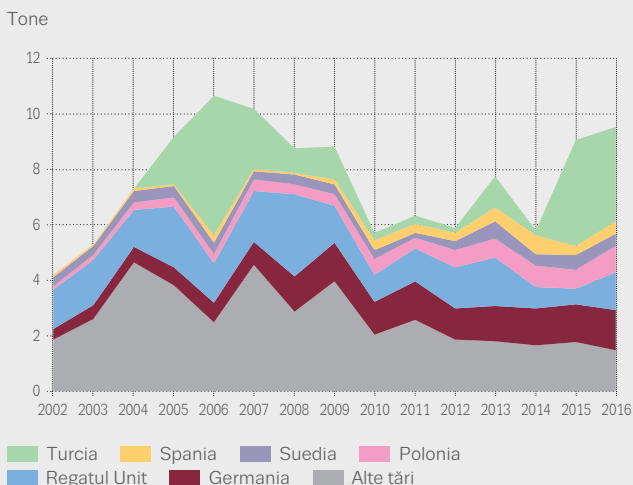
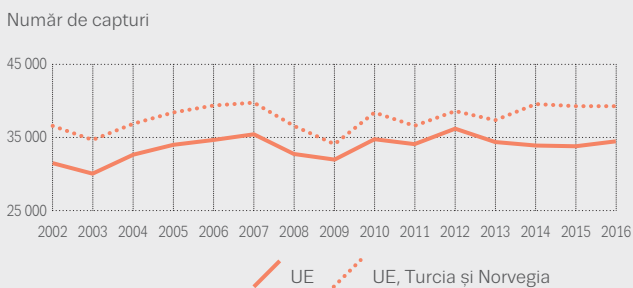
(%)

**73 %**  
**25-58 %**  
**22 %**

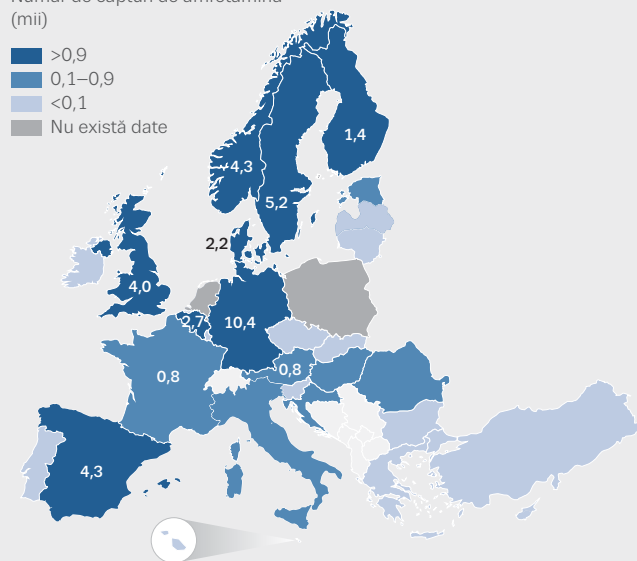
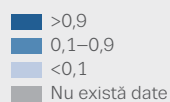
NB: UE + 2 cuprinde statele membre ale UE împreună cu Turcia și Norvegia. Prețul și puritatea amfetaminelor: valori medii naționale – minim, maxim și interval intercuartil. Țările incluse variază în funcție de indicator. Nu sunt disponibile tendințe indexate pentru metamfetamină.

FIGURA 1.7

Numărul capturilor de amfetamină și cantitatea capturată: tendințe și situația din 2016 sau din cel mai recent an

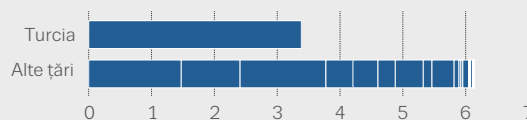


Număr de capturi de amfetamină (mii)



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

Cantitatea de amfetamină capturată (tone)



Republica Cehă și, mai recent, zonele de frontieră ale țărilor vecine reprezintă de multă vreme sursa unei mari cantități din metamfetamina existentă în Europa. În Republica Cehă, metamfetamina este produsă în principal din precursorul pseudoefedrină, care se extrage din medicamente importate în special din Polonia sau, din ce în ce mai mult, din alte regiuni cu tranzitarea Poloniei. Drogul poate fi produs și prin utilizarea BMK. În 2016, dintre cele 291 de laboratoare ilegale de metamfetamină descoperite în Uniunea Europeană, 261 se aflau în Republica Cehă. Predomină laboratoarele de mici dimensiuni, care alimentează piața internă, dar au fost raportate și unități de producție la scară largă în care sunt implicate grupuri infracționale organizate care produc metamfetamină pentru alte țări europene.

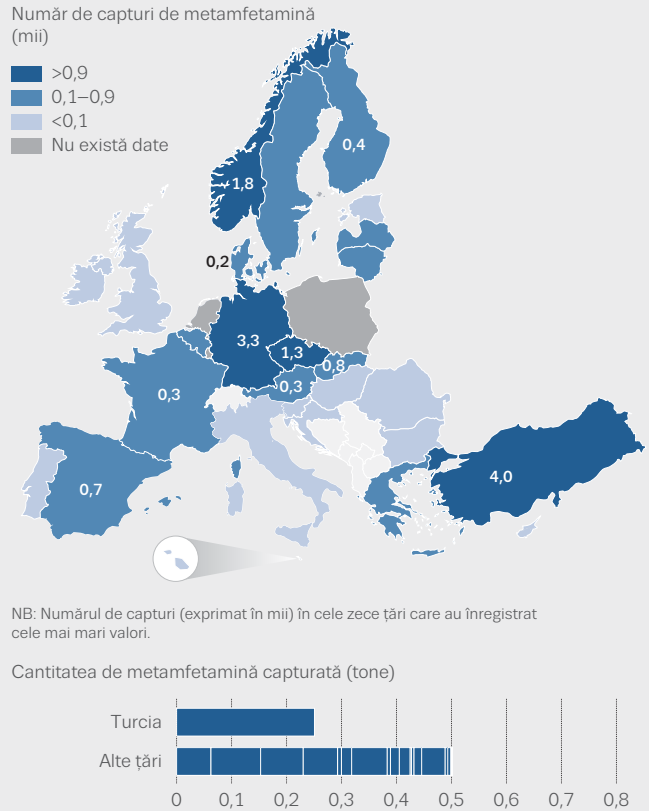
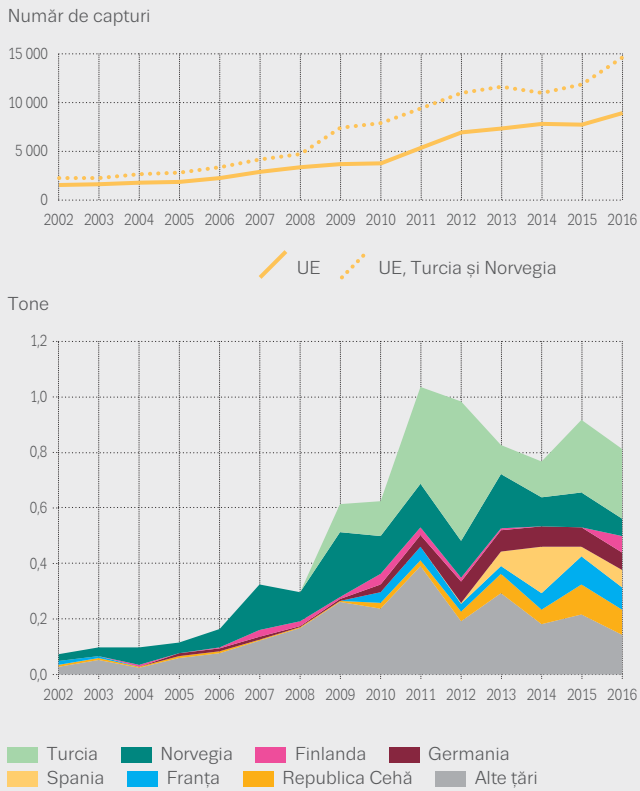
o tendință de creștere începând din 2002, în timp ce cantitatea capturată a rămas relativ stabilă din 2009 și până acum. În 2016 s-au capturat cantități mari de amfetamine și în Turcia, în principal sub forma „Captagon” (1,3 milioane de comprimate sau o cantitate estimată la 3,4 tone de amfetamină), dar și ca metamfetamină în cantitate de 0,25 tone.

De regulă, puritatea medie raportată este mai ridicată pentru eșantioanele de metamfetamină decât pentru cele de amfetamină.

În 2016, statele membre ale UE au raportat 34 000 de capturi de amfetamină, totalizând 5,7 tone. Per ansamblu, cantitatea de amfetamină capturată în Uniunea Europeană este stabilă, fluctuând în jurul valorii de 5-6 tone pe an începând din 2010 (figura 1.7). Capturile de metamfetamină sunt mult inferioare, numărul capturilor raportate în Uniunea Europeană în 2016 ridicându-se la 9 000 și la o cantitate totală de 0,5 tone, cea mai mare cantitate fiind capturată în Republica Cehă (figura 1.8). Numărul capturilor de metamfetamină a înregistrat

## FIGURA 1.8

Numărul capturilor de metamfetamină și cantitatea capturată: tendințe și situația din 2016 sau din cel mai recent an



### MDMA: creșterea producției și a capturilor

MDMA (3,4-metilendioximetamfetamină) 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 de cristale. Pe piață sunt introduse în permanență noi modele de comprimate de MDMA, cu diverse culori, forme și sigle. În 2013, piața cu amănuntul a MDMA din Uniunea Europeană era estimată la o valoare de aproximativ 0,7 miliarde EUR. După o perioadă de disponibilitate scăzută cauzată de

## MDMA

### Capturi

Număr

24 000 UE 31 000 UE + 2

Cantitate

5,3 UE 9,1 UE + 2

295 UE 306 UE + 2



### Preț

(EUR/comprimat)

16 €  
6-11 €  
4 €

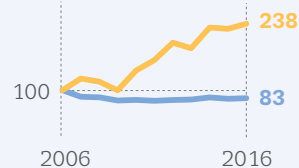
### Puritate

(mg MDMA/  
comprimat)

168  
86-152  
41

### Tendințe indexate

Preț și puritate

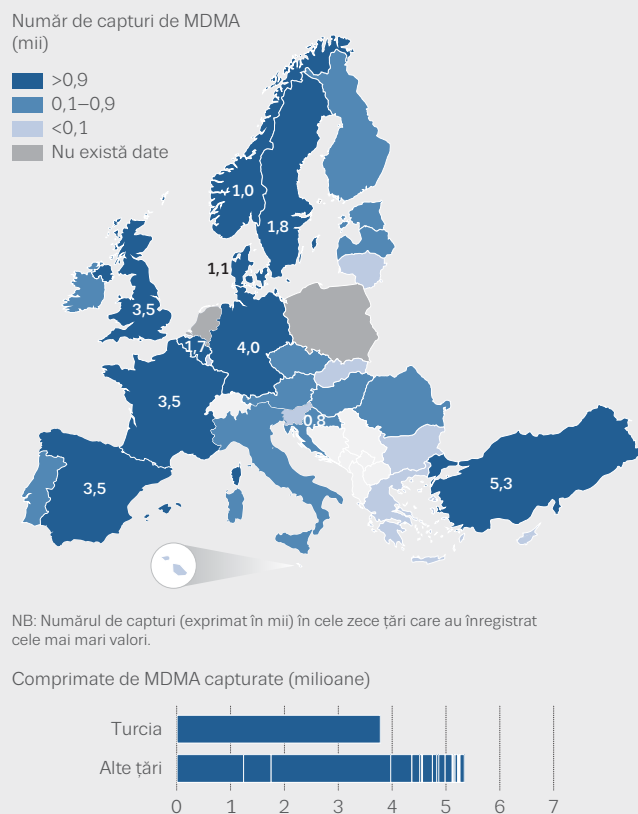
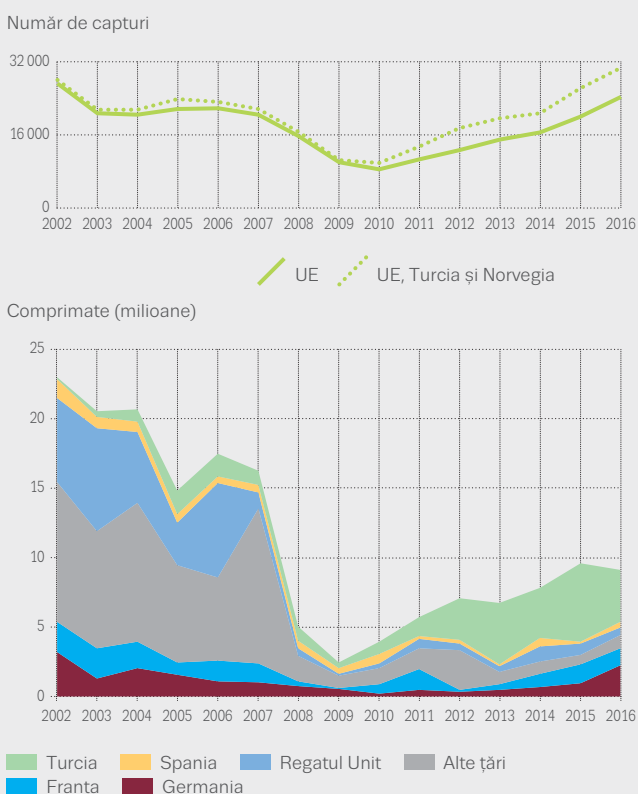


NB: UE + 2 cuprinde statele membre ale UE împreună cu Turcia și Norvegia. Prețul și puritatea MDMA: valori medii naționale – minim, maxim și interval intercuartil. Țările incluse variază în funcție de indicator.



FIGURA 1.9

Numărul capturilor de MDMA și cantitatea capturată: tendințe și situația din 2016 sau din cel mai recent an



lipsa substanțelor chimice precursore necesare pentru producerea sa, piața MDMA a cunoscut o revigorare în ultimii ani. Conținutul mediu de MDMA al comprimatelor este în creștere din 2009, iar cantitățile mari de MDMA din unele loturi au fost asociate cu efecte nocive și cu decese.

Producția de MDMA din Europa este concentrată în principal în Țările de Jos și Belgia, în 2016 fiind desființate 11 laboratoare de MDMA din Uniunea Europeană (10 în Țările de Jos și unul în Belgia), mai mult decât dublu față de 2015. MDMA produsă în Europa este exportată și în alte zone ale lumii – de exemplu, poliția australiană a raportat că cea mai mare cantitate de MDMA capturată în Australia în 2016 (1,2 tone) provenea din Europa.

Evaluarea tendințelor recente privind capturile de MDMA este dificilă deoarece lipsesc date din anumite țări care ar avea probabil o contribuție importantă la total. Pentru anul 2016 nu sunt disponibile date din Țările de Jos și nu se cunoaște numărul capturilor din Germania și Polonia. Chiar și în lipsa acestor contribuții importante, cantitatea de MDMA capturată în Uniunea Europeană a crescut în 2016 și este estimată la 5,3 milioane de comprimate și 295 de kilograme de pudră de MDMA.

Numărul total al capturilor de MDMA raportate în Uniunea Europeană crește continuu din 2010, iar cantitatea capturată a înregistrat la rândul ei o oarecare creștere în aceeași perioadă, deși există fluctuații de la un an la altul. În 2016 s-au capturat cantități mari de MDMA și în Turcia, însumând 3,8 milioane de comprimate (figura 1.9). Tendințele indexate arată că conținutul de MDMA al comprimatelor capturate a crescut substanțial în ultimii ani.

### Capturile de LSD, GHB și ketamină

În Uniunea Europeană se raportează și capturarea altor droguri ilegale, printre care circa 1 700 de capturi de LSD (dietilamida acidului lisergic) în 2016, însumând 97 000 de unități. Numărul total al capturilor de LSD aproape s-a dublat față de cel din 2010, deși cantitatea capturată a fluctuat. Paisprezece țări ale UE au raportat aproximativ 1 800 de capturi de ketamină, cantitatea totală fiind estimată la 83 de kilograme de drog; cele mai multe s-au realizat în Danemarca, în Italia și în Regatul Unit. Și Norvegia a raportat un număr mic de capturi de ketamină – mai precis 50, însumând 0,2 kilograme. În 2016 s-au raportat capturi de GHB (gama-hidroxi-butirat) sau GBL (gama-butirolactonă) în 13 țări ale UE, plus Norvegia și

Turcia. Luate împreună, aceste capturi – estimate în total la 1 700 –, s-au ridicat la aproape 360 de kilograme și 1 400 de litri de drog, peste un sfert din numărul total de capturi fiind efectuate în Norvegia.

### Noile substanțe psihoactive: o piață complexă

La sfârșitul anului 2017, EMCDDA monitoriza peste 670 de noi substanțe psihoactive identificate în Europa. Aceste substanțe nu sunt vizate de controalele internaționale de depistare a drogurilor și se constituie într-un grup de droguri variat, format din canabinoizi sintetici, stimulante, opioide, benzodiazepine și altele (figura 1.10). În majoritatea cazurilor, ele sunt comercializate drept înlocuitori „legali” ai drogurilor ilegale, iar în unele cazuri sunt destinate unor grupuri mici care doresc să le exploreze în căutarea unor eventuale efecte inedite.

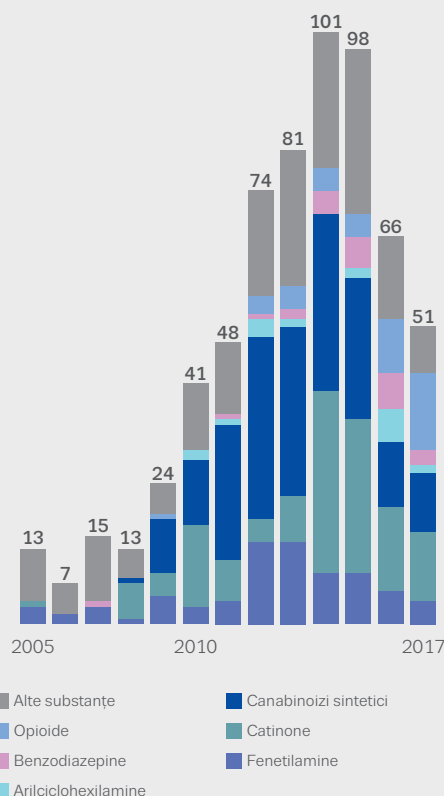
În multe cazuri, noile substanțe sunt produse în cantități mari de companii chimice și farmaceutice din China. De acolo, ele sunt expediate în Europa, unde sunt prelucrate și transformate în produse, ambalate și vândute. În plus, unele substanțe noi pot proveni din medicamente care fie sunt deturnate din lanțul de aprovizionare legitim, fie sunt procurate ilegal. Aceste substanțe pot fi produse și în laboratoare clandestine din Europa sau din alte părți ale lumii. Diverși 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.

Unele substanțe noi se vând liber în magazine specializate și pe internetul de suprafață, adesea sub denumirea de „droguri legale”. În plus, ele se vând pe piețele de darknet și pe piața substanțelor ilegale, uneori sub denumirea proprie, iar alteori prezentate ca droguri ilegale, de exemplu ca heroină, cocaină, ecstasy sau benzodiazepine.

Aproape 70 % dintre noile substanțe identificate prin sistemul de alertă timpurie al Uniunii Europene au fost detectate în ultimii 5 ani. În 2017, în Europa au fost detectate 51 de substanțe noi, care nu mai fuseseră identificate anterior. Acest număr este mai mic decât cel înregistrat în oricare dintre cei 5 ani precedenți, reprezentând o scădere față de nivelurile de vârf din anii 2014 și 2015, când erau identificate aproximativ 100 de substanțe noi pe an. Cauzele acestei scăderi sunt neclare, dar ea poate fi explicată în parte prin măsurile adoptate de guvernele țărilor europene pentru interzicerea acestor substanțe, în special a vânzării lor libere. În plus, măsurile de control și operațiunile de aplicare a legii din China

FIGURA 1.10

Numărul și categoriile de noi substanțe psihoactive notificate pentru prima dată prin sistemul de alertă timpurie al UE, 2005-2017



îndreptate împotriva laboratoarelor producătoare de noi substanțe pot fi un factor important.

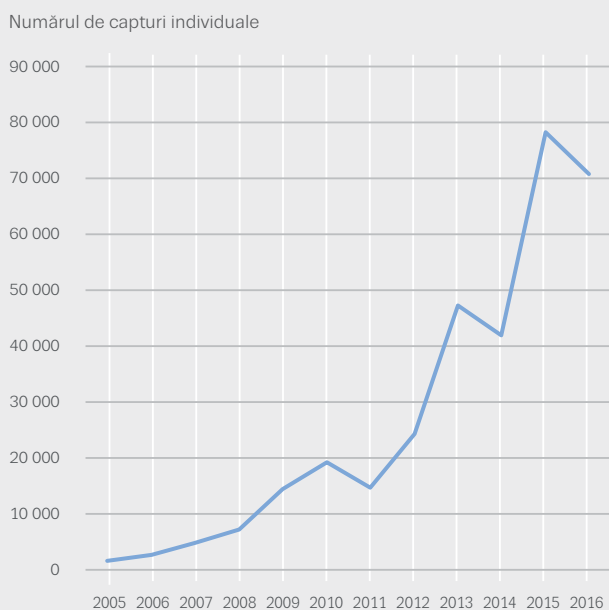
Numărul noilor substanțe detectate pentru prima dată în fiecare an reprezintă doar unul dintr-o serie de indicatori utilizați de EMCDDA pentru a înțelege piața în ansamblu. Un exemplu care ilustrează complexitatea acestei piețe este faptul că peste 50 % dintre noile substanțe care sunt monitorizate în prezent (369) au fost detectate pe piața europeană a drogurilor și în 2016.

### Capturile de noi substanțe psihoactive: catinonele sintetice și canabinoizii sintetici predomină în continuare

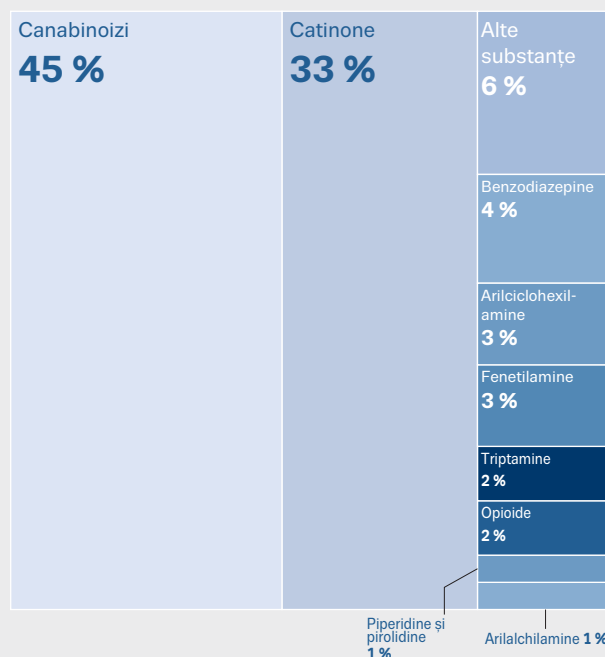
În 2016, prin sistemul de alertă timpurie al UE s-au raportat aproape 71 000 de capturi de noi substanțe psihoactive (figura 1.11). Împreună, catinonele sintetice și canabinoizii sintetici au reprezentat aproape 80 % din numărul total al capturilor și 80 % din cantitatea totală de substanțe noi capturate în 2016. Comparativ cu anul anterior, în 2016 s-a observat o scădere generală a cantităților capturate, dar o creștere a cantităților capturate de catinone sintetice, de benzodiazepine și de opioide sintetice. Valorile totale ale capturilor de substanțe

FIGURA 1.11

Numărul capturilor de noi substanțe psihoactive raportate prin sistemul de alertă timpurie al UE: tendințe și distribuția pe categorii în 2016



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



noi din Europa trebuie să fie înțelese ca valori minime, deoarece datele sunt extrase din rapoarte de caz și 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, statutul lor juridic volatil, capacitățile și prioritățile autorităților de aplicare a legii și practicile în materie de raportare ale acestor autorități.

### Opioides sintetice noi

În total, pe piața europeană a drogurilor au fost detectate 38 de opioide noi începând din 2009, 13 dintre acestea fiind raportate pentru prima dată în 2017. Printre ele se numără 28 de derivați de fentanil, dintre care 10 au fost raportați pentru prima dată în 2017. Deși în prezent joacă un rol minor pe piața europeană a drogurilor, noii derivați de fentanil 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 și lichide. În 2016 au fost capturate aproximativ 4,6 litri de opioide sintetice, în creștere față de cei 1,8 l raportați în anul precedent. Peste 70 % dintre cele aproximativ 1 600 de capturi de opioide sintetice noi raportate în 2016 au fost derivați de fentanil. S-au găsit derivați de fentanil în 96 % din cantitatea de lichid capturată. Un motiv de îngrijorare în această privință

îl reprezintă apariția pe piață a spray-urilor nazale care conțin derivați de fentanil, cum sunt acrilofentanilul, furanilfentanilul, 4-fluoroizobutirilfentanilul, tetrahydrofuranilfentanilul și carfentanilul. Noile opioide au reprezentat 2,3 % din numărul total al capturilor de substanțe noi realizate în 2016, în creștere față de procentajul de 0,8 % raportat în 2015.

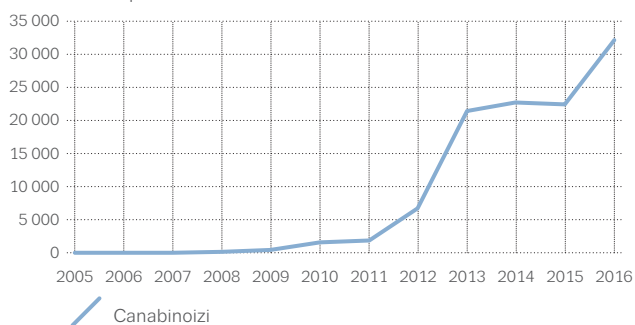
### Canabinoizii sintetici

Canabinoizii sintetici sunt substanțe care imită efectele delta-9-tetrahidrocannabinolului (THC), care generează în mare măsură efectele psihoactive majore ale cannabisului. Producătorii din Europa importă cantități mari de pudră de canabinoizi și le amestecă cu material vegetal uscat. Acestea sunt comercializate ca înlocuitori legali pentru cannabis și vândute ca „amestecuri etnobotanice pentru fumat”. Canabinoizii sintetici reprezintă în continuare cea mai mare categorie de substanțe noi monitorizate de EMCDDA și devin din ce în ce mai variați din punct de vedere chimic, fiind detectați 179 din 2008 până acum — dintre care 10 au fost raportați în 2017.

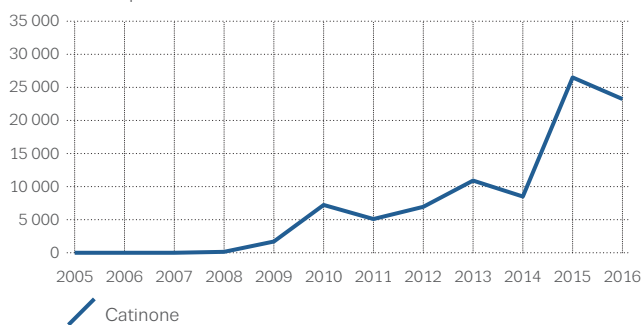
FIGURA 1.12

**Capturile de canabinoizi sintetici și de catinone raportate prin sistemul de alertă timpurie al UE: tendințe privind numărul de capturi și cantitatea capturată**

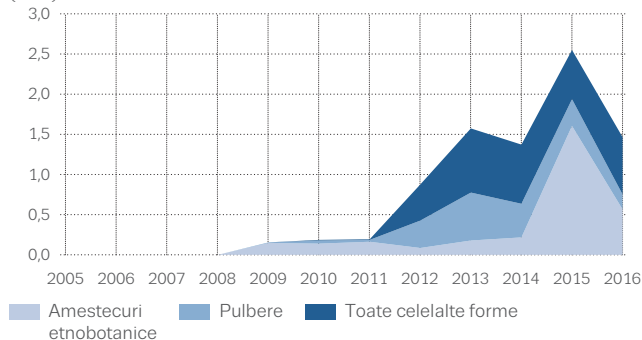
Numărul de capturi individuale



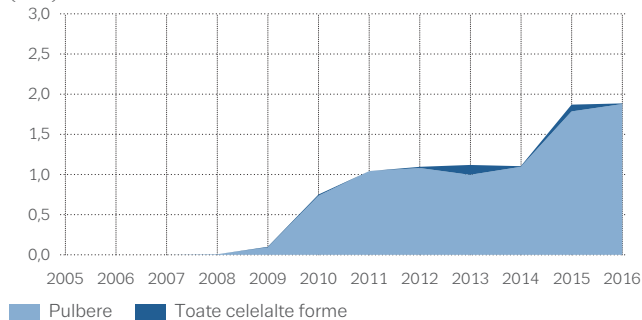
Numărul de capturi individuale



Canabinoizi  
(tone)



Catinone  
(tone)



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

În 2016, canabinoizii sintetici s-au aflat din nou în fruntea clasamentului capturilor de noi substanțe psihoactive, numărul capturilor raportate depășind ușor pragul de 32 000 (figura 1.12). Aceasta reprezintă o creștere cu aproape 10 000 de capturi față de anul precedent și înseamnă aproape jumătate din numărul total al capturilor de noi substanțe psihoactive raportate în 2016. Cei cinci canabinoizi sintetici capturați cel mai frecvent în 2016 au fost MDMB-CHMICA, AB-CHMINACA, UR-144, 5F-AKB48 și AMB-FUBINACA.

Capturile de canabinoizi sintetici s-au ridicat la aproape 1,5 tone, o scădere semnificativă față de cele 2,5 tone capturate în 2015. 40 % din cantitățile capturate în 2016 au fost amestecuri etnobotanice, aproape 13 % fiind sub formă de pudră.

Capturarea canabinoizilor sintetici sub formă de pudră, împreună cu detectarea unor unități de prelucrare în Europa, indică faptul că produsele sunt ambalate în Europa. Dacă ar fi ajuns să fie prelucrată în amestecuri etnobotanice pentru fumat, pudra capturată ar fi putut să producă multe milioane de doze. Cele mai mari cantități totale de canabinoizi sub formă de pudră capturate în 2016 au fost derivatul de 5-fluoropentil AM-6527 (54 kg), CUMYL-4CN-BINACA (50 kg), AMB-FUBINACA (27 kg), 5F-MDMB-PINACA (15 kg) și AB-FUBINACA (7 kg).

## Catinonele sintetice

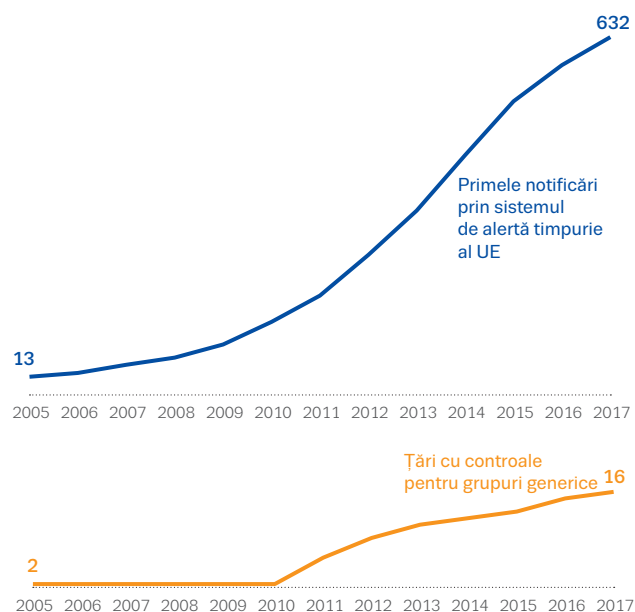
Catinonele sintetice sunt înrudite din punct de vedere chimic cu catinona, o substanță stimulantă naturală care se găsește în planta khat (*Catha edulis*). Aceste substanțe au efecte similare cu cele ale unor droguri stimulante ilegale uzuale precum amfetamina, cocaina și MDMA. Dintre noile substanțe monitorizate de EMCDDA, catinonele sintetice reprezintă a doua categorie ca mărime, în total fiind detectate 130 — dintre care 12 au fost detectate pentru prima dată în 2017.

În 2016, categoria catinonelor sintetice a ocupat a doua poziție în clasamentul capturilor de noi substanțe psihoactive, cele peste 23 000 de capturi reprezentând aproape o treime din numărul total al capturilor, în ușoară scădere față de numărul din anul precedent. Cele cinci catinone capturate cel mai frecvent în 2016 au fost alfa-PVP, 4-CMC, 3-CMC, 4-metil-N,N-dimetilcatinonă și 3-MMC.

Capturile acestor substanțe s-au ridicat la aproape 1,9 tone, catinonele sintetice devenind astfel principalele substanțe psihoactive capturate în 2016 după criteriul cantității (figura 1.12). Catinonele sintetice se găsesc în general sub formă de pudră. Catinonele cu cele mai mari cantități totale capturate sub formă de pudră au fost 4-CMC (890 kg), 4-CEC (247 kg), NEH (186 kg), 3-MMC (126 kg) și mexedrona (50 kg).

FIGURA 1.13

Apariția noilor substanțe psihoactive și introducerea controalelor pentru grupuri generice în Europa din 2005 până în prezent



## Benzodiazepinele noi

EMCDDA monitorizează în prezent 23 de benzodiazepine noi, dintre care 3 au fost detectate pentru prima dată în Europa în 2017. Unele benzodiazepine noi se vând sub formă de comprimate, capsule sau pudră, sub denumirea proprie. În alte cazuri, falsificatorii utilizează aceste substanțe pentru a produce versiuni false ale unor medicamente anxiolitice prescrise frecvent, cum ar fi diazepamul și alprazolamul, vândute direct pe piața drogurilor ilegale. Deși numărul capturilor de benzodiazepine a scăzut în 2016 comparativ cu 2015, cantitatea capturată a crescut semnificativ. În cursul anului 2016 au fost capturate mai mult de o jumătate de milion de comprimate care conțineau benzodiazepine noi precum diclazepam, etizolam, flubromazolam, flunitrazolam și fonazepam — o creștere cu aproximativ două treimi față de numărul raportat în 2015.

## Noile substanțe psihoactive: noi răspunsuri juridice

Țările europene adoptă măsuri de prevenire a ofertei de droguri în baza a trei convenții ale Organizației Națiunilor Unite, care stabilesc un cadru pentru combaterea producției, comercializării și deținerii 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 se utilizează 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 aplicarea legilor 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 des, țările concep legi noi specifice pentru contracararea acestui fenomen.

Timp de mulți ani, majoritatea țărilor europene au specificat doar individual substanțele controlate, însă pe măsură ce a crescut numărul noilor substanțe detectate în Europa, un număr tot mai mare de țări au căutat să controleze grupuri de substanțe (figura 1.13). Cele mai multe țări au definit aceste grupuri în funcție de structura chimică (grupuri „generice”), iar câteva au definit grupurile

în funcție de efecte. Majoritatea țărilor care au adoptat metoda grupurilor generice au adăugat definițiile acestor grupuri la legile existente în materie de droguri, dar unele le-au inclus doar în legislația specifică privind noile substanțe psihoactive.

La nivelul UE a fost revizuit cadrul juridic al intervențiilor de contracarare a amenințărilor la adresa societății și a sănătății publice determinate de noile substanțe psihoactive, care datează din 2005, cu scopul de a institui un sistem mai rapid și mai eficient. Noua legislație reține abordarea în trei etape pentru combaterea noilor substanțe psihoactive — alertă timpurie, evaluarea riscurilor și măsuri de control —, consolidând în același timp procesele existente prin eficientizarea și accelerarea procedurilor de culegere și evaluare a datelor și prin introducerea unor termene mai scurte. În urma evaluării riscurilor, Comisia poate formula o propunere de instituire a unor măsuri de control asupra substanței. Parlamentul European și Consiliul au dreptul, în termen de două luni și în anumite condiții, să formuleze obiecții față de propunerea Comisiei. După intrarea în vigoare a deciziei, autoritățile naționale vor avea la dispoziție 6 luni (în loc de 12) pentru a plasa substanța sub control pe teritoriul lor.

**EMCDDA**

**monitorizează în prezent**

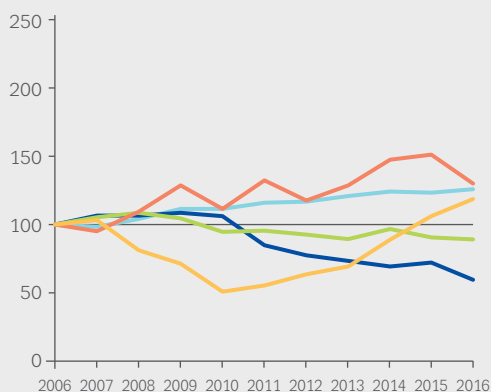
**23 de benzodiazepine noi**

## FIGURA 1.14

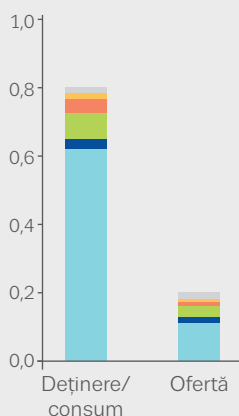
**Infracțiunile la regimul drogurilor în Europa legate de consumul sau deținerea de droguri pentru consum sau distribuție: tendințe indexate și infracțiuni raportate în 2016**

### Infrațiuni privind deținerea/consumul

Tendințe indexate

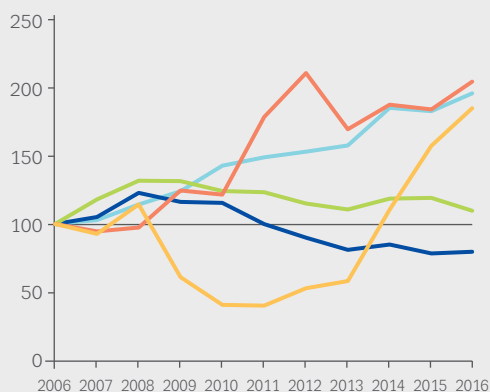


Număr de infracțiuni (milioane)



### Infrațiuni legate de ofertă

Tendințe indexate



Heroină Cocaină MDMA Cannabis Amfetamine Alte substanțe

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

## Infrațiunile la regimul drogurilor: predomină cannabisul

Punerea în aplicare a legilor este monitorizată prin intermediul datelor transmise despre infracțiunile la regimul drogurilor. În 2016, în Uniunea Europeană au fost raportate estimativ 1,5 milioane de infracțiuni la regimul drogurilor, ceea ce reprezintă o creștere cu o treime (33 %) față de 2006. Cele mai multe dintre aceste infracțiuni (74 %) au avut ca obiect consumul sau deținerea, în total înregistrându-se aproximativ 1 milion de infracțiuni în 2016, ceea ce reprezintă o creștere cu 28 % comparativ cu 2006. Cannabisul a fost implicat în mai mult de trei sferturi dintre infracțiunile de consum sau deținere de droguri (77 %). Infracțiunilor de consum sau deținere de MDMA au continuat să prezinte o tendință ascendentă și în 2016, deși au reprezentat doar 2 % din numărul infracțiunilor de consum (figura 1.14).

Per ansamblu, numărul infracțiunilor legate de oferta de droguri în Uniunea Europeană a crescut cu 14 % față de 2006, estimându-se că au existat peste 200 000 de cazuri în 2016. Majoritatea infracțiunilor legate de ofertă (57 %) au avut ca obiect cannabisul. Începând din 2013 se înregistrează și o creștere accentuată a raportărilor de infracțiuni constând în oferirea de MDMA (figura 1.14).

## MAI MULTE INFORMAȚII

## Publicații EMCDDA

## 2018

Country Drug Reports 2018.

Fentanils and synthetic cannabinoids: driving greater complexity into the drug situation. An update from the EU Early Warning System, Rapid communications.

## 2017

Cannabis legislation in Europe: an overview.

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

Drug squads: units specialised in drug law enforcement in Europe. Situation in the EU Member States, Norway and Turkey in 2015, EMCDDA Papers.

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

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

Synthetic cannabinoids in Europe, Perspectives on Drugs.

## 2016

Cocaine trafficking to Europe, Perspectives on Drugs.

Internet and drug markets, Insights.

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

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

## 2015

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

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

Synthetic drug production in Europe, Perspectives on Drugs.

## 2014

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

## Publicații comune EMCDDA și Europol

## 2018

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: (methoxyacetylfentanyl), Joint Reports.

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: (cyclopropylfentanyl), Joint Reports.

## 2017

Drugs and the darknet: perspectives for enforcement, research and policy.

EMCDDA–Europol Joint Report on 4-fluoroisobutyrylfentanyl; 4F-iBF.

EMCDDA–Europol Joint Report on 5F-MDMB-PINACA; 5F-ADB.

EMCDDA–Europol Joint Report on AB-CHMINACA.

EMCDDA–Europol Joint Report on acryloylfentanyl.

EMCDDA–Europol Joint Report on ADB-CHMINACA.

EMCDDA–Europol Joint Report on carfentanil.

EMCDDA–Europol Joint Report on CUMYL-4CN-BINACA.

EMCDDA–Europol Joint Report on furanylfentanyl.

EMCDDA–Europol Joint Report on tetrahydrofuranylfentanyl; THF-F.

## 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.

EMCDDA–Europol Joint Report on acetylfentanyl.

## 2015

EMCDDA–Europol Joint Report on  $\alpha$ -PVP.

## 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](http://www.emcdda.europa.eu/publications)

# 2

**Consumul de droguri în Europa implică  
în prezent o gamă mai  
largă de substanțe decât în trecut**



# Prevalența și tendințele consumului de droguri

Consumul de droguri în Europa implică în prezent 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. Prevalența consumului de cannabis este de aproximativ cinci ori mai mare decât cea a altor substanțe. Deși consumul heroinei și al altor opioide se menține relativ scăzut, acestea continuă să fie drogurile cel mai frecvent asociate cu formele mai nocive de consum, inclusiv cu cel prin injectare. Consumul oricărui drog este în general mai mare în rândul bărbaților, această diferență fiind adesea și mai pronunțată în cazul modelelor de consum mai intensiv sau regulat.

## Monitorizarea consumului de droguri

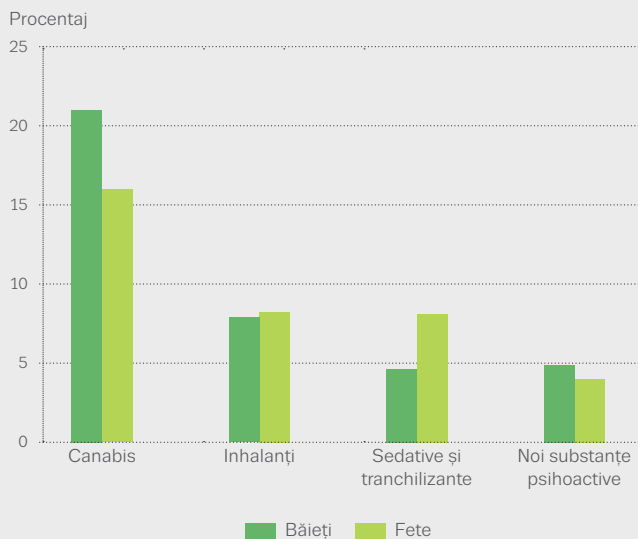
EMCDDA culege și păstrează seturi de date care vizează consumul de droguri și modelele de consum din Europa.

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

Studiile care prezintă estimări ale consumului de droguri cu risc ridicat pot ajuta la identificarea amplorii 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 analizate alături de alți indicatori, pot contribui la înțelegerea naturii și a tendințelor consumului de droguri cu risc ridicat.

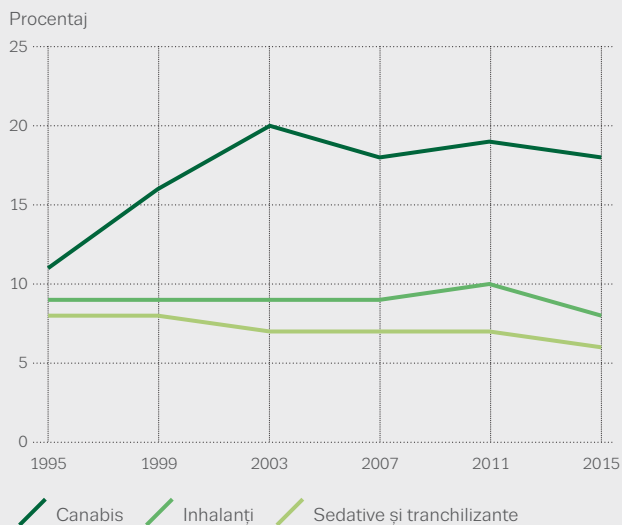
Seturile complete de date și notele metodologice pot fi consultate în [Buletinul statistic](#) online.

FIGURA 2.1

**Consumul de substanțe de-a lungul vieții în rândul elevilor de 15-16 ani din Europa, pe sexe**

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

FIGURA 2.2

**Tendințele prevalenței de-a lungul vieții a consumului de canabis, de inhalanți și de medicamente (sedative și tranchilizante fără prescripție) în rândul elevilor de 15-16 ani din Europa**

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

**Consumul de substanțe în rândul elevilor: tendințe de stabilitate sau scădere**

Monitorizarea consumului de substanțe în rândul elevilor oferă o perspectivă importantă asupra comportamentelor de risc actuale ale tinerilor și asupra posibilelor tendințe viitoare. În 2015, Proiectul european de anchete în școli privind consumul de alcool și alte droguri (ESPAD) a desfășurat cea de a șasea rundă de culegere de date de la inițierea sa în 1995. Această ultimă 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 canabis cel puțin o dată (prevalența de-a lungul vieții), cele mai ridicate niveluri fiind raportate de Republica Cehă (37 %) și Franța (31 %), iar 8 % au declarat că au consumat canabis în ultimele 30 de zile. Consumul de alte droguri ilegale (MDMA/ecstasy, amfetamină, cocaină, metamfetamină și substanțe halucinogene) a fost mult mai mic, prevalența generală de-a lungul vieții fiind de 5 %.

Ancheta a cuprins și întrebări despre consumul altor substanțe, de exemplu inhalanți, medicamente și noi substanțe psihoactive. În rândul participanților din UE și Norvegia, prevalența medie de-a lungul vieții a consumului de inhalanți a fost de 8 % [de la 3 % în Belgia (Flandra) până la 25 % în Croația]. Consumul de-a lungul vieții de sedative sau tranchilizante fără prescripție medicală a fost menționat în medie de 6 % dintre elevi (de la 2 % în

România până la 17 % în Polonia), iar consumul de-a lungul vieții de noi substanțe psihoactive a fost menționat în medie de 4 % dintre elevi [de la 1 % în Belgia (Flandra) până la 10 % în Estonia și Polonia] (figura 2.1). În rândul celor care au apelat la noi substanțe psihoactive în ultimele 12 luni (3,2 % dintre participanți), acestea au fost consumate cel mai frecvent sub formă de amestecuri etnobotanice pentru fumat (menționate de 2,6 % din totalul participanților), consumul sub formă de pulbere, cristale sau comprimate, lichide sau alte forme fiind mai puțin frecvent.

Consumul total de canabis de-a lungul vieții declarat în cele 22 de țări pentru care au existat date suficiente pentru analiză a atins un nivel de vârf în 2003, urmat de o ușoară scădere în ancheta din 2007 (figura 2.2). De atunci, prevalența a fost relativ stabilă. Nivelul declarat al consumului de-a lungul vieții de inhalanți a înregistrat o scădere între 2011 (10 %) și 2015 (8 %), dar tendința pe termen lung a fost relativ stabilă în perioada 1995-2015 (figura 2.2). În ceea ce privește sedativele și tranchilizantele, consumul de-a lungul vieții a scăzut ușor între 1995 și 2015, în toată această perioadă prevalența consumului fiind constant mai mare în rândul fetelor decât în rândul băieților. ESPAD nu dispune de date despre tendințele consumului de noi substanțe psihoactive, deoarece întrebările referitoare la consumul acestor droguri au fost incluse pentru prima dată în 2015.

### Peste 92 de milioane de adulți au încercat droguri ilegale

Se estimează că peste 92 de milioane de persoane în vârstă de 15-64 de ani din Uniunea Europeană, adică puțin peste un sfert, au încercat droguri ilegale într-un moment al vieții. Experiența consumului de droguri este menționată mai frecvent de bărbați (56,0 milioane) decât de femei (36,3 milioane). Drogul încercat cel mai frecvent este canabisul (53,5 milioane de bărbați și 34,3 milioane de femei), estimările consumului de-a lungul vieții fiind mult mai scăzute pentru cocaină (11,8 milioane de bărbați și 5,2 milioane de femei), MDMA (9,0 milioane de bărbați și 4,5 milioane de femei) și amfetamine (8,0 milioane de bărbați și 4,0 milioane de femei). Nivelurile consumului de canabis de-a lungul vieții variază considerabil de la o țară la alta, de la aproximativ 41 % dintre adulți în Franța la mai puțin de 5 % în Malta.

Consumul de droguri din ultimul an este un indicator al consumului recent de droguri și este cel mai concentrat în rândul adulților tineri. Se estimează că 18,9 milioane de adulți tineri (15-34 de ani) au consumat droguri în ultimul an, numărul bărbaților care au declarat acest consum fiind de două ori mai mare decât cel al femeilor.

### Consumul de canabis: în general stabil, dar cu variații mari de la o țară la alta

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

Se estimează că 87,6 milioane de adulți din Uniunea Europeană (15-64 de ani), adică 26,3 % din această grupă de vârstă, au încercat canabisul într-un moment al vieții. Dintre ei, se estimează că în ultimul an au consumat canabis 17,2 milioane de adulți tineri (15-34 de ani), adică 14,1 % din această grupă de vârstă, iar dintre aceștia 9,8 milioane aveau vârste cuprinse între 15 și 24 de ani (17,4 % din această grupă de vârstă). Rata prevalenței în ultimul an în rândul persoanelor în vârstă de 15-34 de ani variază între 3,5 % în Ungaria și 21,5 % în Franța. În rândul tinerilor care au consumat canabis în ultimul an, raportul dintre bărbați și femei este de doi la unu.

Rezultatele celor mai recente anchete arată că majoritatea țărilor raportează fie o situație stabilă, fie creșteri ale consumului de canabis din ultimul an în rândul adulților tineri. Dintre țările care au realizat anchete din anul 2015 până în prezent și au indicat intervale de încredere, 8 au raportat estimări mai ridicate, 9 au raportat o situație stabilă, iar 20 au raportat estimări mai scăzute față de ancheta anterioară comparabilă.

## CONSUMATORI DE CANABIS ADMIȘI LA TRATAMENT



### Caracteristici

16% 84%



16 Vârsta medie la primul consum

25 Vârsta medie la prima admitere la tratament

83 000

Persoane admise la tratament pentru prima dată

59%



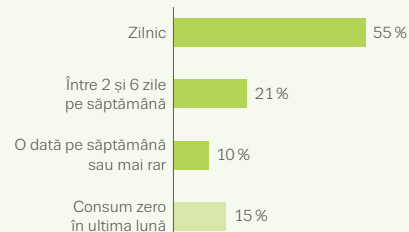
57 000

Persoane care au primit tratament și anterior

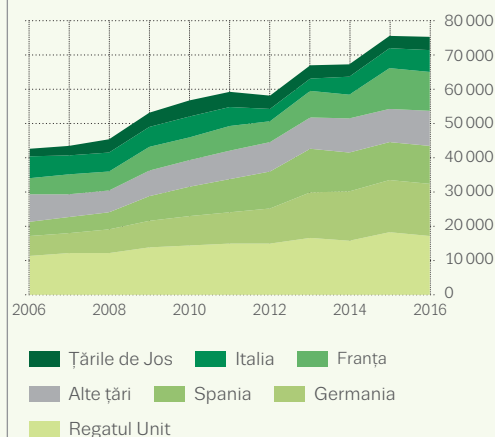
41%

### Frecvența consumului în ultima lună

consum mediu: 5,5 zile pe săptămână



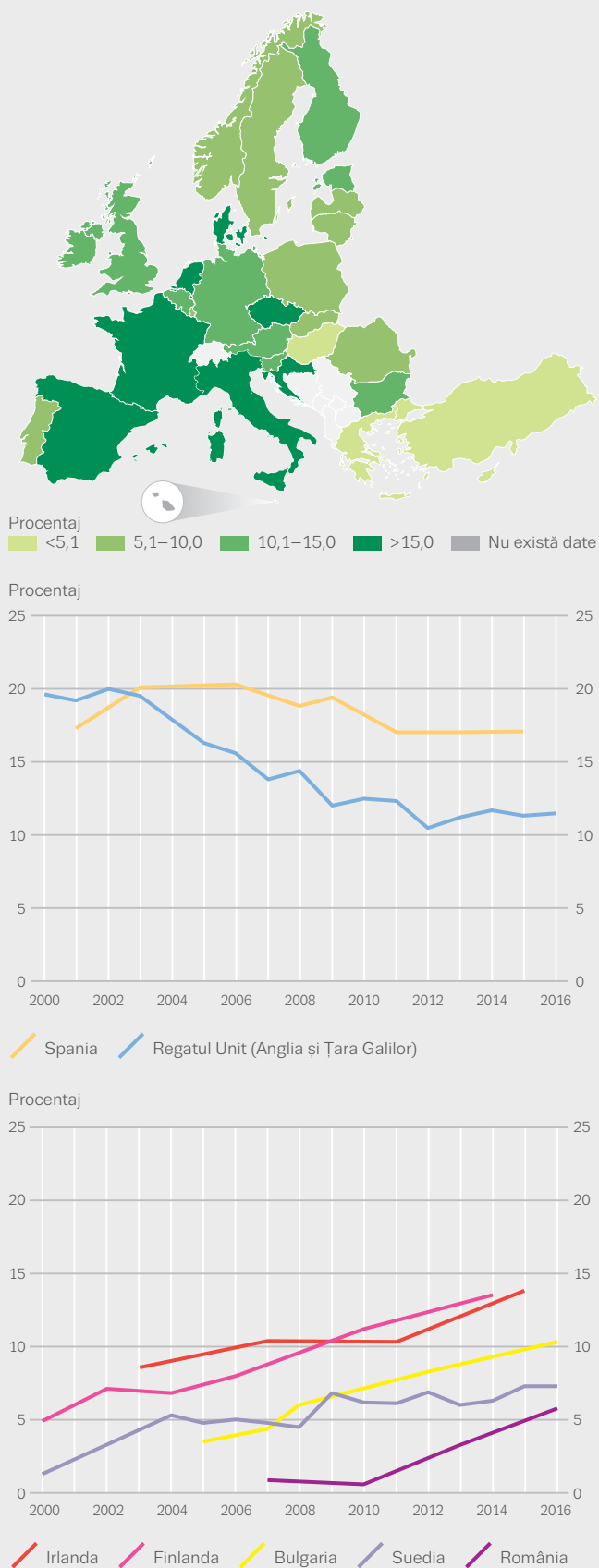
### Tendințe pentru persoanele admise la tratament pentru prima dată



NB: Pe lângă tendințe, datele se referă la toate persoanele admise la tratament care au consumat canabis ca drog principal. Tendințele referitoare la persoanele admise la tratament pentru prima dată se bazează pe datele din 25 de țări. În graficul privind tendințele sunt incluse doar țări pentru care există date referitoare la cel puțin 9 din cei 11 ani. Valorile lipsă sunt interpolate din anii adiacenți. Din cauza modificărilor în fluxul de date la nivel național, datele referitoare la Italia din 2014 până în prezent nu sunt direct comparabile cu cele din anii anteriori.

FIGURA 2.3

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



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, Spania și Regatul Unit, în care în ultimul deceniu se observase o tendință descendentă pe termen lung, prezintă în datele mai recente o tendință stabilizată (figura 2.3).

În ultimul deceniu, în mai multe țări s-au observat tendințe ascendente în prevalența consumului de canabis din ultimul an în rândul adulților tineri. Printre acestea se numără Irlanda și Finlanda, unde cele mai recente date indică niveluri care se apropie de media UE de 14,1 %, precum și Bulgaria, România și Suedia, deși cu niveluri mai scăzute. Dintre țările care au transmis date provenite din anchete recente, o a treia anchetă anuală comparabilă realizată în Țările de Jos în 2016 a confirmat o prevalență de aproape 16 %. În Danemarca, un studiu din 2017 a relevat o scădere în acest sens: 15,4 % comparativ cu estimarea de 17,6 % din 2013.

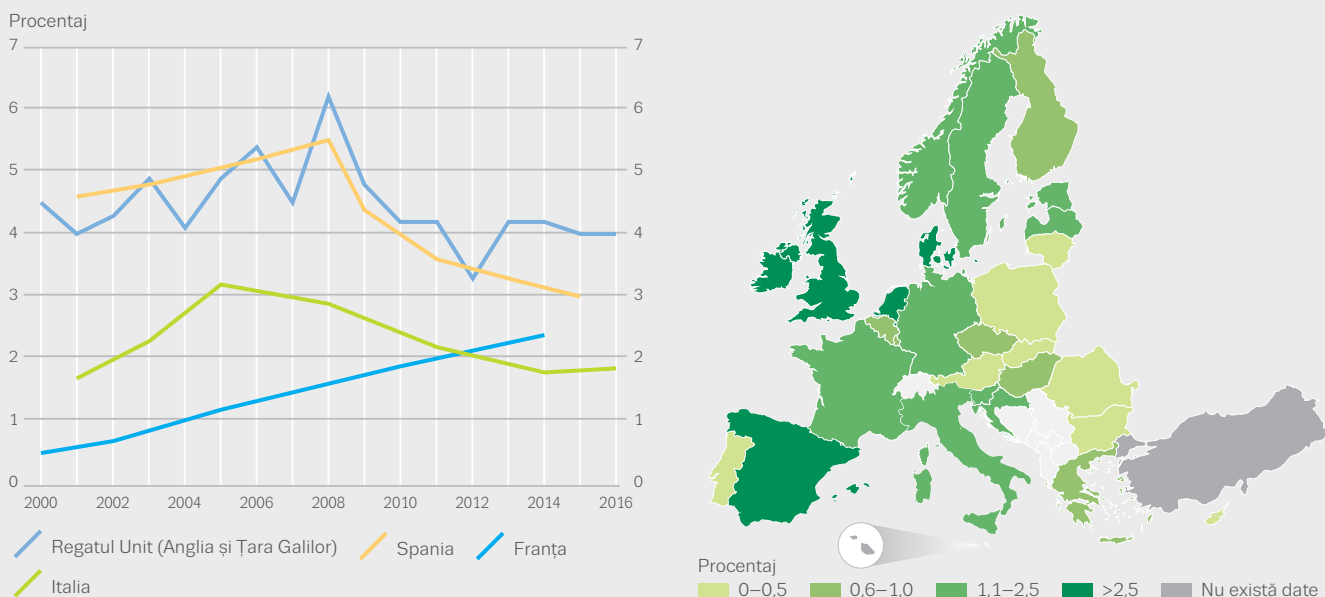
### Consumul de canabis cu risc ridicat: tendință ascendentă

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 37 % dintre aceștia sunt consumatori mai vârstnici ai drogului, cu vârste cuprinse între 35 și 64 de ani, și aproximativ trei sferturi sunt bărbați.

Atunci când sunt analizate alături de alți indicatori, datele cu privire la persoanele admise la tratament pentru probleme legate de consumul de canabis pot oferi informații cu privire la natura și amploarea consumului de canabis cu risc ridicat în Europa. În 2016, mai mult de 150 000 de persoane din Europa au început un tratament pentru consum de droguri din cauza unor probleme asociate consumului de canabis; aproximativ 83 000 dintre acestea se adresau serviciilor de tratament pentru prima dată în viață. În cele 25 de țări în care există date disponibile, numărul total al persoanelor admise la tratament pentru prima dată pentru probleme asociate consumului de canabis a crescut cu 76 % între 2006 și 2016, majoritatea țărilor (18) raportând o creștere în perioada respectivă. La baza acestei creșteri se pot afla mai mulți factori, printre care prevalența mai ridicată a consumului de canabis în rândul populației generale, creșterea numărului de consumatori intensivi, disponibilitatea unor produse cu potență mai mare,

FIGURA 2.4

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



schimbări în percepția asupra riscului, creșterea nivelului de furnizare a serviciilor de tratament și a numărului de trimeri la tratament, în special din sistemul de justiție penală. În total, 50 % dintre consumatorii de cannabis ca drog principal admiși la tratament pentru prima dată în 2016 au declarat că au consumat zilnic acest drog în ultima lună. Proportia consumatorilor zilnici diferă însă mult de la o țară la alta, variind de la 10 % sau mai puțin în Letonia, Ungaria și România până la 60 % sau mai mult în Spania, Franța, Țările de Jos și Turcia.

### Consumul de cocaină: în general stabil, dar prezintă semne de creștere

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 cocaină pudră (hidroclorură de cocaină), și consumatorii marginalizați, care își injectează cocaină sau fumează cocaină crack (bază), uneori în combinație cu opioide. În multe seturi de date, cele două forme de cocaină (pudră și crack) nu pot fi diferențiate, termenul „cocaină” referindu-se la ambele forme.

Se estimează că 17,0 milioane de adulți europeni (15-64 de ani), adică 5,1 % din această grupă de vârstă, au încercat cocaina într-un moment al vieții. Dintre ei,

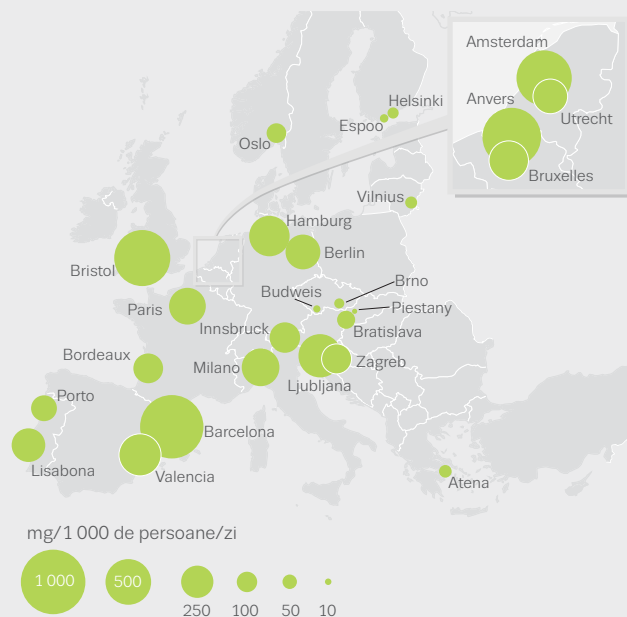
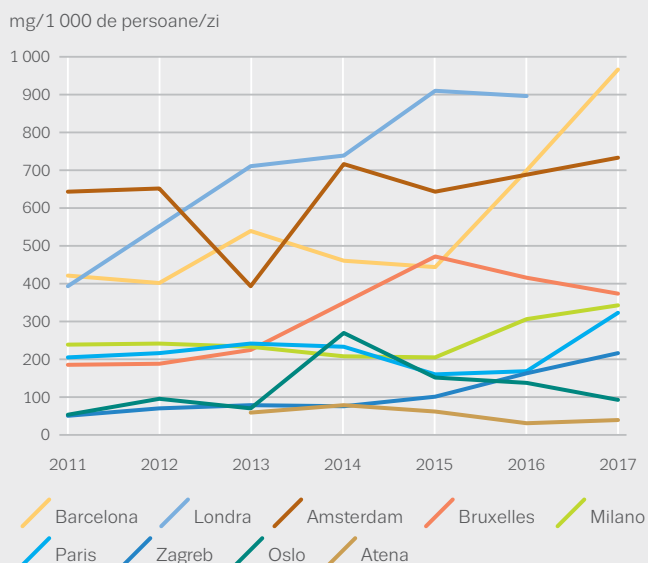
aproximativ 2,3 milioane de adulți tineri în vârstă de 15-34 de ani (1,9 % din această grupă de vârstă) au consumat drogul în ultimul an.

Numai Danemarca, Irlanda, Spania, Țările de Jos și Regatul Unit raportează o prevalență de 2,5 % sau mai mult a consumului de cocaină în ultimul an în rândul adulților tineri. În toată Europa, scăderile consumului de cocaină raportate în anii anteriori nu au mai fost observate în anchetele recente. Dintre țările care au realizat anchete din anul 2015 până în prezent și au indicat intervale de încredere, 30 au raportat estimări mai ridicate, 14 au raportat o situație stabilă, iar 10 au raportat estimări mai scăzute față de ancheta anterioară comparabilă.

Doar pentru câteva țări se poate realiza o analiză statistică a tendințelor pe termen lung în ceea ce privește consumul de cocaină din ultimul an în rândul adulților tineri, iar noile date confirmă tendințele existente. Spania și Regatul Unit au raportat tendințe de creștere a prevalenței până în 2008, urmate de stabilitate sau de scădere (figura 2.4). În Italia, cea mai recentă anchetă arată că, deși s-a înregistrat o scădere față de nivelul de vârf din 2005, este posibil ca în prezent nivelul să se fi stabilizat. În Franța s-a observat o tendință ascendentă în 2014, când pentru prima dată prevalența a depășit 2 %.

## FIGURA 2.5

## Urme de cocaină în apele reziduale din câteva orașe europene: tendințe și datele cele mai recente



NB: Cantități medii zilnice de benzoilecgonină, în miligrame la 1 000 de persoane. Prelevarea eșantioanelor în aceste orașe s-a realizat în decurs de o săptămână în fiecare an din 2011 până în 2017.

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

Analiza urmelor de cocaină din apele reziduale urbane, efectuată în cadrul unui studiu derulat în 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 acestei analize sunt prezentate sub forma unor valori standardizate (concentrații) ale urmelor de droguri la 1 000 de locuitori pe zi.

O analiză din 2017 a depistat cele mai ridicate concentrații de benzoilecgonină, principalul metabolit al cocainei, în orașe din Belgia, Spania, Țările de Jos și Regatul Unit și niveluri foarte scăzute în majoritatea orașelor din Europa de Est care au fost incluse în studiu (a se vedea figura 2.5). Dintre cele 31 de orașe pentru care există date referitoare la anii 2016 și 2017, 19 au raportat o creștere, 60au raportat o scădere și 60au raportat o situație stabilă. Pe termen mai lung, în cele mai multe dintre cele 13 orașe pentru care există date referitoare la anii 2011 și 2017 se constată o tendință de creștere.

### Consumul de cocaină cu risc ridicat: mai multe persoane apelează la tratament

Prevalența consumului de cocaină cu risc ridicat în rândul adulților din Europa este dificil de măsurat, deoarece numai 4 țări au estimări recente, iar definițiile și metodologiile utilizate diferă. În Spania, o nouă anchetă a folosit criteriul frecvenței ridicate a consumului pentru a estima consumul de cocaină cu risc ridicat la 0,43 % dintre persoanele în vârstă de 14-18 ani în perioada 2016-2017. În 2015, pe baza unor întrebări asociate cu o scară a dependenței, Germania a estimat consumul de cocaină cu risc ridicat în rândul populației adulte la 0,20 %. Tot în 2015, Italia a realizat o estimare conform căreia 0,65 % din populația adultă are nevoie de tratament pentru consumul de cocaină. Pentru Portugalia, un studiu care a utilizat metode statistice indirecte a estimat consumul de cocaină cu risc ridicat la 0,98 % din populația adultă în 2015.

În Spania, Italia și Regatul Unit se înregistrează aproape trei sferturi (73 %) din totalul admiterilor la tratament specializat asociate consumului de cocaină raportate în Europa. Per ansamblu, cocaina a fost indicată ca drog principal de peste 67 000 de consumatori care au început un tratament specializat pentru consum de droguri în 2016 și de aproximativ 30 000 dintre consumatorii admiși la tratament pentru prima dată.

După o perioadă de scădere, în perioada 2014-2016 numărul total al persoanelor admise la tratament pentru prima dată ca urmare a consumului de cocaină a crescut cu peste o cincime. Cu toate că o mare parte din această creștere se înregistrează în Italia și în Regatul Unit, aproape toate țările au raportat creșteri în aceeași perioadă.

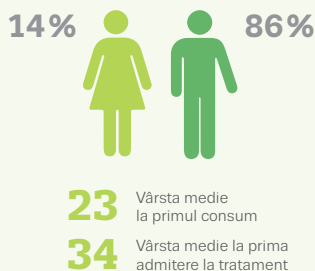
Majoritatea persoanelor care au început un tratament specializat pentru probleme legate de consumul de cocaină își administrează în principal cocaină pudră (51 000, adică 10 % din numărul total al consumatorilor de droguri în 2016). Majoritatea consumatorilor de cocaină ca drog principal solicită tratament pentru consumul acestui drog singur (31 % din numărul total al consumatorilor de cocaină pudră) sau în combinație cu cannabis (26 %), cu alcool (31 %) sau cu alte substanțe (12 %). În general, raportările arată că membrii acestui grup sunt bine integrați în societate, locuiesc în condiții stabile și au un loc de muncă tipic. Un alt grup este alcătuit din consumatori mai marginalizați, care încep tratamentul pentru consumul de cocaină crack ca drog principal (8 300 de consumatori sau 2 % din numărul total al consumatorilor de droguri în 2016); este posibil ca mulți dintre ei să consume heroină ca drog secundar. În ultimul timp, în Italia și în Regatul Unit se raportează o creștere a numărului de consumatori de cocaină crack.

Dintre persoanele admise la tratament specializat pentru consumul de droguri în Europa în 2016, un număr de 53 000 au declarat că consumă cocaină în combinație cu heroină sau cu alte opioide. Aceștia reprezintă 15 % din totalul persoanelor admise la tratament pentru care sunt disponibile informații atât despre drogul principal, cât și despre cel secundar.



## CONSUMATORI DE COCAINĂ ADMIȘI LA TRATAMENT

### Caracteristici

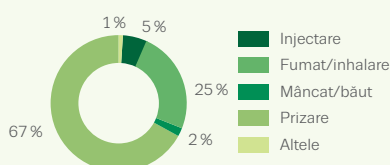


### Frecvența consumului în ultima lună

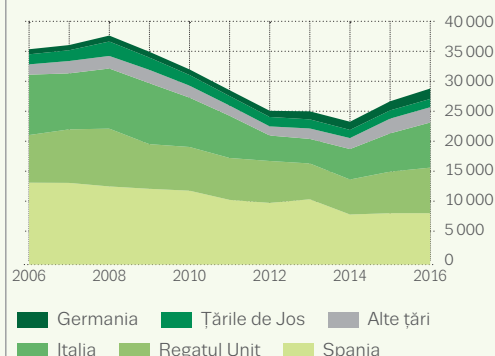
Consum mediu: **4,1** zile pe săptămână



### Calea de administrare



### Tendințe pentru persoanele admise la tratament pentru prima dată

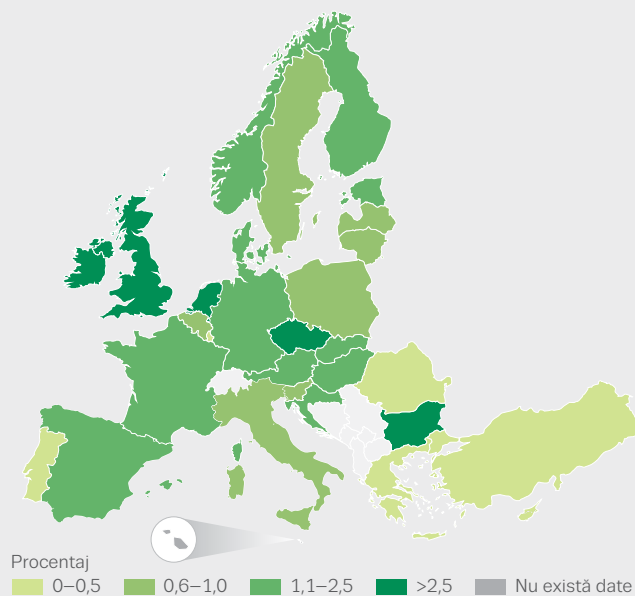
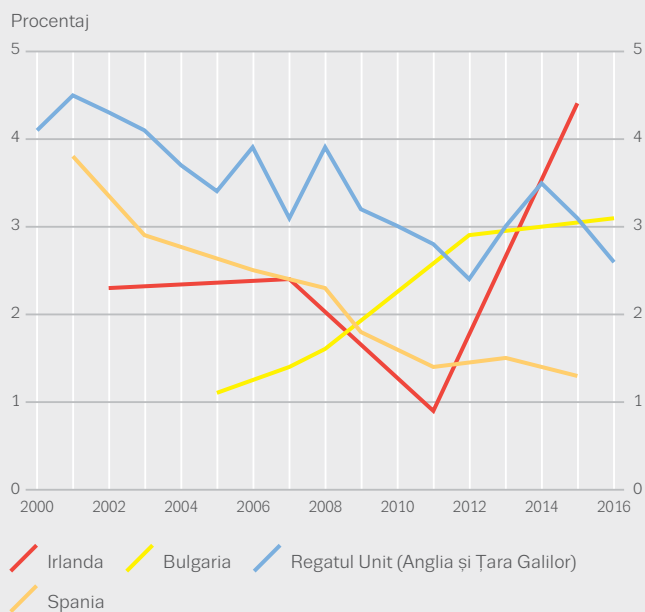


NB: Pe lângă tendințe, datele se referă la toate persoanele admise la tratament care au consumat cocaină ca drog principal. Tendințele referitoare la persoanele admise la tratament pentru prima dată se bazează pe datele din 25 de țări. În graficul privind tendințele sunt incluse doar țări pentru care există date referitoare la cel puțin 9 din cei 11 ani. Valorile lipsă sunt interpolate din anii adiacenți. Din cauza modificărilor în fluxul de date la nivel național, datele referitoare la Italia din 2014 până în prezent nu sunt direct comparabile cu cele din anii anteriori.



## FIGURA 2.6

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 pare să se stabilizeze

Substanța MDMA (3,4-metilendioxi-metamfetamină) este consumată sub formă de comprimate (numite adesea ecstasy), dar și sub formă de cristale și pudră; de obicei, comprimatele se înghit, iar cristalele și pudra pot fi administrate oral sau prizate.

Se estimează că 13,5 milioane de adulți europeni (15-64 de ani), adică 4,1 % din această grupă de vârstă, au încercat MDMA/ecstasy într-un moment al vieții. Cifrele referitoare la consumul mai recent în grupa de vârstă care consumă cel mai mult acest drog arată că 2,2 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 0,2 % în Portugalia și România până la 7,4 % în Țările de Jos.

Până nu demult, în numeroase țări prevalența MDMA era în scădere față de nivelurile de vârf atinse în prima jumătate a anilor 2000. În schimb, în ultimii ani sursele de monitorizare indică o stabilizare sau o creștere a consumului de MDMA în unele țări. Dintre țările care au realizat anchete noi din 2015 până în prezent și care au indicat intervale de încredere, 5 au raportat estimări mai ridicate decât în ancheta anterioară comparabilă, 12 au raportat o situație stabilă, iar 1 a raportat o estimare mai scăzută.

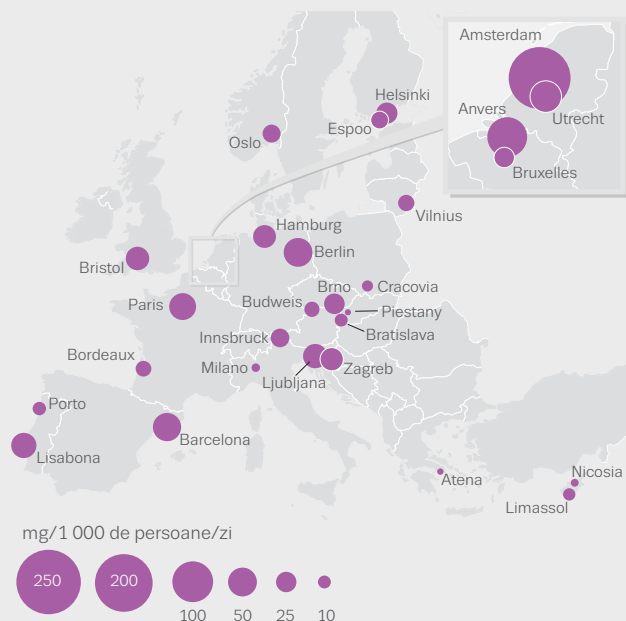
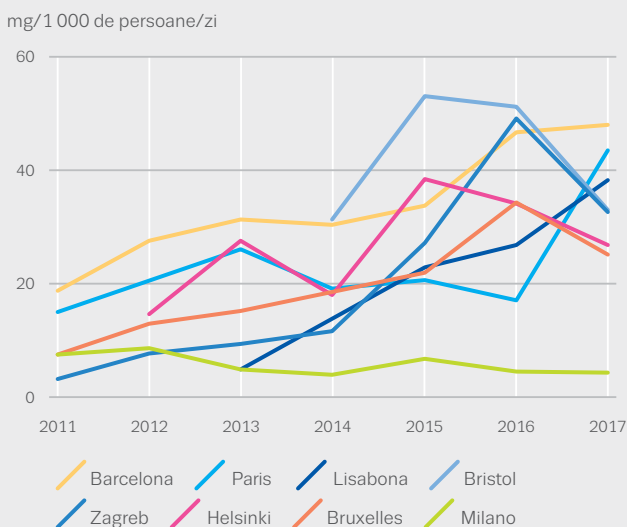
Acolo unde există date care permit o analiză statistică a tendințelor consumului de MDMA din ultimul an în rândul adulților tineri, datele mai recente indică schimbări





FIGURA 2.7

Urme de MDMA în apele reziduale din câteva orașe europene: tendințele și datele cele mai recente



NB: Cantități medii zilnice de MDMA, în miligrame la 1 000 de persoane. Prelevarea eşantioanelor în aceste orașe s-a realizat în decurs de o săptămână în fiecare an din 2011 până în 2017.  
Sursa: Grupul de bază pentru analiza apelor reziduale – Europa (SCORE).

(figura 2.6). În Regatul Unit, după o tendință descendentă, în perioada 2012-2014 s-a observat o creștere, iar datele mai recente indică o scădere. În Spania, tendința pe termen lung rămâne descendentă, deși valorile din ultimul timp sunt stabile. Cele mai recente date arată o creștere pronunțată a prevalenței în Irlanda începând din 2011 și continuarea tendinței ascendente în Bulgaria. Datele obținute din ancheta efectuată în 2016 în Țările de Jos confirmă nivelurile înalte semnalate de cele două anchete anuale anterioare.

O analiză desfășurată în mai multe orașe în anul 2017 a depistat cele mai mari concentrații de MDMA în apele reziduale din orașele belgiene, neerlandeze și germane (figura 2.7). Dintre cele 33 de orașe pentru care există date referitoare la anii 2016 și 2017, 11 au raportat o creștere, 7 au raportat o situație stabilă și 15 au raportat o scădere. O analiză a tendințelor pe termen mai lung arată că, în majoritatea orașelor pentru care există date referitoare atât la anul 2011, cât și la 2017 (12 orașe), concentrațiile de

MDMA în apele reziduale au fost mai mari în 2017 decât în 2011. Cu toate acestea, creșterile accentuate observate în perioada 2011-2016 par să se stabilizeze în 2017 în majoritatea orașelor.

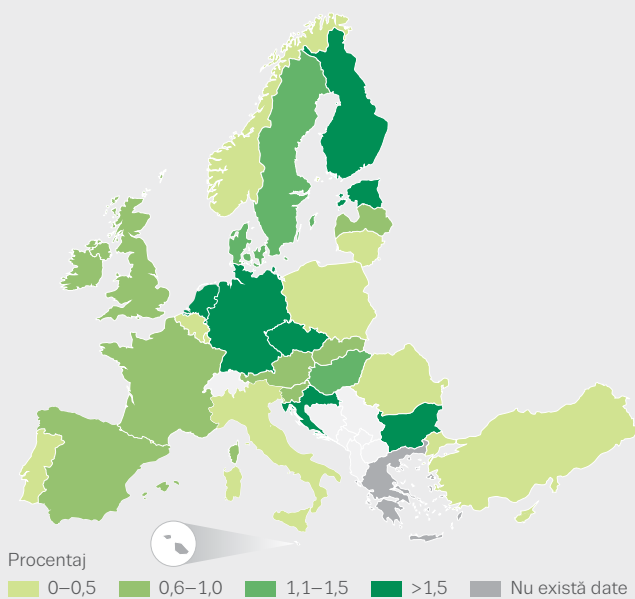
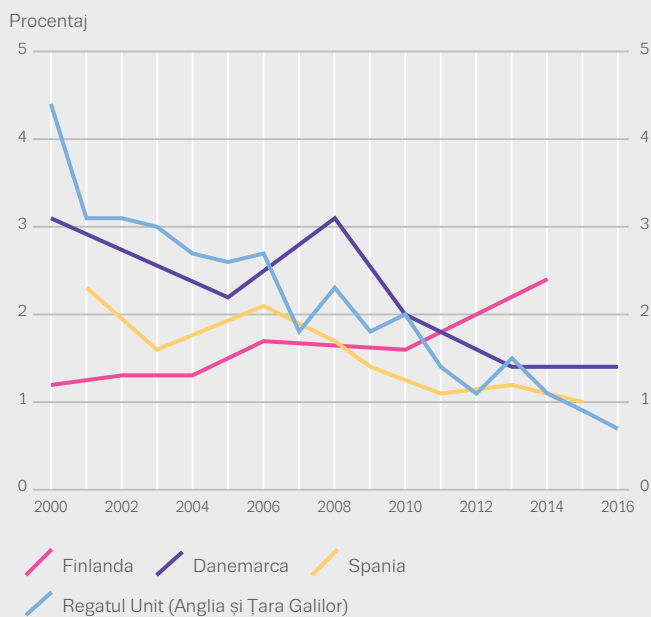
De multe ori, MDMA se consumă în combinație cu alte substanțe, inclusiv cu alcool. Indiciile actuale sugerează că, în țările cu prevalență ridicată, MDMA nu mai constituie un drog subcultural sau de nișă, limitat la cluburile și petrecerile cu muzică dance, ci este consumat de o categorie mai variată 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 2016, au menționat consumul de MDMA mai puțin de 1 % dintre persoanele admise la tratament pentru prima dată în Europa (aproximativ 1 000 de cazuri), în principal în Spania, Franța, Regatul Unit și Turcia.

**Sursele de monitorizare indică o stabilizare sau o creștere a consumului de MDMA**

## FIGURA 2.8

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



### Amfetaminele: consumul variază, dar tendințele sunt stabile

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 s-a constatat o creștere a consumului 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, în unele țări administrarea prin injecție constituie o parte semnificativă a problemei drogurilor. Metamfetamina se poate și fuma, dar această cale de administrare nu este raportată frecvent în Europa.

Se estimează că 11,9 milioane de adulți europeni (15-64 de ani), adică 3,6 % din această grupă de vârstă, au încercat amfetaminele 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 1,2 milioane (1,0 %) de adulți tineri (15-34 de ani) au consumat amfetamine în ultimul an, cele mai recente estimări naționale privind prevalența variind de la mai puțin de 0,1 % în Portugalia până la 3,6 % în Țările de Jos. Datele disponibile sugerează că, începând aproximativ din anul 2000, majoritatea țărilor europene au înregistrat o situație relativ stabilă a consumului de amfetamine. Dintre țările care au realizat anchete noi din anul 2015

până în prezent și au indicat intervale de încredere, 2 au raportat estimări mai ridicate, 13 au raportat o situație stabilă, iar 2 au raportat estimări mai scăzute față de ancheta anterioară comparabilă.

Doar pentru câteva țări se poate realiza o analiză statistică a tendințelor în ceea ce privește prevalența consumului de amfetamine în ultimul an în rândul adulților tineri. În Danemarca, Spania și Regatul Unit se observă tendințe descendente pe termen lung (figura 2.8). În schimb, în Finlanda prevalența consumului de amfetamine în rândul adulților tineri a crescut în perioada 2000-2014.

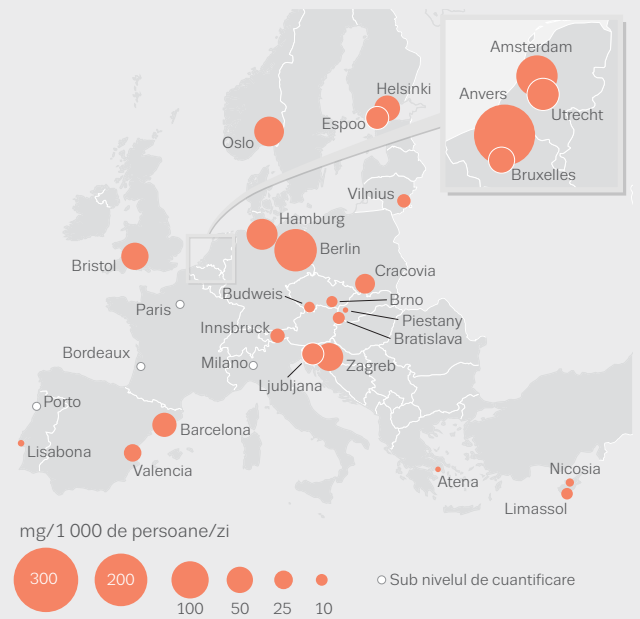
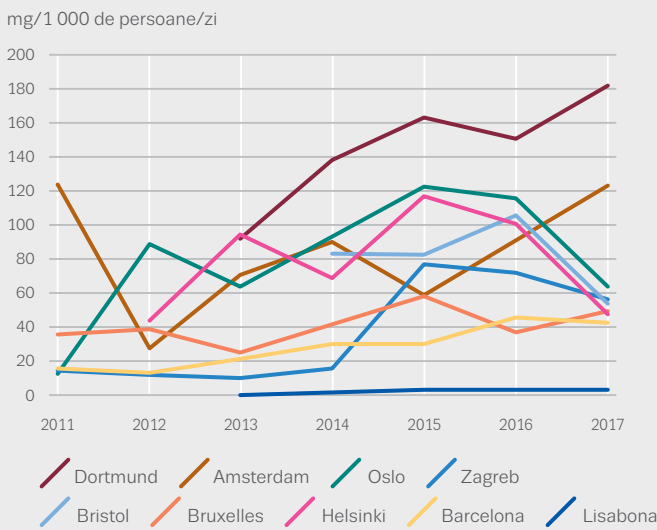
Analiza apelor reziduale urbane efectuată în 2017 a constatat o variație considerabilă a concentrațiilor de amfetamină în Europa, cele mai ridicate niveluri înregistrându-se în orașele din nordul Europei (a se vedea figura 2.9). Nivelurile de amfetamină depistate în orașele din sudul Europei au fost mult mai scăzute.

Dintre cele 33 de orașe pentru care există date referitoare la anii 2016 și 2017, 9 au raportat o creștere, 11 au raportat o situație stabilă și 13 au raportat o scădere. Per ansamblu, datele din perioada 2011-2017 arată o imagine variată a consumului de amfetamină, dar cu tendințe relativ stabile în majoritatea orașelor.

Consumul de metamfetamină, în general scăzut și în mod tradițional concentrat în Republica Cehă și Slovacia, pare să fie prezent acum și în Cipru, estul Germaniei, Spania și nordul Europei (a se vedea figura 2.10). În 2016 și 2017, dintre cele 34 de orașe pentru care există date referitoare

FIGURA 2.9

Urme de amfetamină în apele reziduale din câteva orașe europene: tendințele și datele cele mai recente



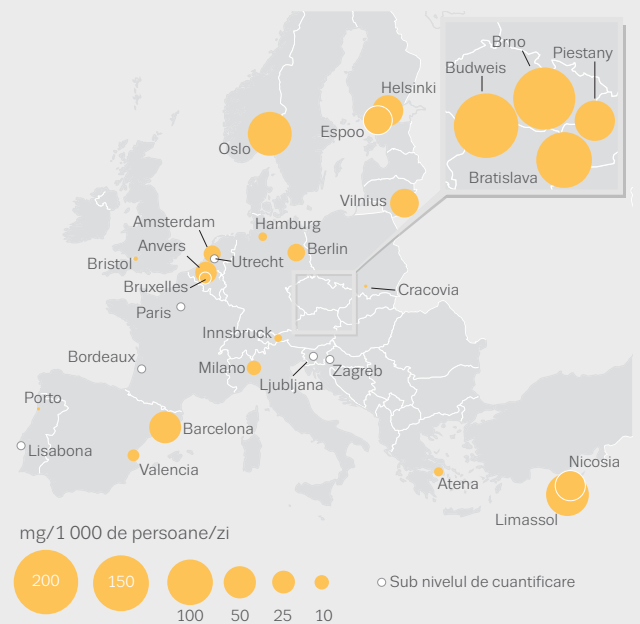
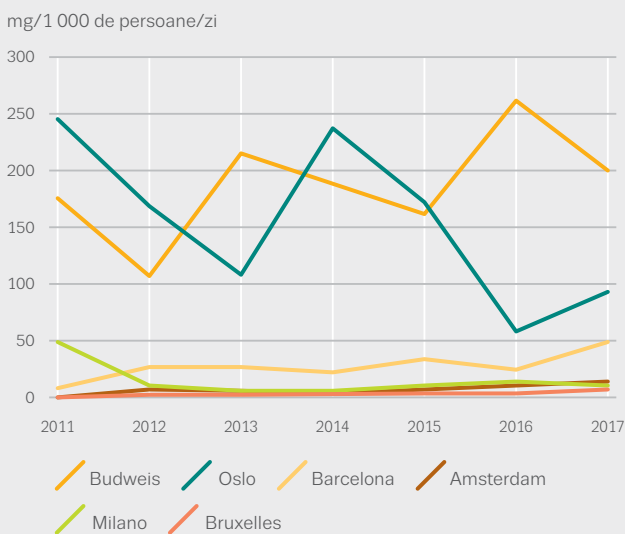
NB: Cantități medii zilnice de amfetamină, în miligrame la 1 000 de persoane. Prelevarea eșantioanelor în aceste orașe s-a realizat în decurs de o săptămână în fiecare an din 2011 până în 2017.

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

la metamfetamina din apele reziduale, 12 au raportat o creștere, 10 au raportat o situație stabilă și 12 au raportat o scădere.

FIGURA 2.10

Urme de metamfetamină în apele reziduale din câteva orașe europene: tendințele și datele cele mai recente



NB: Cantități medii zilnice de metamfetamină, în miligrame la 1 000 de persoane. Prelevarea eșantioanelor în aceste orașe s-a realizat în decurs de o săptămână în fiecare an din 2011 până în 2017.

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

## Consumul de amfetamine cu risc ridicat: numărul admișilor la tratament rămâne ridicat

De-a lungul timpului, problemele asociate de consumul pe termen lung, cronic și prin injectare de amfetamină s-au evidențiat îndeosebi în țările din nordul Europei. În schimb, problemele asociate consumului de metamfetamină au fost cel mai evidente în Republica Cehă și în Slovacia. Sunt disponibile estimări recente privind consumul de amfetamine cu risc ridicat pentru Norvegia, unde consumul este estimat la 0,33 %, adică 11 200 de adulți (în 2013) și pentru Germania, unde este estimat la 0,19 %, adică 102 000 de adulți în 2015. Consumatorii de amfetamine reprezintă probabil majoritatea celor 2 230 (0,18 %) de consumatori de droguri stimulante predispuși unui risc ridicat raportați de Letonia în 2016, în scădere de la 6 540 (0,46 %) în 2010. În ceea ce privește consumul de metamfetamină cu risc ridicat, sunt disponibile estimări recente pentru Republica Cehă și Cipru. În Republica Cehă, consumul de metamfetamină cu risc ridicat în rândul adulților (15-64 de ani) a fost estimat la aproximativ 0,50 % în anul 2016 (adică 34 300 de consumatori). Aceasta reprezintă o creștere față de cei 20 900 de consumatori raportați în 2007, cu toate că cifrele au fost relativ stabile în ultimii ani. Consumul estimat pentru Cipru este de 0,02 % sau 105 de consumatori în 2016.

Aproximativ 35 000 dintre consumatorii admiși la tratament specializat în Europa în 2016 au menționat

amfetaminele ca drog principal, iar aproximativ 15 000 dintre ei se adresau 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 în 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 9 200 de consumatori de metamfetamină care primesc tratament specializat în Europa.

## CONSUMATORI DE AMFETAMINE ADMIȘI LA TRATAMENT



### Caracteristici

27% 73%



20 Vârsta medie la primul consum

29 Vârsta medie la prima admitere la tratament

15 500

Persoane admise la tratament pentru prima dată

43%



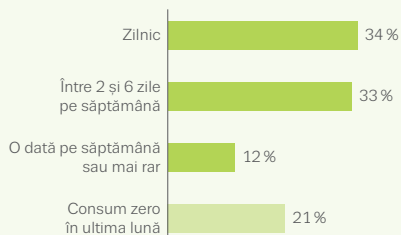
19 900

Persoane care au primit tratament și anterior

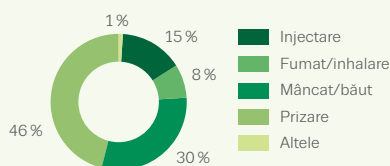
57%

### Frecvența consumului în ultima lună

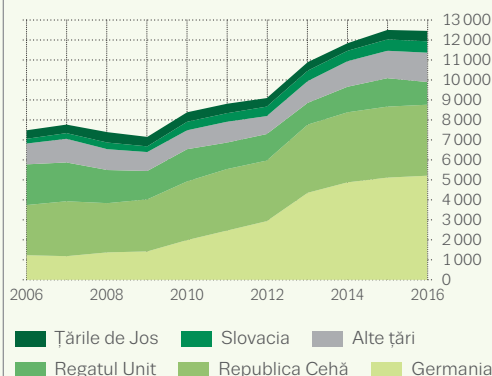
Consum mediu: 4,4 zile pe săptămână



### Calea de administrare



### Tendințe pentru persoanele admise la tratament pentru prima dată



NB: Pe lângă tendințe, datele se referă la toate persoanele admise la tratament care au consumat amfetamine ca drog principal. Tendințele referitoare la persoanele admise la tratament pentru prima dată se bazează pe datele din 25 de țări. În graficul privind tendințele sunt incluse doar țări pentru care există date referitoare la cel puțin 9 din cei 11 ani. Valorile lipsă sunt interpolate din anii adiacenți.

### **Ketamina, GHB și substanțele halucinogene: consumul se menține scăzut**

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

Consumul recreațional de ketamină și GHB (inclusiv precursorul acestuia GBL, gama-butirolactonă) a fost semnalat în ultimele două decenii în rândul mai multor subgrupuri de consumatori de droguri din Europa. În țările în care s-au realizat estimări naționale ale prevalenței consumului de GHB și ketamină în rândul adulților și al elevilor, consumul se menține scăzut. În ancheta din 2016, Norvegia a raportat o prevalență în ultimul an a consumului de GHB de 0,1 % la adulți (16-64 de ani). În 2016, prevalența consumului de ketamină înregistrat în ultimul an în rândul adulților tineri (15-34 de ani) a fost estimată la 0,1 % în Republica Cehă și în România și la 0,8 % în Regatul Unit.

Prevalența globală a consumului de LSD și de ciuperci halucinogene în Europa este în general la un nivel scăzut și stabilă de mai mulți ani. În rândul adulților tineri (15-34 de ani), anchetele naționale estimează prevalența din ultimul an la mai puțin de 1 % pentru ambele substanțe în 2016 sau în cel mai recent an de anchetă, excepție făcând Țările de Jos (1,9 %), Finlanda (1,9 %) și Republica Cehă (3,1 %) în cazul ciupercilor halucinogene și, respectiv, Finlanda (1,3 %) și Republica Cehă (1,4 %) în cazul LSD.

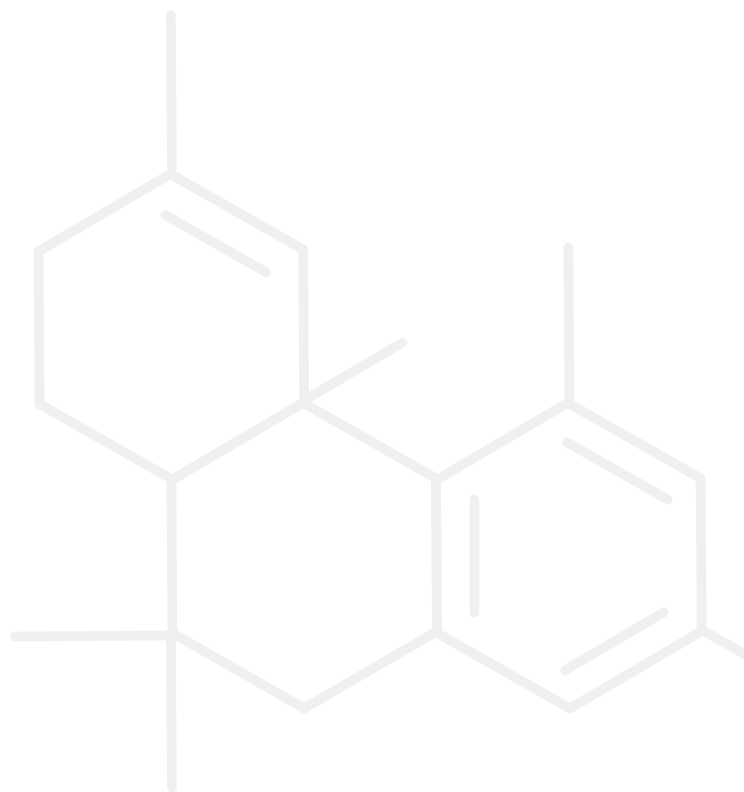
### **Noile substanțe psihoactive: consum cu risc ridicat în rândul populației marginalizate**

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. Din 2011 până în prezent, 13 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 0,2 % în Italia și Norvegia până la 1,7 % în România. Pentru Regatul Unit (Anglia și Țara Galilor) sunt disponibile date din anchete referitoare la consumul de mefedronă. În cea mai recentă anchetă (2016-2017), consumul acestui drog în ultimul an în rândul persoanelor de 16-34 de ani a fost estimat la 0,3 %, în scădere de la 1,1 % în perioada 2014-2015. În cele mai recente anchete, consumul de canabinoizi sintetici în ultimul an în rândul persoanelor în vârstă de 15-34 de ani a variat de la 0,2 % în Spania până la 1,5 % în Letonia.

Deși nivelurile de consum ale noilor substanțe psihoactive sunt per ansamblu mici în Europa, într-un studiu al EMCDDA din 2016, peste două treimi dintre țări au semnalat consumarea lor de către consumatori de droguri predispuși unui risc mare. În special consumul de catinone sintetice de către consumatorii de opioide și droguri stimulante injectabile a fost asociată unor probleme de sănătate și sociale. În plus, fumatul canabinoizilor sintetici în rândul populației marginalizate, printre care se numără persoanele fără adăpost și deținuții, a fost identificat ca o problemă în numeroase țări europene.

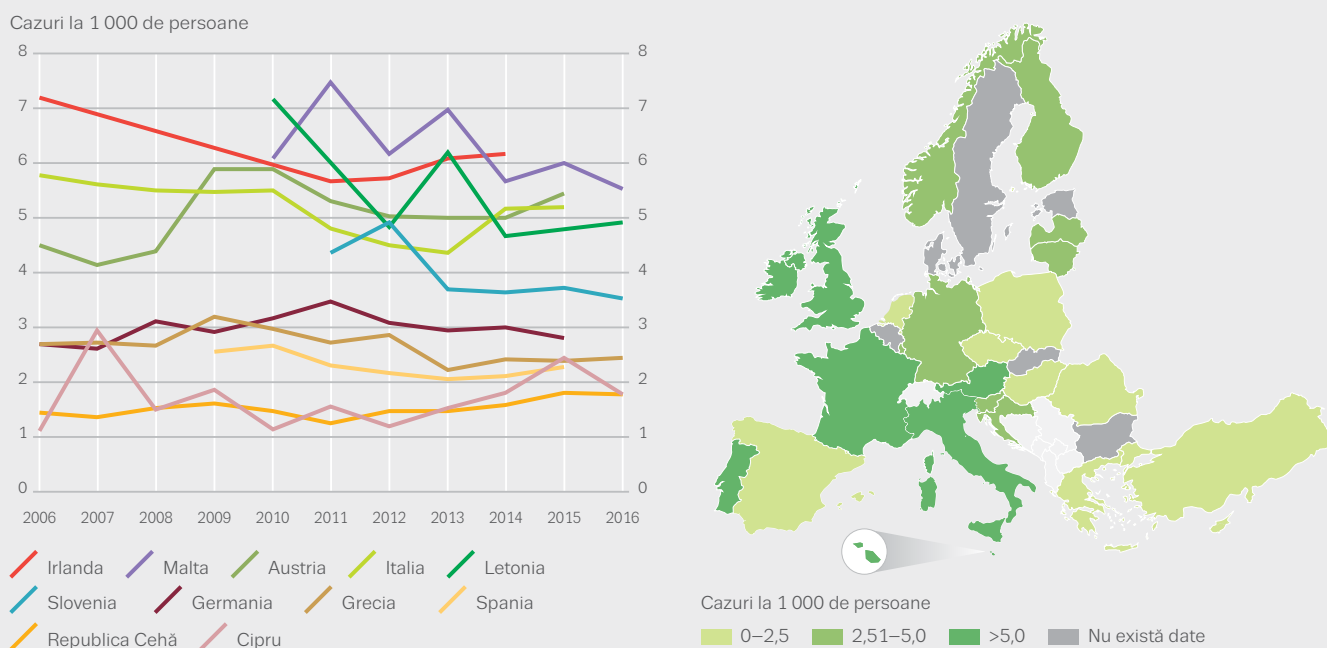
Per ansamblu, puține persoane sunt în prezent admise la tratament în Europa pentru probleme asociate consumului de noi substanțe psihoactive, deși aceste substanțe sunt semnificative în unele țări. Cele mai recente date semnalează consumul de canabinoizi sintetici drept principal motiv pentru începerea tratamentului specializat pentru consum de droguri în cazul a 17 % dintre consumatorii din Turcia și a 7 % dintre consumatorii din Ungaria; în Regatul Unit, 0,3% dintre persoanele admise la tratament au menționat probleme asociate consumului de catinone sintetice ca drog principal.

În Regatul Unit, consumul de canabinoizi sintetici în rândul deținuților reprezintă un motiv de îngrijorare deosebit. O anchetă efectuată în 2016 în închisorile britanice a constatat că 33 % dintre cei 625 de deținuți au declarat că au consumat „spice” în ultima lună; prin comparație, doar 14 % au declarat că au consumat cannabis în luna precedentă.



## FIGURA 2.11

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



### Consumul de opioide cu risc ridicat: continuă să predomine heroina

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 de opioide predispuși unui risc mare, care au fost probabil în legătură cu serviciile de tratament de substituție.

Prevalența medie a consumului de opioide cu risc ridicat în rândul adulților (15-64 de ani) a fost estimată la 0,4 % din populația Uniunii Europene în 2016, ceea ce înseamnă 1,3 milioane de consumatori de opioide predispuși unui risc ridicat. La nivel național, estimările privind prevalența consumului de opioide cu risc ridicat 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. În cele mai populate cinci țări din Uniunea Europeană, unde trăiesc 62 % dintre locuitorii UE, se găsesc trei sferturi (76 %) din numărul estimat al consumatorilor de opioide predispuși unui risc ridicat (Germania, Spania, Franța, Italia, Regatul Unit). Dintre cele 11 țări care au estimat

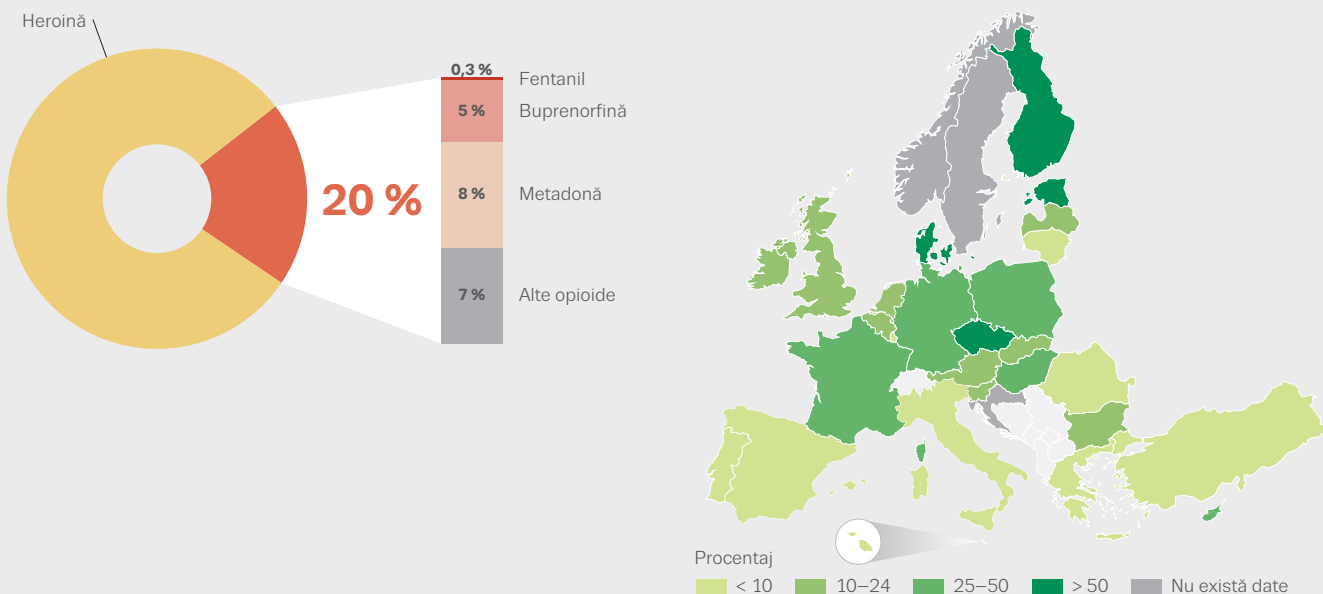
periodic consumul de opioide cu risc ridicat între 2006 și 2016, Spania și Italia prezintă o scădere semnificativă din punct de vedere statistic, în timp ce Republica Cehă prezintă o creștere semnificativă din punct de vedere statistic (figura 2.11).

În 2016, consumul de opioide a fost menționat drept motiv principal pentru începerea tratamentului specializat de către 177 000 de consumatori, adică 37 % dintre persoanele admise la tratament pentru consumul de droguri în Europa; dintre aceștia, 35 000 apelau la tratament pentru prima dată. Dintre consumatorii de opioide ca drog principal admiși la tratament, 82 % consumau în principal heroină.

Potrivit datelor disponibile privind tendințele, în 2013 numărul consumatorilor de heroină tratați pentru prima dată scăzuse la mai puțin de jumătate din nivelul de vârf înregistrat în 2007. În ultimii ani, tendința s-a stabilizat.

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: se observă substanțe diverse în Europa**

Deși heroina rămâne opioidul ilegal cel mai frecvent consumat, o serie de surse sugerează că opioidelor sintetice legale (precum metadona, buprenorfina și fentanilul) sunt consumate în mod abuziv din ce în ce mai

mult. Printre opioidelor menționate de persoanele admise la tratament pentru abuz de substanțe se numără metadona, buprenorfina, fentanilul, codeina, morfina, tramadolul și oxicodona. În unele țări nu heroina, ci alte opioide sunt consumate cel mai frecvent de persoanele admise la tratament specializat. În 2016, 18 țări europene au raportat că peste 10 % din totalul consumatorilor de

**CONSUMATORI DE HEROINĂ ADMIȘI LA TRATAMENT**

**Caracteristici**

20% 80%



**23** Vârsta medie la primul consum

**34** Vârsta medie la prima admitere la tratament

**28 200** Persoane admise la tratament pentru prima dată

**19%**

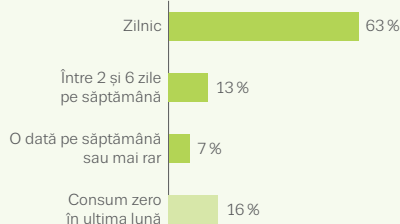


**117 200** Persoane care au primit tratament și anterior

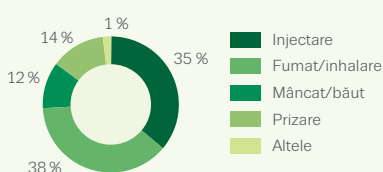
**81%**

**Frecvența consumului în ultima lună**

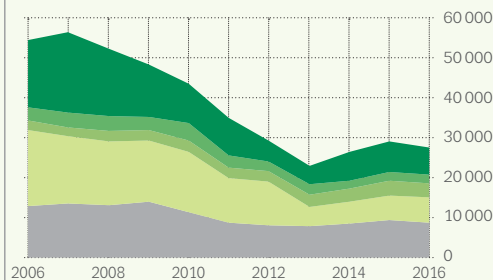
Consum mediu: 6 zile pe săptămână



**Calea de administrare**



**Tendințe pentru persoanele admise la tratament pentru prima dată**



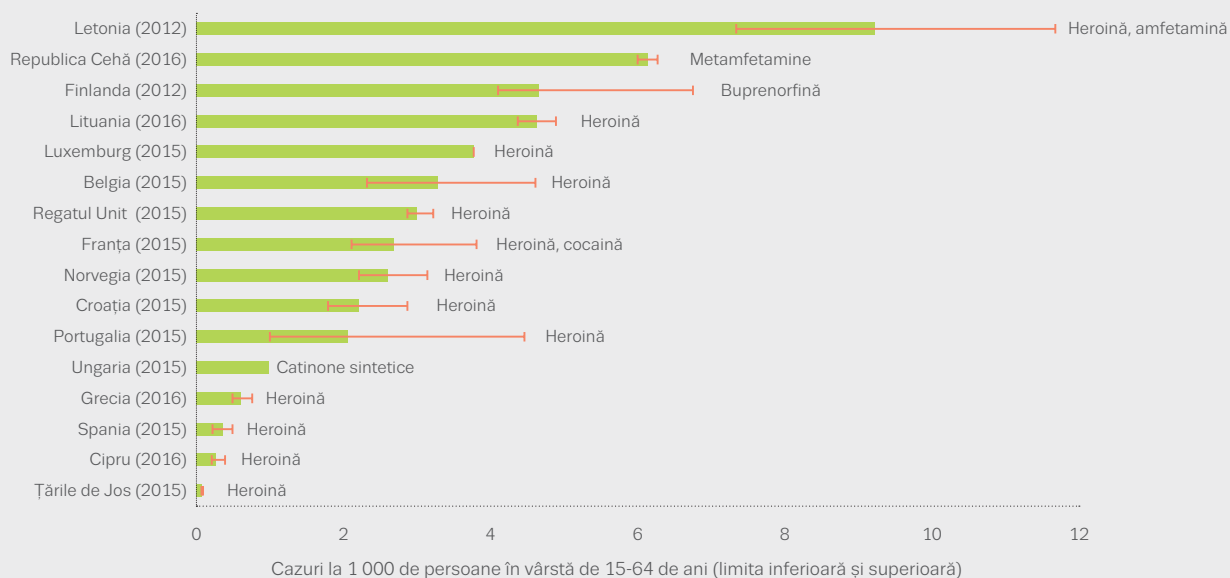
Italia, Spania, Germania, Regatul Unit, Alte țări

NB: Pe lângă tendințe, datele se referă la toate persoanele admise la tratament care au consumat heroină ca drog principal. Datele pentru Germania se referă la persoanele admise la tratament care au consumat „opioide” ca drog principal. Tendințele referitoare la persoanele admise la tratament pentru prima dată se bazează pe datele din 25 de țări. În graficul privind tendințele sunt incluse doar țări pentru care există date referitoare la cel puțin 9 din cei 11 ani. Valorile lipsă sunt interpolate din anii adiacenți. Din cauza modificărilor în fluxul de date la nivel național, datele referitoare la Italia din 2014 până în prezent nu sunt direct comparabile cu cele din anii anteriori.



## FIGURA 2.13

## Consumul de droguri injectabile: cele mai recente estimări privind prevalența și principalul drog injectat



opioide admiși la servicii specializate s-au prezentat pentru probleme legate în principal de alte opioide decât heroina (figura 2.12). În Estonia, majoritatea persoanelor admise la tratament care menționaseră un opioid ca drog principal consumaseră fentanil, în timp ce în Finlanda opioidul menționat cel mai des ca drog principal de persoanele admise la tratament era buprenorfină. Abuzul de buprenorfină este menționat de aproximativ 30 % dintre consumatorii de opioide din Republica Cehă, iar abuzul de metadonă – de 22 % dintre consumatorii de opioide din Danemarca. În Cipru și Polonia, între 20 % și 30 % dintre consumatorii de opioide sunt admiși la tratament pentru probleme asociate consumului de alte opioide, de exemplu oxicodonă (Cipru) și „kompot” — heroină obținută din tulpini de mac (Polonia). În plus, este posibil ca persoanele care se adresează serviciilor de tratament pentru probleme asociate unor noi substanțe psihoactive cu efecte similare opioidelor să fie încadrate în categoria generală a consumatorilor de opioide.

### Consumul de droguri injectabile: continuă să scadă în rândul persoanelor admise la tratament

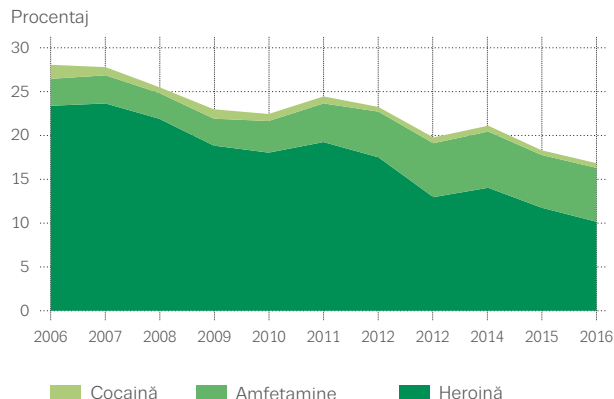
Consumul de droguri injectabile este asociat de regulă cu opioidele, deși în unele țări reprezintă o problemă injectarea unor substanțe stimulante precum amfetaminele sau cocaina.

În cele doar 16 țări care dispun de estimări ale prevalenței consumului de droguri injectabile din 2011 până în prezent, acesta variază de la mai puțin de un caz până la nouă cazuri la 1 000 de persoane în vârstă de 15-64 de ani. În majoritatea acestor țări se poate identifica în mod clar principalul drog injectat, însă în unele se identifică două droguri principale, cu o prevalență similară a consumului. În majoritatea țărilor (14), raportările arată că principalul drog injectat este un opioid (a se vedea figura 2.13). În 13 dintre aceste țări se menționează heroina, iar în Finlanda este menționată buprenorfină. Drogurile stimulante sunt raportate ca drog injectabil principal în patru țări, substanțele consumate fiind catinonele sintetice (Ungaria), cocaina (Franța), amfetamina (Letonia) și metamfetamina (Republica Cehă).



FIGURA 2.14

**Injecția de heroină, cocaină sau amfetamine ca drog principal de către persoanele admise la tratament pentru prima dată: procentajul celor care raportează injecția ca principală cale de administrare**



NB: Tendințele se bazează pe cele 21 de țări pentru care există date referitoare la cel puțin 9 din cei 11 ani.

Dintre consumatorii de heroină ca drog principal admiși la tratament specializat pentru prima dată în 2016, 27 % au menționat injecția ca principală cale de administrare, în scădere de la 43 % în 2006. În cadrul acestui grup, nivelurile consumului prin injecție variază de la o țară la alta, de la 8 % în Spania la 90 % sau mai mult în Letonia, Lituania și România. Injecția este menționată drept principală cale de administrare de 1 % dintre persoanele admise la tratament pentru prima dată pentru consumul de cocaină și de 47 % dintre persoanele admise la tratament pentru prima dată pentru consumul de amfetamine ca drog principal. Însă tabloul general al amfetaminelor este puternic influențat de Republica Cehă, în care se găsesc 87 % dintre consumatorii noi de amfetamină injectabilă din Europa. Dacă se analizează împreună consumul principalelor trei droguri injectabile de către consumatorii admiși la tratament pentru prima dată în Europa, se constată că injecția ca principală cale de administrare a scăzut de la 28 % în 2006 la 17 % în 2016 (figura 2.14).

Injecția catinonelor sintetice, deși nu reprezintă un fenomen larg răspândit, continuă să fie semnalată în rândul anumitor populații, printre care consumatorii de opioide injectabile și persoanele aflate sub tratament pentru consum de droguri din anumite țări, precum și în rândul consumatorilor incluși în programele de schimb de seringi din Ungaria. Într-un studiu recent al EMCDDA, 10 țări au raportat injecția de catinone sintetice (adesea împreună cu alte substanțe stimulante și cu GHB) în contextul petrecerilor cu caracter sexual în rândul unor mici grupuri de bărbați care fac sex cu bărbați.



**Injecția catinonelor sintetice continuă să fie semnalată în rândul anumitor populații**

## MAI MULTE INFORMAȚII

### Publicații EMCDDA

#### 2018

Country Drug Reports 2018.

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

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

#### 2017

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

#### 2016

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

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

#### 2015

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

Drug use, impaired driving and traffic accidents, Insights.

Injection of synthetic cathinones, Perspectives on Drugs.

#### 2014

Exploring methamphetamine trends in Europe, EMCDDA Papers.

#### 2013

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

#### 2012

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

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

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](http://www.emcdda.europa.eu/publications)



# 3

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

# Efectele nocive ale drogurilor și intervențiile conexe

Consumul de droguri ilegale reprezintă un factor recunoscut care contribuie la povara globală a bolilor. El 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 ele fiind problema supradozelor. Deși relativ rar, consumul de opioide provoacă în continuare o mare parte a îmbolnăvirilor și a 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 pentru intervențiile de combatere a drogurilor.

Conceperea și punerea în practică a unor intervenții eficiente, bazate pe dovezi, la problemele asociate drogurilor reprezintă o preocupare centrală a politicilor europene în domeniu 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 schimb de ace și seringi, au fost concepute în parte ca reacție la consumul de opioide injectabile și la problemele conexe, în special la răspândirea bolilor infecțioase și la decesele cauzate de supradoze.

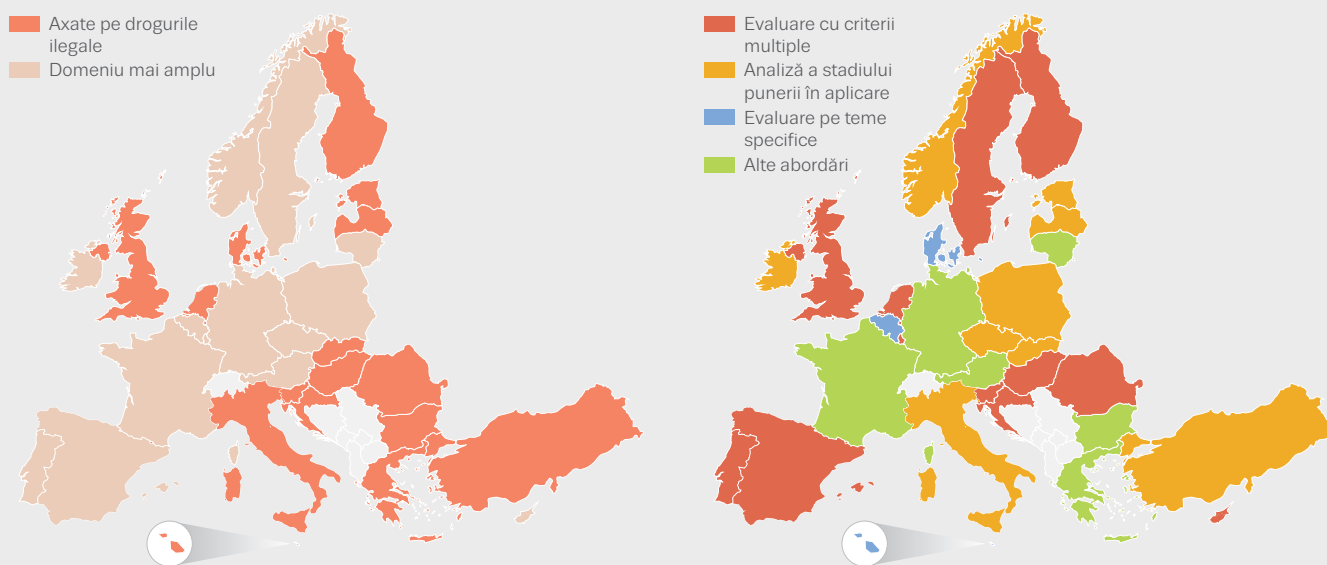
## Monitorizarea efectelor nocive ale drogurilor și a intervențiilor conexe

EMCDDA primește informații privind intervențiile sociale și în materie de sănătate legate de 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. Pe site-ul EMCDDA, la rubrica [Health and social responses to drug problems: a European GUIDE](#) (Ghid european privind intervențiile sociale și în materie de sănătate privind problemele legate de droguri) și în materialul online asociat, precum și la rubrica [Best practice portal](#) (Portalul de bune practici) se găsesc informații suplimentare pe această temă.

Bolile infecțioase, mortalitatea și morbiditatea asociate consumului 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](#) (Buletinul statistic) și [Action on new drugs](#) (Acțiuni privind drogurile noi).

## FIGURA 3.1

## Domeniul documentelor strategice naționale în materie de droguri (stânga) și metodele de evaluare (dreapta) în 2017



NB: Strategiile cu domeniu mai amplu pot să includă, 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.

### Strategiile în materie de droguri: domeniu de aplicare mai amplu

În prezent, aproape jumătate dintre cele 30 de țări monitorizate de EMCDDA includ în strategiile lor naționale în materie de droguri, pe lângă drogurile ilegale, și probleme legate de consumul a diferite combinații de substanțe, precum și probleme asociate comportamentului cu caracter de dependență. Aceste instrumente de planificare sunt utilizate de către guverne pentru a-și elabora abordarea generală și intervențiile specifice pentru diversele dimensiuni sociale, de sănătate și de securitate ale problemei drogurilor. Politica națională în materie de droguri a Danemarcei se regăsește într-o serie de documente strategice, acte legislative și acțiuni concrete, în timp ce toate celelalte țări au un document strategic național în materie de droguri. În 16 țări, strategia în domeniul drogurilor se axează în principal pe drogurile ilegale. În celelalte 14 țări, politicile au un domeniu de aplicare mai amplu, acordând mai multă atenție și altor substanțe și comportamente care duc la dependență (a se vedea figura 3.1). Pe de altă parte, în Regatul Unit administrațiile descentralizate ale Țării Galilor și Irlandei de Nord au documente strategice ample. Numărând și aceste două documente, numărul total al strategiilor cu caracter amplu în materie de droguri ilegale ajunge la 16. Aceste documente cu domeniu amplu se referă în principal la drogurile ilegale, prezentând diferențe în modul de abordare a altor substanțe și dependențe. Toate documentele vizează alcoolul, 10 dintre ele iau în

considerare tutunul, 9 se referă și la medicamente, 3 includ dopajul în sport (de exemplu, substanțe pentru îmbunătățirea performanțelor), iar 8 analizează și comportamentele cu caracter de dependență (de exemplu, jocurile de noroc). Indiferent de domeniul de aplicare, toate 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 planul de acțiune aferent (2017-2020), care pun accentul atât pe reducerea cererii, cât și pe reducerea ofertei de droguri.

Toate țările europene își evaluează strategiile naționale în materie de droguri, dar folosesc în acest scop o serie de abordări diferite. În general, evaluările au scopul de a estima nivelul atins în punerea în aplicare a strategiei și schimbările intervenite în timp în ceea ce privește situația generală a drogurilor. În 2017 s-a raportat realizarea recentă a 12 evaluări cu criterii multiple, 9 analize ale stadiului punerii în aplicare și 3 evaluări pe teme specifice, iar șase țări au folosit alte abordări, de exemplu o combinație de evaluări pe bază de indicatori și proiecte de cercetare (a se vedea figura 3.1). Tendința către utilizarea unor strategii cu caracter amplu se reflectă din ce în ce mai mult și în utilizarea evaluărilor cu un domeniu mai amplu. În prezent, Franța, Luxemburg, Suedia și Norvegia au publicat evaluări ale unor strategii cu caracter amplu. Domeniul extins de aplicare al acestor strategii aduce cu sine posibilitatea unei abordări mai integrate a sănătății publice, dar și dificultăți legate de coordonarea punerii în aplicare, a monitorizării și a evaluării.

### Prevenirea pe bază de dovezi: sprijinirea punerii în aplicare

Prevenirea consumului de droguri și a problemelor legate de acesta în rândul tinerilor reprezintă obiectivul principal al strategiilor naționale în materie de droguri la nivel european și se poate realiza 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 axează pe persoanele aflate în situație de risc.

În Europa, interesul față de punerea în aplicare a unor programe de prevenire pe bază de dovezi a devenit din ce în ce mai mare în ultimii ani, fiind susținut de crearea de registre, inițiative de pregătire și standarde de calitate. În 2018 au fost create sau sunt în curs de elaborare registre în peste o treime dintre cele 30 de țări EMCDDA. Registrele au criterii de admisie și de evaluare pentru eficacitatea programelor. Registrul european Xchange prezintă legături cu registrele naționale și conține aproximativ 20 de programe de prevenție a consumului de droguri pe bază de manual, care au fost analizate cu deosebită atenție și ale căror rezultate au fost evaluate. De asemenea, registrul oferă informații din partea specialiștilor privind experiența punerii în aplicare, abordând probleme precum obstacolele organizatorice și culturale în calea punerii în aplicare (recrutare, calendar, probleme de adaptare) și modul de rezolvare a acestora.

Formarea profesională este vitală pentru introducerea cu succes a abordărilor preventive, însă oportunitățile de pregătire formală în domeniul științei prevenirii sunt limitate. O nouă inițiativă, Programa pentru prevenire universală, bazată pe standardele oferite de dovezile internaționale, a fost adaptată recent la publicul european, rezultând o programă de învățământ universitar de 9 săptămâni și un curs de formare condensat de 3-5 zile (UPC-Adapt) pentru factorii de decizie și formatorii de opinie de la nivel local sau regional. Versiunea scurtă este introdusă în o treime dintre statele membre ale UE în 2018.

**Formarea profesională este vitală pentru introducerea cu succes a abordărilor preventive**

### Prevenirea de mediu: programe cu componente multiple privind viața de noapte

O serie de țări raportează utilizarea sporită a abordărilor privind prevenirea de mediu în locurile unde se desfășoară viața de noapte, în special în nordul Europei. Majoritatea abordărilor axate pe mediu vizează în principal alcoolul, dar factorii de risc (contextuali) comuni pentru problema consumului de alcool și de alte droguri pot face ca abordările de acest tip să fie utile și pentru prevenirea consumului de alte substanțe. Punerea lor în aplicare rămâne însă limitată. O abordare de interes este reprezentată de coalițiile cu componente multiple legate de viața de noapte, care combină pregătirea persoanelor care servesc în localuri, controlul la intrare, supravegherea și mobilizarea comunității. Există câteva dovezi care sugerează că această abordare poate fi eficace în reducerea efectelor nocive ale consumului de alcool și de droguri. Un exemplu relevant este proiectul STAD din Suedia, care este preluat în prezent de alte șase țări ale UE. Cu toate acestea, în 2016 doar două țări (Finlanda și Regatul Unit) au raportat o disponibilitate pe scară largă a intervențiilor cu componente multiple.

### M-sănătatea: extinderea accesului la intervenții

O gamă largă de intervenții în domeniul drogurilor se realizează din ce în ce mai frecvent și online, inclusiv prin intermediul aplicațiilor de sănătate mobilă pentru telefoane inteligente (m-sănătate). Intervențiile prin internet și prin sistemul m-sănătate au potențialul de a extinde raza de acțiune și acoperirea geografică a programelor de prevenire și de tratament către persoane care nu ar putea avea acces în alt mod la servicii specializate pentru consumul de droguri. Intervențiile accesate prin telefoanele inteligente pot varia de la instrumente de învățare online pentru specialiști în domeniul drogurilor până la prevenirea consumului de droguri și măsuri de reducere a efectelor nocive, intervenții de proximitate digitale pe platforme de comunicare socială, monitorizarea pacienților, supraveghere și administrarea tratamentului.

Un studiu recent al EMCDDA a identificat peste 60 de aplicații de tip m-sănătate în domeniul drogurilor disponibile în magazinele de aplicații online; aproape jumătate dintre ele provin din Europa. Majoritatea aplicațiilor furnizează informații referitoare la droguri, împreună cu anumite forme de intervenție. Intervențiile de tip m-sănătate din Europa au vizat în principal promovarea reducerii efectelor nocive în rândul persoanelor amatoare de petreceri și în rândul tinerilor. Printre tehnicile utilizate în aplicații se regăsesc metode consacrate de intervenție

pentru tratament online, precum jurnale de consum, feedback personalizat privind obiectivele autostabilite de reducere a consumului de droguri și interacțiuni cu specialiști în tratarea acestor probleme, de exemplu prin mesaje criptate. Unele aplicații utilizează și tehnici eficiente de prevenire, de exemplu metode bazate pe normele sociale și diminuarea percepțiilor eronate privind consumul de droguri de către persoanele de aceeași vârstă. Lipsa unor standarde de calitate pentru aplicațiile de tip m-sănătate din domeniul drogurilor, precum și motivele de îngrijorare legate de protecția datelor și insuficiența baze de dovezi reprezintă obstacole în calea dezvoltării acestui domeniu. Cu toate acestea, aplicațiile de tip m-sănătate vor deveni probabil instrumente importante de intervenție privind drogurile atât pentru consumatori, cât și pentru specialiștii din întreaga Europă.

### Tratamentul pentru consum de droguri: serviciile disponibile la nivelul comunității

Tratamentul pentru consum de droguri reprezintă 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 servicii de tratament adecvate reprezintă un obiectiv de politică esențial.

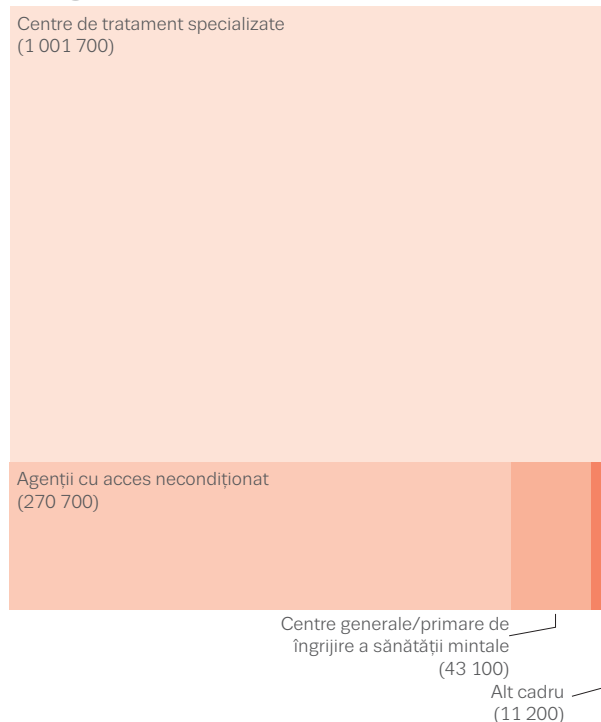
În Europa, majoritatea tratamentelor pentru consum de droguri sunt furnizate în regim ambulatoriu, centrele specializate de tratament ambulatoriu constituind cel mai mare furnizor de servicii de acest tip din punctul de vedere al numărului de consumatori tratați (figura 3.2). Agențiile cu acces necondiționat reprezintă al doilea mare furnizor de tratament, fiind urmate de centrele medicale primare și de centrele generale de îngrijire a sănătății mintale. În această ultimă categorie intră și cabinetele medicilor generaliști, prescriptori importanți ai tratamentelor de substituție pentru opioide în unele țări mari precum Franța și Germania. În alte zone, de exemplu în Slovenia, administrarea tratamentului are loc și în centre de îngrijire a sănătății mintale cu regim ambulatoriu.

Un procentaj mai mic de tratamente sunt furnizate în Europa în regim de internare, în special în centre rezidențiale din cadrul spitalelor (de exemplu, spitale de psihiatrie), dar și 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.

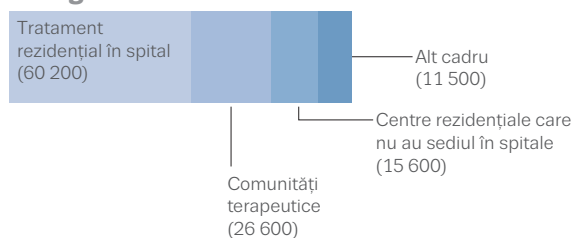
FIGURA 3.2

Numărul persoanelor tratate pentru consumul de droguri în Europa în 2016, după cadrul în care are loc tratamentul

#### În regim ambulatoriu



#### În regim de internare



#### Închisori



### Tratamentul pentru consum de droguri: modalitățile de admitere la tratament și parcursul urmat de consumatori

Se estimează că aproximativ 1,3 milioane de persoane au primit tratament pentru consumul de droguri ilegale în Uniunea Europeană în 2016 (1,5 milioane dacă se includ

**În Europa, majoritatea  
tratamentelor pentru consum  
de droguri sunt furnizate  
în regim ambulatoriu**



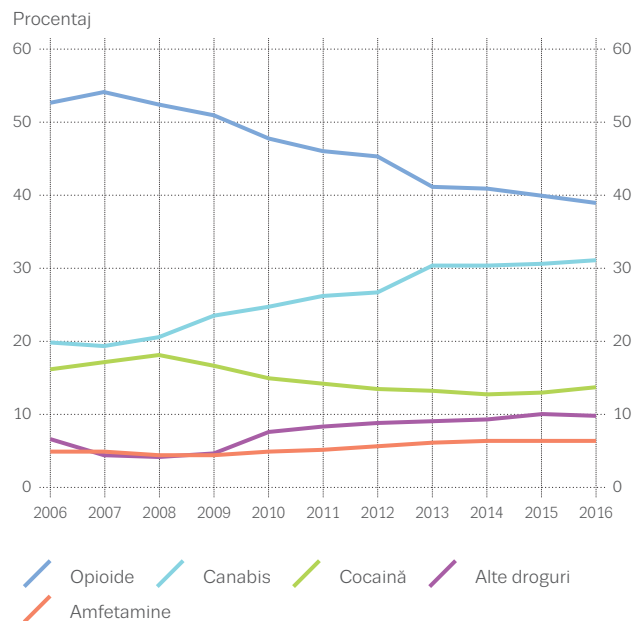
FIGURA 3.3

Norvegia și Turcia). Apelarea din proprie inițiativă la serviciile de tratament specializat pentru consum de droguri continuă să fie modalitatea cea mai utilizată. Aproape jumătate (48 %) dintre persoanele admise la tratament specializat pentru consum de droguri în Europa în 2016 s-au adresat acestor servicii din proprie inițiativă, incluzându-se aici și trimiterea de către membrii familiei sau de către prieteni. Aproximativ un sfert (26 %) dintre pacienți au fost trimiși de servicii medicale, educaționale și sociale, inclusiv de alte centre de tratament pentru consumul de droguri, iar 16 % au fost trimiși de sistemul de justiție penală. În mai multe țări au fost instituite sisteme de dejudiciarizare a persoanelor care comit infracțiuni la regimul drogurilor, acestea nemaifiind trimise către sistemul judiciar penal, ci către programe de tratament pentru consumul 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.

Practicile în materie de trimitere la tratament variază foarte mult, atât în funcție de țară, cât și în funcție de drogul principal. Sistemul de justiție penală are un rol deosebit de important în trimiterea la tratament a consumatorilor de canabis. Per ansamblu, în Europa 26 % dintre consumatorii de canabis sunt trimiși la tratament de către sistemul de justiție penală, deși proporția variază considerabil de la o țară la alta. În 2016, în țările cu peste 100 de noi pacienți aflați sub tratament pentru consumul de canabis, procentajul trimis de către instanțe, serviciile de probațiune și poliție a variat de la 2 % în Țările de Jos la peste 80 % în Ungaria și România.

Parcursul urmat de consumatorii de droguri de-a lungul tratamentului este adesea caracterizat de utilizarea unor servicii diferite, de admiteri multiple la tratament și de o durată variabilă a tratamentului. 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. O perspectivă asupra acestui parcurs este oferită de rezultatele unei analize a datelor privind tratamentul specializat, efectuată în 2016 în nouă țări europene. Dintre cei 370 000 de pacienți menționați ca fiind sub tratament în aceste țări pe parcursul anului respectiv, puțin sub 20 % primeau tratament pentru prima dată în viață; 27 % fuseseră readmiși, după ce primiseră tratament într-un an anterior, iar peste 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 se confruntau cu probleme legate de consumul de opioide, în special de heroină.

Tendințe privind procentajul consumatorilor admiși la tratament specializat pentru consumul de droguri, după drogul principal



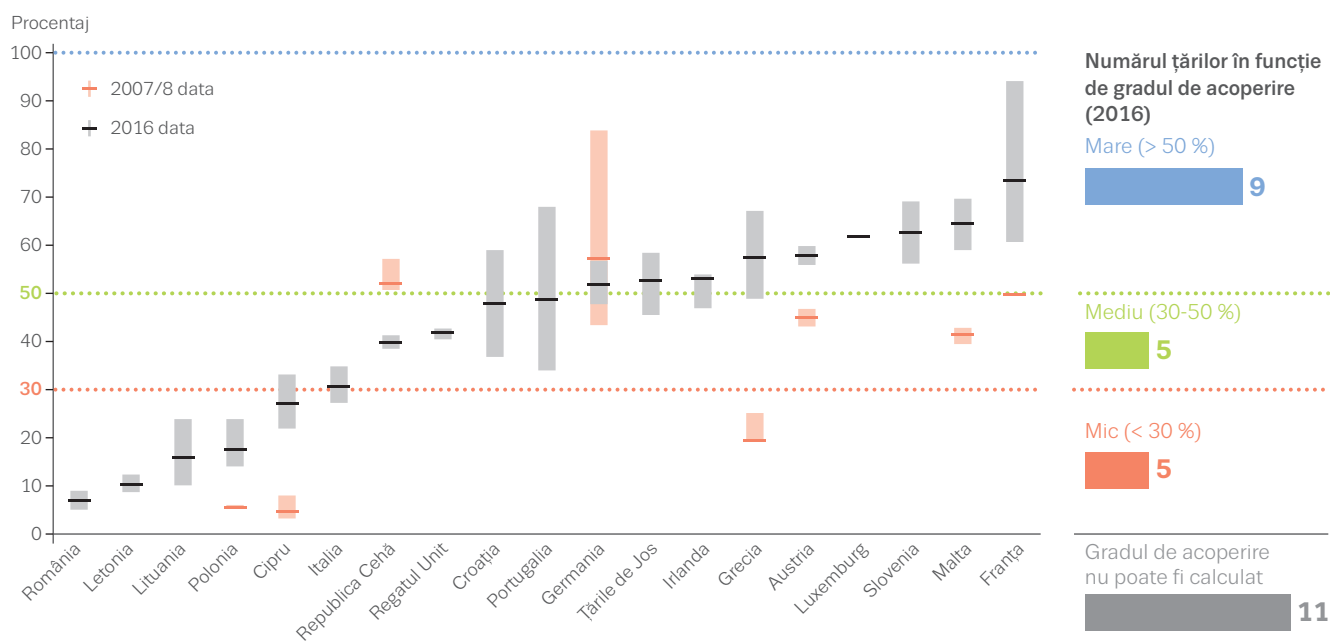
### Tratamentul de substituție pentru opioide: furnizarea lui variază de la o țară la alta

Tratamentul de substituție, combinat adesea 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 semnalat, efectele nocive și mortalitatea asociate consumului de droguri. În ordinea descrescătoare a mărimii, următoarele grupuri admise la tratament sunt formate din consumatorii de canabis și de cocaină (figura 3.3). Pentru acești pacienți, principala modalitate de tratament este reprezentată de intervențiile psihosociale.

Se estimează că, în 2016, aproximativ 628 000 de consumatori de opioide au beneficiat de tratament de substituție în Uniunea Europeană (636 000 dacă se include și Norvegia). Tendința arată o creștere generală a numărului de pacienți până la înregistrarea unui nivel de vârf în 2010, urmat de o scădere de 10 % până în 2016. În perioada 2010-2016 s-au observat scăderi în 12 țări, cele mai importante (de peste 25 %) fiind raportate de Spania, Țările de Jos și Portugalia. Acest declin poate fi explicat prin factori legați de cerere sau de ofertă, printre care reducerea și îmbătrânirea populației de consumatori cronici de opioide sau schimbarea obiectivelor de tratament în unele țări. Alte țări au continuat să extindă furnizarea tratamentului, urmărind să obțină o acoperire cât mai mare; în perioada 2010-2016, 16 țări au raportat

FIGURA 3.4

Gradul de acoperire al tratamentului de substituție pentru opioide (procentajul consumatorilor de opioide predispuși unui risc mare care beneficiază de intervenție) în 2016 sau în cel mai recent an și în 2007/2008



NB: Datele sunt afișate ca estimări punctuale și intervale de incertitudine.

creșterea numărului de persoane care au primit tratament de substituție, printre acestea numărându-se Letonia (173 %), România (167 %) și Grecia (57 %).

O comparație cu estimările actuale ale numărului de consumatori de opioide predispuși unui risc ridicat arată că, per total, aproximativ jumătate dintre aceștia primesc tratament de substituție, dar există diferențe între țări (figura 3.4). În țările pentru care sunt disponibile date comparabile din 2007 sau din 2008 s-a înregistrat o creștere generală a gradului de acoperire. În schimb, în unele țări nivelul de furnizare a serviciilor de tratament a rămas scăzut.

Drogul de substituție prescris cel mai frecvent pentru opioide este metadona, pe care o primesc aproape două treimi (63 %) dintre pacienții care urmează tratament de substituție în Europa. Alți 35 % dintre pacienți sunt tratați cu medicamente pe bază de buprenorfină, în opt țări acesta fiind principalul drog de substituție utilizat (figura 3.5). Alte substanțe, precum morfina cu eliberare lentă sau diacetilmorfina (heroina), sunt prescrise doar ocazional și se estimează că sunt primite de doar 2 % dintre pacienții care primesc droguri de substituție în Europa. Majoritatea persoanelor care urmează un tratament de substituție în Europa au vârsta de peste 35 de ani și primesc tratamentul de peste 2 ani. În toate țările europene sunt disponibile opțiuni alternative de tratament pentru consumatorii de opioide. În cele 13 țări pentru care sunt disponibile date, între 3 % și 28 % din totalul consumatorilor de opioide care urmează tratament primesc intervenții care nu implică tratament de substituție.

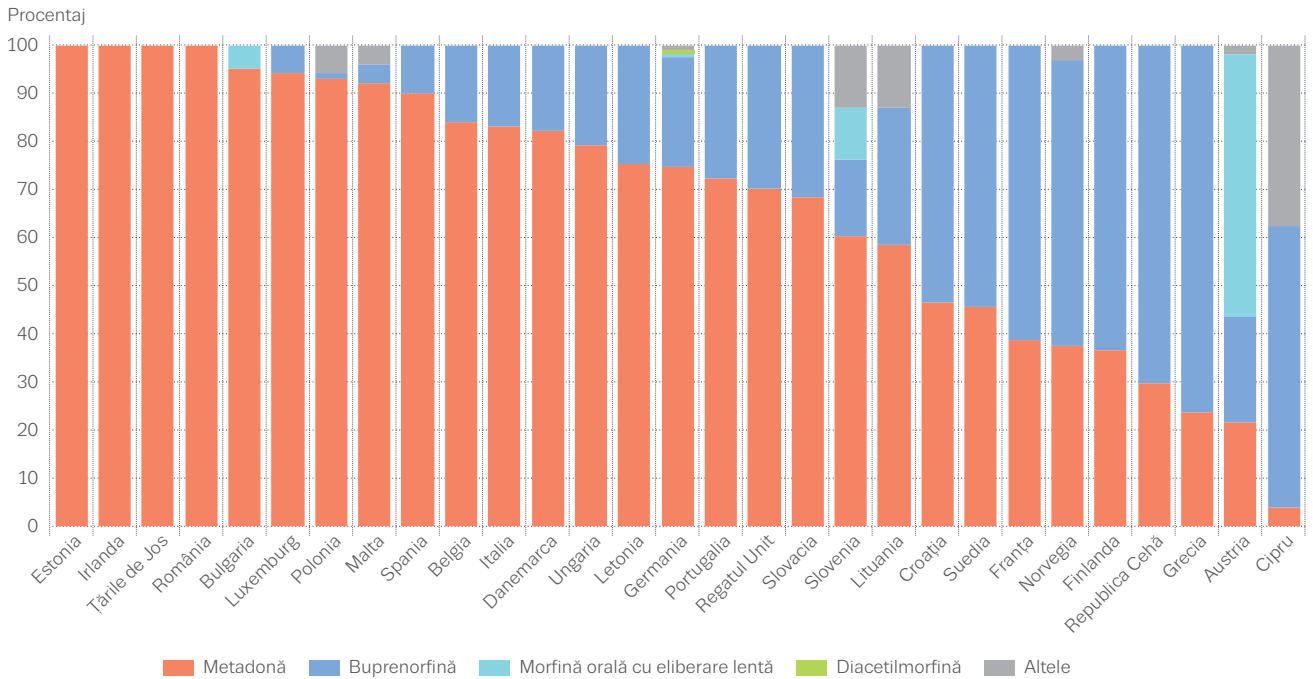
## Rezultatele tratamentului: rolul standardelor de calitate

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. Cu toate acestea, instituirea unei monitorizări a rezultatelor este împiedicată de lipsa unui acord privind obiectivele de tratament și indicatorii corespunzători ai acestora. O evaluare recentă a EMCDDA a evidențiat o mare variabilitate a rezultatelor măsurate, identificând opt domenii diferite: rezultate privind „consumul de droguri”, „infraționalitatea”, „sănătatea”, rezultate „referitoare la tratament”, „funcționarea socială”, „efectele nocive”, „mortalitatea” și „estimările economice”.

Utilizarea standardelor de calitate reprezintă o altă metodă de asigurare a punerii în aplicare în mod corespunzător a intervențiilor și recomandărilor practice cuprinse în ghiduri. Chiar dacă, în general, punerea în aplicare prin utilizarea standardelor are loc la nivel local, există și standarde internaționale utilizate pentru a se ajunge la un consens privind principiile generale ale intervențiilor. De exemplu, standardele minime de calitate europene privind reducerea cererii de droguri, adoptate de Consiliul UE, stabilesc principii generale care sunt puse în aplicare în moduri diferite de la o țară la alta.

FIGURA 3.5

Proporția consumatorilor care primesc diverse tipuri de medicamente de substituție pentru opioide prescrise în țările europene



NB: Datele din Regatul Unit se referă la Anglia, Țara Galilor și Irlanda de Nord.

CONSUMATORI AFLAȚI ÎN TRATAMENT DE SUBSTITUȚIE PENTRU OPIOIDE

Populația

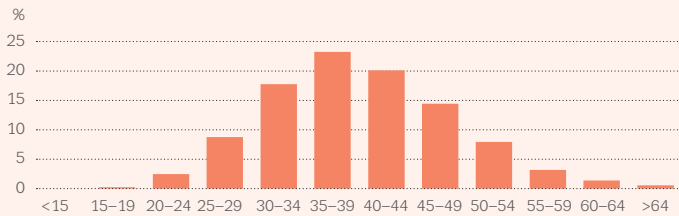
628 000 UE

636 000 UE + Norvegia

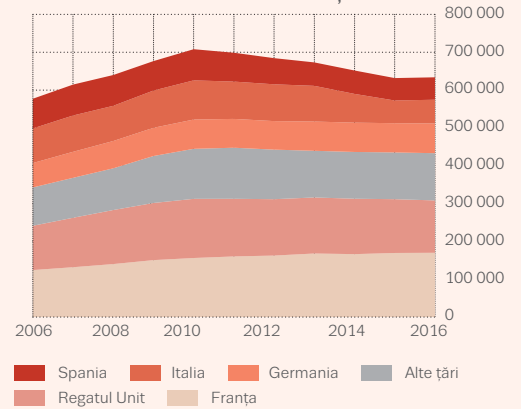
26% 74%



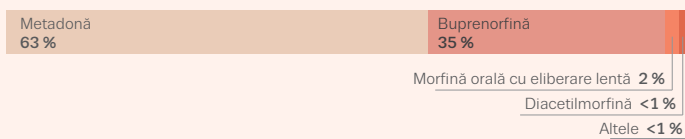
Distribuția pe vârste



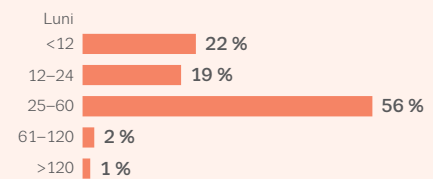
Tendențe privind numărul persoanelor care urmează un tratament de substituție



Tipul de medicament



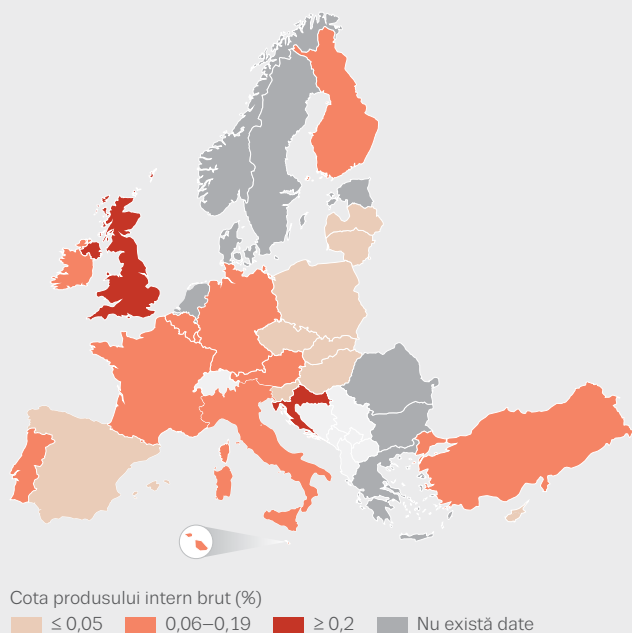
Durata tratamentului



NB: În graficul privind tendințele sunt incluse doar țări pentru care există date referitoare la cel puțin 8 din cei 11 ani. Valorile lipsă sunt interpolate din anii adiacenți.

## FIGURA 3.6

Cele mai recente estimări ale cheltuielilor publice legate de droguri (% din PIB)



### Răspunsul la problemele asociate drogurilor: cheltuieli și costuri

Atât pentru elaborarea politicilor, cât și pentru evaluarea lor, este important să se înțeleagă costurile acțiunilor de combatere a consumului de droguri. 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 ultimul deceniu, 22 de țări au realizat estimări complete ale cheltuielilor publice în materie de droguri (figura 3.6). Estimările variază între 0,01 % și 0,5 % din produsul intern brut (PIB), aproximativ jumătate dintre estimări situându-se între 0,05 % și 0,2 % din PIB.

Cheltuielile aferente inițiativelor de reducere a cererii, exprimate ca proporție din bugetul general destinat problemei drogurilor, variază substanțial de la o țară la alta, reprezentând între 21 % și 75 % din cheltuielile publice în domeniu conform estimărilor transmise agenției EMCDDA în ultimul deceniu. Tratamentele pentru consumul de droguri și alte costuri medicale reprezintă o mare parte din cheltuielile estimate pentru intervențiile de reducere a cererii. Deși diferențele dintre țări se datorează, în parte, diversității opțiunilor în privința politicilor și a furnizării tratamentului, precum și problemelor diferite legate de droguri și organizării diferite a serviciilor publice, diferitele metodologii de estimare au la rândul lor un impact major asupra rezultatelor.

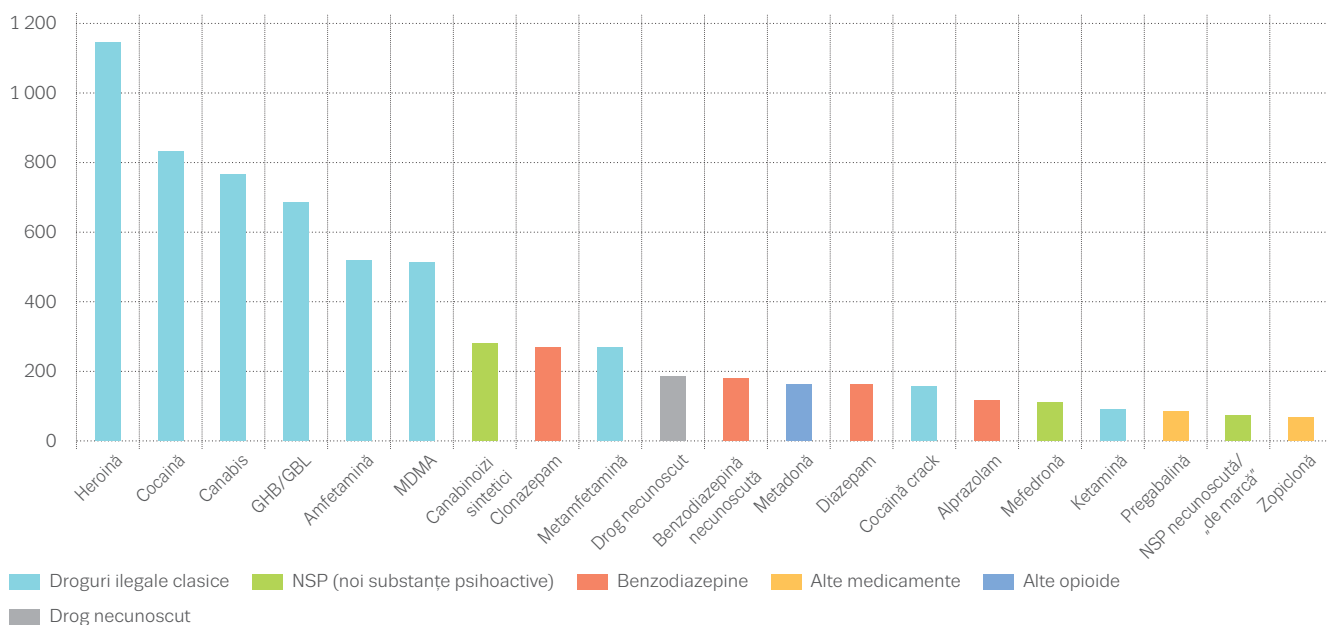
### Efectele nocive acute ale consumului de droguri: predomină heroina și cocaina

Datele referitoare la urgențele spitalicești pot oferi o perspectivă asupra efectelor nocive acute ale consumului de droguri și ne pot ajuta să înțelegem mai bine impactul pe care îl are acest consum asupra sănătății publice în Europa. Urgențele acute cauzate de consumul de droguri la nivel național sunt monitorizate în doar câteva țări. Dintre acestea, Lituania și Regatul Unit au raportat o creștere a numărului de urgențe asociate consumului de heroină. În schimb, Republica Cehă și Danemarca au raportat o tendință descendentă a numărului de urgențe asociate consumului de heroină. În Spania, aproape jumătate din numărul urgențelor asociate consumului de droguri raportate în 2015 au fost cauzate de cocaină, acest procentaj fiind acum în curs de stabilizare după ce a înregistrat o scădere. În același timp, a continuat să crească numărul urgențelor asociate consumului de cannabis. Și Slovenia a raportat în 2016 o tendință ascendentă a numărului de urgențe asociate consumului de cocaină, amfetamine și GHB. În 2016, regiunile santinelă din Țările de Jos au semnalat 272 de urgențe asociate consumului de 4-fluoroamfetamine (4-FA), un nou stimulant al sistemului nervos central. Cele mai multe dintre aceste cazuri au fost observate la punctele de prim ajutor din locurile unde se desfășoară viața de noapte, iar aproape o treime dintre apelurile de urgență privind consumul de droguri au fost asociate consumului de GHB.

În 19 spitale (santinelă) din 13 țări europene, prezentările la urgențe pentru toxicitate acută asociată consumului de droguri sunt monitorizate de Rețeaua europeană privind urgențele cauzate de consumul de droguri (Euro-DEN Plus). În 2016, proiectul a înregistrat 4 874 de prezentări la urgențe, vârsta medie a pacienților fiind de 32 de ani, iar sexul majoritar fiind cel bărbătesc (77 %). Aproape trei sferturi dintre persoanele care s-au prezentat la urgență au fost aduse la spital cu ambulanța. Cele mai multe dintre acestea (78 %) au fost externate în cel mult 12 ore. O mică parte au fost internate în secția de terapie intensivă (6 %) sau într-o secție de psihiatrie (4 %). S-a înregistrat un număr total de 22 de decese, dintre care 13 cauzate de opioide.

FIGURA 3.7

Principalele 20 de droguri înregistrate în cadrul prezentărilor la unitățile de primiri urgențe ale spitalelor santinelă în 2016



NB: Rezultatele au fost înregistrate la cele 4 874 de prezentări la unitățile de primiri urgențe în cadrul a 19 spitale santinelă din 13 țări europene.  
Sursa: Rețeaua europeană privind urgențele cauzate de consumul de droguri (Euro-DEN Plus).

În medie, pentru fiecare prezentare la urgențe au fost declarate 1,5 droguri (7 423 în total). Drogurile menționate cel mai frecvent au fost heroina, cocaina, cannabisul, GHB/GBL, amfetamina și MDMA (figura 3.7). O cincime (21 %) dintre prezentări au implicat abuzul de medicamente eliberate pe bază de prescripție sau fără rețetă (cel mai frecvent opioide și benzodiazepine); 7 % dintre ele consumaseră noi substanțe psihoactive (față de 9 % în 2015 și 6 % în 2014). Numărul prezentărilor asociate consumului de catinone sintetice a scăzut considerabil, de la 400 în 2014 la 160 în 2016, dar în același timp numărul asociat consumului de canabinoizi sintetici a crescut de la 28 la 282. Creșterea numărului de prezentări asociate consumului de canabinoizi sintetici este determinată în special de centrele din Londra și din Polonia.

Este posibil ca diferențele dintre drogurile menționate în prezentările la urgențe din diversele spitale să reflecte variațiile legate de zona deservită de spital și de modelele locale de consum. De exemplu, urgențele care au implicat consumul de heroină au fost înregistrate cel mai frecvent la Dublin (Irlanda) și la Oslo (Norvegia), în timp ce prezentările asociate consumului de GHB/GBL, cocaină și MDMA au fost preponderente la Londra (Regatul Unit).

## Drogurile noi: potență ridicată și efecte nocive

Noile substanțe psihoactive, printre care se numără opioidele sintetice, canabinoizii sintetici și catinonele sintetice, produc o serie de efecte nocive grave în Europa și reprezintă o provocare pentru politica în materie de droguri. Opioidul sintetic și canabinoizii sintetici sunt grupuri de substanțe care reprezintă un motiv de îngrijorare deosebită.

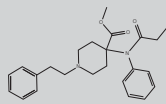
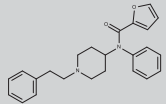
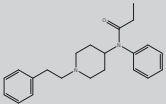
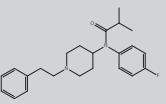
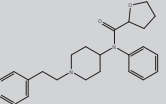
Chiar dacă joacă un rol minor pe piața europeană a drogurilor, noile opioide prezintă o amenințare gravă la adresa sănătății personale și publice. Derivații fentanilului sunt un motiv de îngrijorare deosebită, aceștia reprezentând majoritatea opioidelor noi monitorizate de EMCDDA. Aceste substanțe pot fi extrem de puternice, cantități minuscule putând să provoace o intoxicație care pune viața în pericol printr-o depresie respiratorie rapidă și severă. Acest lucru le face să fie extrem de periculoase,

mai ales pentru consumatorii necunoscători care cred că procură heroină, alte droguri ilegale sau analgezice. În astfel de circumstanțe, poate fi necesară luarea în considerare a naloxonei ca antidot pentru consumul de opioide. Pe lângă riscul acut de supradoză, derivații de fentanil par a predispuce 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 de opioide cu risc ridicat.

### Investigații comune și evaluarea riscurilor

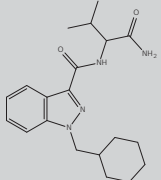
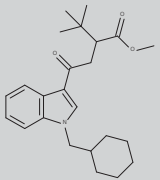
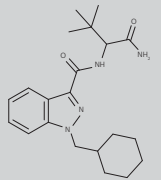
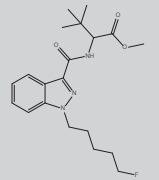
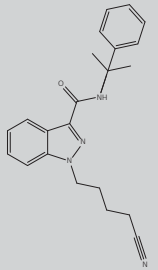
Ca urmare a celor două investigații comune privind acriiloilfentanilul și furanilfentanilul efectuate de EMCDDA și Europol în 2016, în 2017 au mai fost investigați alți cinci derivați de fentanil, după ce au fost raportate decese prin sistemul de alertă timpurie al UE. Substanțele respective (4-fluoroisobutirfentanil, tetrahidrofuranilfentanil, carfentanil, metoxiacetilfentanil, ciclopropilfentanil) au fost implicate în peste 160 de decese, multe dintre acestea fiind atribuite în mod direct acestor substanțe. În total, cinci dintre aceste șapte substanțe au făcut și obiectul unei evaluări oficiale a riscurilor efectuate de EMCDDA în cursul anului 2017 (tabelul 1), iar celelalte două substanțe vor fi evaluate în 2018. Până în prezent, acriiloilfentanilul și furanilfentanilul au fost supuși unor măsuri de control la nivel european din cauza riscurilor pe care le prezintă pentru sănătatea publică din Europa.

**Tabelul 1. Principalele constatări rezultate din evaluarea riscurilor a cinci derivați de fentanil**

Denumirea comună	Carfentanil	Furanilfentanil	Acriiloilfentanil	4F-IBF (4-fluorobutir- fentanilfentanil)	THF-F (tetrahidro- furanilfentanil)
Structura chimică					
Notificarea oficială către sistemul de alertă timpurie al UE	12 februarie 2013	3 noiembrie 2015	7 iulie 2016	26 august 2016	23 decembrie 2016
Numărul de decese	61	23	47	20	14
Numărul țărilor în care au avut loc decese asociate	8	6	3	2	1
Numărul capturilor realizate de autoritățile de aplicarea legii	801	143	162	24	53
Numărul țărilor în care a fost capturată substanța (UE, Turcia și Norvegia)	7	14	5	4	1

Tot în cursul anului 2017 au fost investigați și patru canabinoizi sintetici, ceea ce a dus la efectuarea unor evaluări ale riscurilor (tabelul 2). Substanțele respective (AB-CHMINACA, ADB-CHMINACA, 5F-MDMB-PINACA, CUMYL-4CN-BINACA) au fost implicate în mai mult de 80 de decese. Acestea au urmat după MDMB-CHMICA, primul canabinoid sintetic supus unei evaluări a riscurilor de către EMCDDA. Printre motivele care stau la baza toxicității severe pe care o pot provoca aceste substanțe se numără potența ridicată și practicile de fabricație necorespunzătoare. Dovezile sugerează că, atunci când fabrică „amestecurile pentru fumat”, producătorii adaugă 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 produse să conțină cantități toxice de substanță, ceea ce duce la un risc crescut de intoxicație.

**Tabelul 2. Principalele constatări rezultate din evaluarea riscurilor a cinci canabinoizi sintetici**

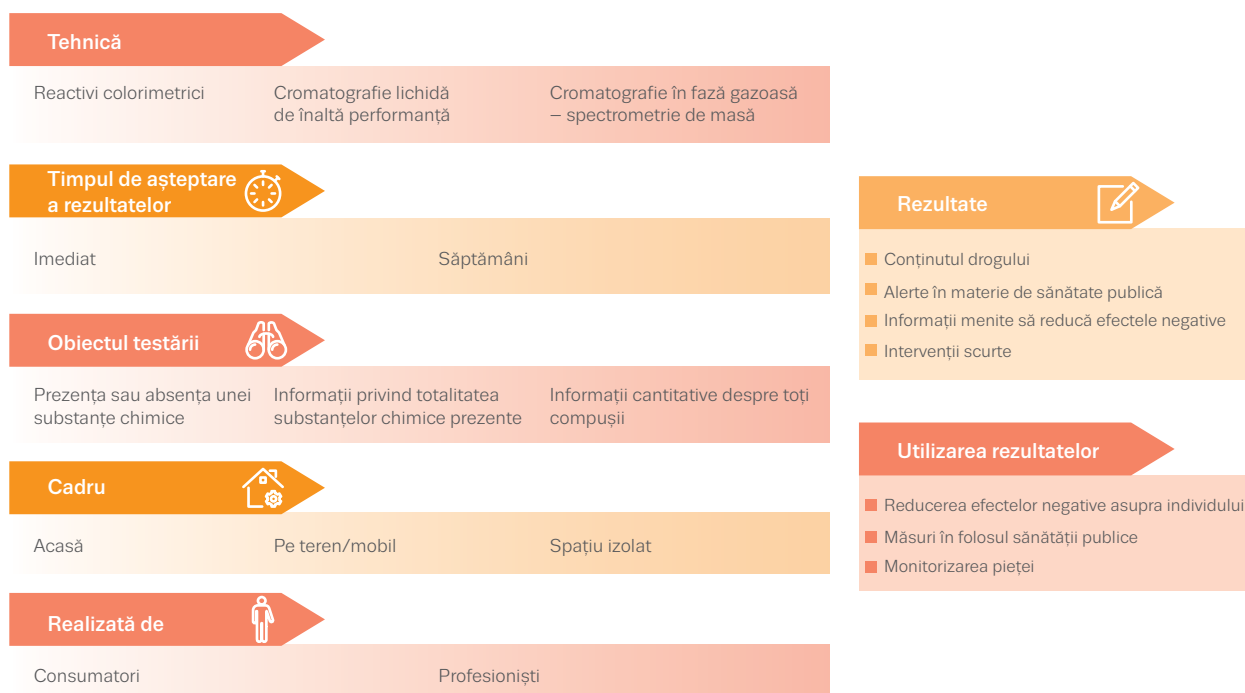
Denumirea comună	AB-CHMINACA	MDMB-CHMICA	ADB-CHMINACA	5F-MDMB-PINACA	CUMYL-4CN-BINACA
Structura chimică					
Notificarea oficială către sistemul de alertă timpurie al UE	10 aprilie 2014	12 septembrie 2014	24 septembrie 2014	8 ianuarie 2015	4 martie 2016
Numărul de decese	31	29	13	28	11
Numărul țărilor în care au avut loc decese asociate	6	6	3	2	2
Numărul capturilor realizate de autoritățile de aplicarea legii	6422	>3600	3794	1986	2461
Numărul țărilor în care a fost capturată substanța (UE, Turcia și Norvegia)	26	25	19	27	12

**Noile opioide prezintă  
o amenințare gravă la adresa  
sănătății personale și publice**



## FIGURA 3.8

## Exemple de tehnici de verificare a drogurilor și de aplicare a acestora



### Serviciile de verificare a drogurilor: disponibilitate în Europa

Serviciile de verificare a drogurilor le oferă consumatorilor posibilitatea de a efectua o analiză a drogurilor pentru a primi informații despre conținutul mostrei. Obiectivele serviciilor de verificare a drogurilor sunt variate, de la reducerea efectelor nocive, prin furnizarea de sfaturi și de informații pentru consumatorii de droguri, până la monitorizarea tendințelor actuale și emergente în ceea ce privește drogurile. În unele țări, serviciile de verificare a drogurilor reprezintă o parte integrantă a sistemelor naționale de alertă timpurie, în special prin sprijinirea identificării și a monitorizării noilor substanțe psihoactive.

Verificarea drogurilor este disponibilă în 10 țări ale UE. Serviciile variază în mai multe moduri, de exemplu prin amplasare, metode, promptitudinea rezultatelor, modul și scopul în care sunt comunicate rezultatele (figura 3.8). Serviciile de testare pot fi amplasate în laboratoare fixe sau în laboratoare mobile, de exemplu la festivaluri de muzică și în cluburi. Metodele utilizate variază de la trusele de autotestare, care indică prezența sau absența unui anumit drog sau adulterant, până la echipamente sofisticate care pot identifica și cuantifica numeroase substanțe. De asemenea, și timpul necesar pentru obținerea rezultatelor poate varia, de la câteva secunde până la câteva zile.

Comunicarea rezultatelor este importantă pentru serviciile de verificare a drogurilor, iar acestea sunt, de obicei, însoțite de sfaturi sau de intervenții scurte. Metodele de comunicare utilizate includ alerte privind sănătatea publică și consumatorul, panouri de informații la evenimente dansante, publicarea online a rezultatelor sau înmânarea acestora în mod direct persoanelor.

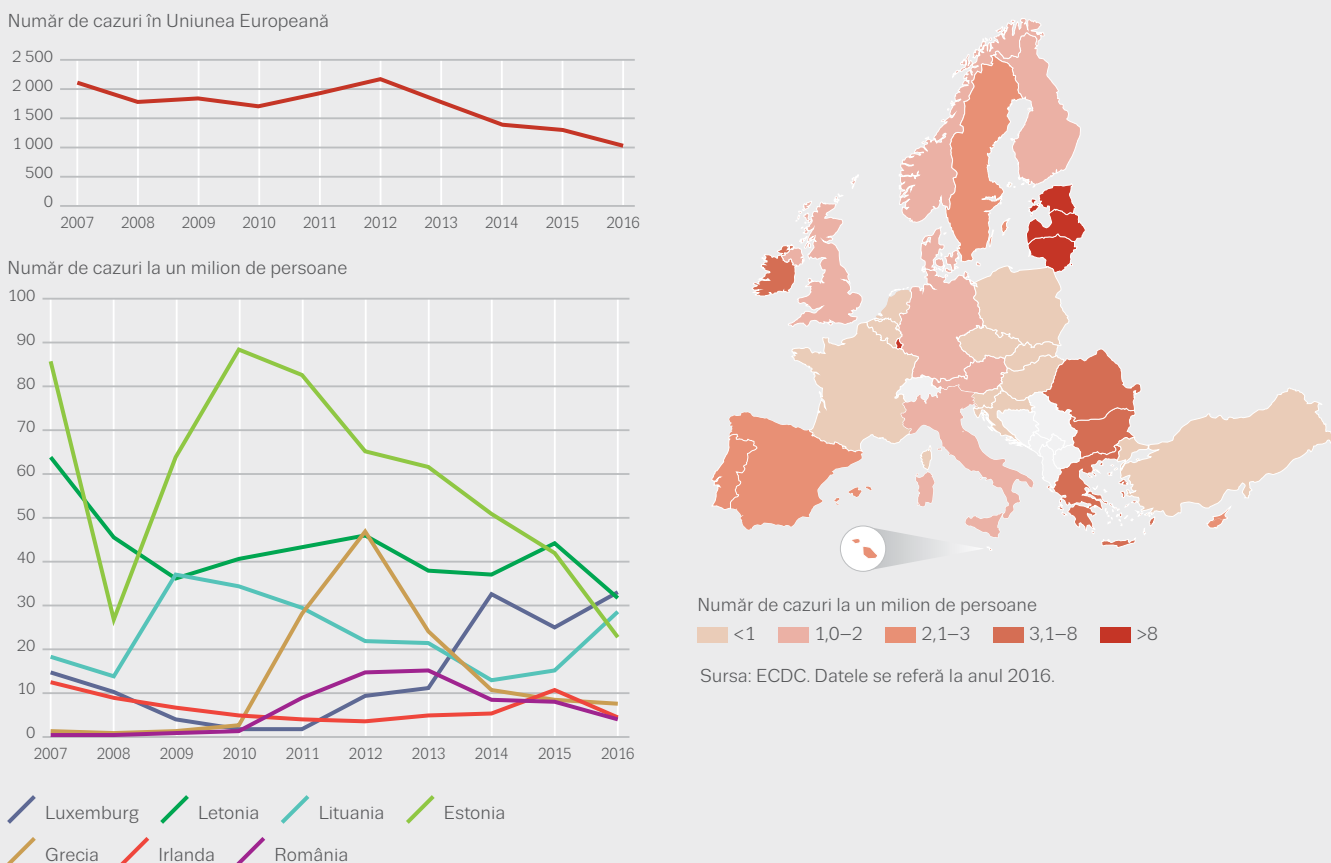
### Efectele nocive cronice ale drogurilor: HIV înregistrează o scădere, dar diagnosticarea tardivă persistă

Persoanele care consumă droguri, în special cele care consumă droguri injectabile, sunt expuse riscului de contractare a unor boli infecțioase prin folosirea în comun a echipamentului pentru consumul de droguri și prin contacte sexuale neprotejate. Comportamentul riscant constând în 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 2016, în Uniunea Europeană au fost notificate 1 027 de noi diagnosticări cu HIV la persoane infectate în urma consumului de droguri injectabile (figura 3.9), ceea ce reprezintă 5 % din totalul diagnosticărilor cu HIV 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 51 %



FIGURA 3.9

Cazuri de HIV nou diagnosticate, asociate consumului de droguri injectabile: tendințe generale și specifice și datele cele mai recente



între 2007 și 2016. Totuși, consumul de droguri injectabile rămâne o modalitate importantă de transmitere în unele țări: în 2016, conform datelor raportate la Centrul European de Prevenire și Control al Bolilor (ECDC), mai mult de un sfert dintre noile îmbolnăviri cu HIV diagnosticate au fost atribuite consumului de droguri injectabile în Lituania (47%), Luxemburg (29%) și Letonia (27%). În România și Grecia, deși numărul noilor infecții cu HIV atribuite consumului de droguri injectabile a continuat să scadă în 2016, el rămâne peste nivelul raportat înainte de focarele din 2012.

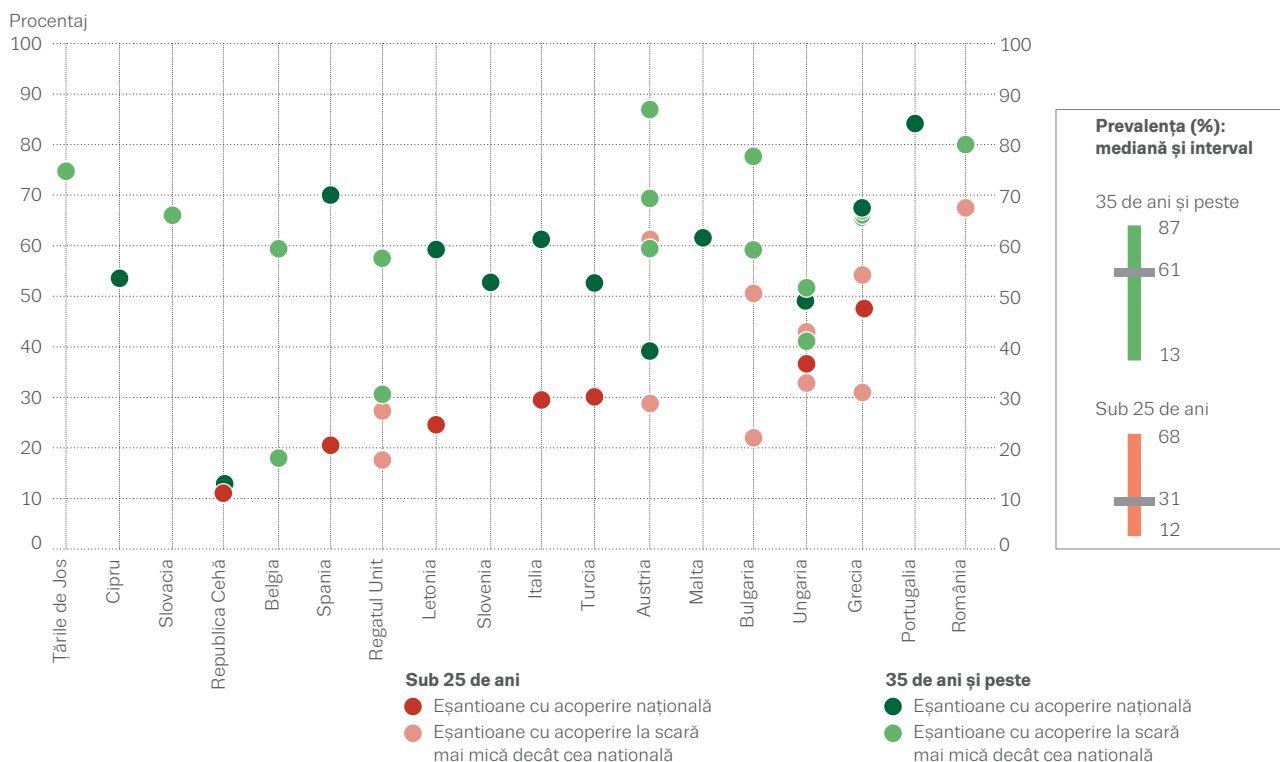
Majoritatea țărilor au raportat o scădere a numărului de cazuri de HIV asociate consumului de droguri injectabile între 2015 și 2016, inclusiv Irlanda și Regatul Unit, care în 2015 raportaseră creșteri. În Irlanda și Regatul Unit, acest lucru a fost, în parte, rezultatul unor focare localizate. Focarul raportat în 2014 în Luxemburg a continuat și pe parcursul anului 2016, iar creșterea consumului de droguri stimulante injectabile și gradul înalt de marginalizare a consumatorilor constituie factori determinanți ai acestui focar. Lituania a raportat o creștere bruscă a noilor infecții cu HIV în rândul persoanelor care consumă droguri injectabile, în 2016 cazurile aproape dublându-se, de la 44 la 83. 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 2016, 13% dintre noile cazuri de SIDA raportate în Uniunea Europeană a căror cale de transmitere este cunoscută au fost atribuite consumului de droguri injectabile. Cele 422 de cazuri notificate atribuite consumului de droguri injectabile reprezintă mai puțin de un sfert din numărul raportat cu un deceniu în urmă.

FIGURA 3.10

Prevalența infecției cu hepatita C în rândul persoanelor care își injectează droguri, în funcție de vârstă, 2015-2016



NB: Eșantioanele mai mici de 10 nu sunt incluse. Țările sunt ordonate conform datelor referitoare la persoane mai mici de 25 de ani.

Potrivit informațiilor disponibile, jumătate dintre noile diagnosticări cu HIV atribuite consumului de droguri prin injectare din Uniunea Europeană din 2016 au fost diagnosticate tardiv - atunci când virusul începuse deja să afecteze sistemul imunitar. În Grecia și România, aproximativ 2 din 3 cazuri noi de HIV asociate consumului de droguri injectabile au fost diagnosticate tardiv. Diagnosticarea tardivă a infecției cu HIV este asociată cu întârzieri în inițierea terapiei antiretrovirale și cu un nivel ridicat al morbidității și al mortalității. 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 transmițeri 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.

### Prevalența VHC: diferențe între țări

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, 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 predispuși unui risc mare, un grup în curs de îmbătrânire.

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 2015-2016 au variat între 15 % și 82 %, 6 dintre cele 13 țări care dispun de date naționale raportând o rată a prevalenței de peste 50 %. Dintre țările care dispun de date naționale privind tendințele pentru perioada 2010-2016, s-a raportat scăderea prevalenței VHC în rândul consumatorilor de droguri injectabile în 4 țări, în timp ce în alte 2 țări s-a observat o creștere.

VHC are o prevalență mai mare în rândul persoanelor mai în vârstă care își injectează droguri decât în rândul celor tineri, ceea ce evidențiază acumularea riscurilor de-a lungul anilor, precum și povara grea a infecțiilor în rândul grupurilor mai în vârstă (figura 3.10).

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 7 țări care dispun de date naționale, s-a estimat că între 1,5 % 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 și Germania 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.

### Prevenirea bolilor infecțioase: măsuri eficiente

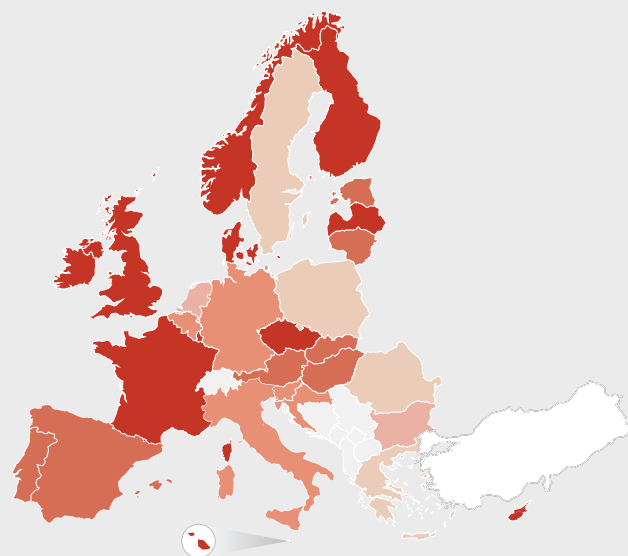
Printre măsurile recomandate pentru reducerea bolilor infecțioase asociate consumului de droguri în rândul persoanelor care își injectează droguri se numără furnizarea de tratamente de substituție pentru opioide, distribuirea de echipamente de injectare sterile, vaccinarea, testarea pentru boli infecțioase, tratamentul împotriva hepatitei și împotriva virusului HIV, precum și intervențiile de promovare a sănătății axate pe practici de injectare cu risc mai scăzut și pe reducerea comportamentului sexual riscant.

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 distribuire 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. Totuși, există diferențe considerabile între țări în ceea ce privește răspândirea geografică a punctelor de distribuire a seringilor (a se vedea figura 3.11). Gradul în care această intervenție acoperă populația țintă reprezintă o altă diferență între țări (figura 3.12). Sunt disponibile informații privind furnizarea de seringi prin programe specializate din 25 de țări, care împreună raportează distribuirea a peste 54 de milioane de seringi în cel mai recent an pentru care sunt disponibile date (2015-2016). Această cifră reprezintă o 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.

De asemenea, pe lângă ace și seringi, țările europene raportează și distribuirea altor materiale de către agențiile specializate în materie de droguri. Mai mult de jumătate

FIGURA 3.11

Disponibilitatea geografică a programelor de schimb de ace și seringi în Uniunea Europeană, Norvegia și Turcia



Procentajul unităților teritoriale cu unul sau mai multe puncte de distribuție

0	<20	20-39	40-59	60-79	>80
---	-----	-------	-------	-------	-----

NB: Pe baza unităților teritoriale NUTS-3 ale Eurostat. Valorile pentru Spania, Germania și Italia se bazează pe estimările experților. Este posibil ca disponibilitatea geografică să nu reflecte ponderea populației țintă asupra căreia intervențiile au avut impact.

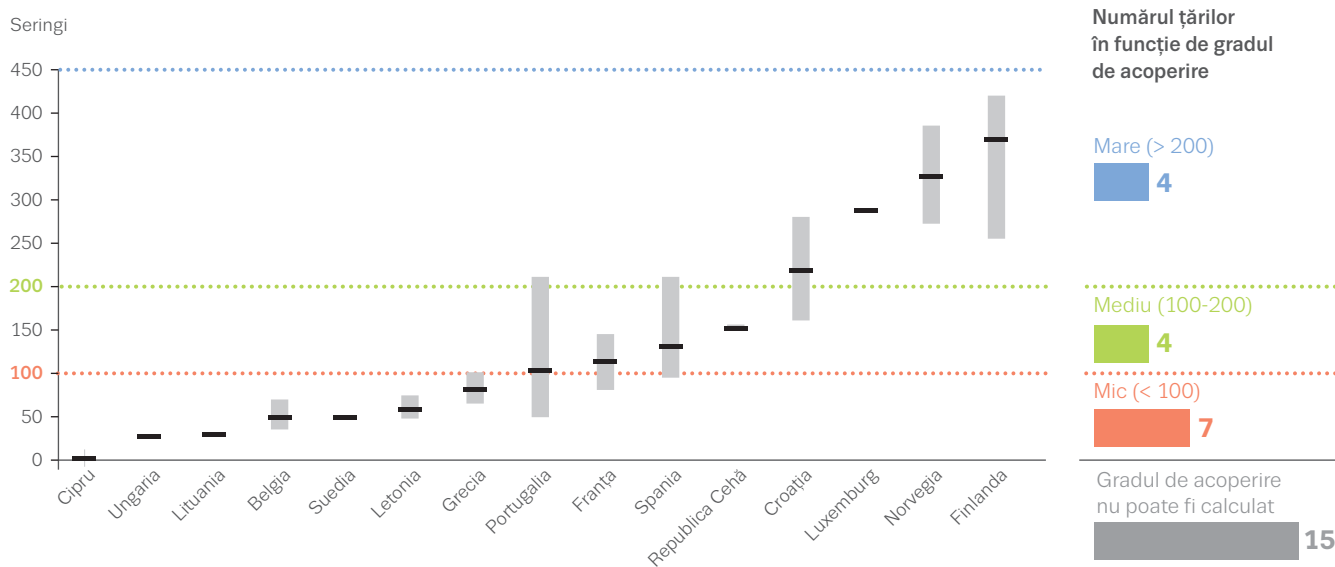
dintre țări raportează, de exemplu, informații scrise despre consumul în condiții mai sigure, despre prezervative, tampoane dezinfectante și acid citric. Furnizarea de foite și pipe pentru a permite și a promova inhalarea în locul injectării drogurilor a fost raportată de 8 țări, iar în Republica Cehă s-au distribuit capsule din gelatină pentru a încuraja consumul oral de metamfetamină (pervitină).

### Eliminarea virusului VHC: accesul la testare și tratament

În UE, standardele minime în domeniul calității privind intervențiile pentru reducerea cererii promovează realizarea testării voluntare 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 reprezintă obstacole în calea acceptării testelor și a tratamentului. Pentru a depăși aceste obstacole sunt necesare metode inovatoare, în special utilizarea pe scară mai largă a serviciilor de consiliere și de testare oferite de furnizori instruiți de servicii de îngrijire la nivel de comunitate. În plus, o extindere a testării pentru boli infecțioase trebuie însoțită și de măsuri care să asigure punerea la dispoziție a unui tratament corespunzător pentru infecții.

FIGURA 3.12

Gradul de acoperire al programelor specializate de schimb de seringi: estimarea numărului de seringi distribuite pentru fiecare consumator de droguri injectabile



Orientările experților europeni recomandă stabilirea fără întârziere a unui tratament împotriva virusului VHC pentru persoanele care prezintă un risc foarte mare de transmitere a virusului, printre care se numără și consumatorii activi de droguri injectabile și deținuții.

Tratamentele noi, eficiente, mai bine tolerate, administrate în întregime pe cale orală, fără interferon, cu agenți antivirali cu acțiune directă pot duce la vindecarea a 95 % dintre cazuri. Accesul fără restricții la tratament se menține scăzut din cauza costurilor mari ale acestor medicamente. Începând din octombrie 2017, una din două țări europene și-a formulat abordarea privind prevenirea hepatitei și îngrijirea persoanelor care suferă de această boală într-un document de politică. Cu toate acestea, ghidurile clinice din 9 țări cuprind criterii care restricționează accesul la tratamentul împotriva virusului HCV pentru persoanele care consumă droguri (de exemplu, este necesară abținerea de la consumul de droguri timp de 3-12 luni).

### Intervențiile în penitenciare: disponibilitatea la nivel național diferă

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 a evaluării

stării de sănătate la momentul intrării în arest. O analiză a datelor din 17 țări europene privind prevalența virusurilor HIV și VHC în rândul persoanelor care își injectează droguri, analiză care acoperă perioada 2006-2017, a arătat că, în majoritatea țărilor, prevalența acestor infecții a avut un nivel semnificativ mai ridicat în rândul foștilor deținuți: 10 țări din 17 în cazul virusului HIV și 14 țări din 17 în cazul virusului VHC.

Testarea pentru boli infecțioase (HIV, VHB, VHC) este disponibilă în penitenciare în majoritatea țărilor, dar ea poate fi limitată la testarea în momentul intrării în închisoare sau doar pentru persoanele care prezintă simptome. Furnizarea tratamentului împotriva hepatitei C s-a raportat doar în 11 țări. În 16 țări se raportează existența unor programe de vaccinare împotriva hepatitei B. Furnizarea de echipament steril de injectare este mai puțin frecventă, doar 5 țări raportând existența unor programe de distribuție de seringi, dintre care doar 3 au raportat punerea în aplicare efectivă a intervenției.

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. Furnizarea tratamentului de substituție pentru opioide în penitenciare este posibilă în 28 de țări, însă gradul de acoperire este mic în majoritatea țărilor. Printre intervențiile oferite deținuților se numără dezintoxicarea, consilierea individuală și de grup, tratamentul în comunități terapeutice și în secții speciale de internare. Aproape toate țările raportează punerea la dispoziție

a uneia sau a mai multora dintre aceste opțiuni de tratament. Majoritatea țărilor 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 de intervenții de tratament în închisoare și asigurând continuitatea asistenței de la intrarea în arest până la eliberare. Pregătirea pentru eliberarea din închisoare, care include și reintegrarea socială, se realizează în toate țările. În cinci țări sunt raportate programe de prevenire a riscului de supradoză, care este 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.

**Decesele cauzate de supradoze: număr în creștere în rândul consumatorilor de droguri predispuși unui risc ridicat**

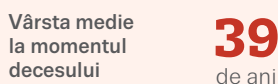
Consumul de droguri constituie o cauză recunoscută a unor decese care ar putea fi evitate în rândul adulților europeni. Studiile asupra cohortelor de consumatori de droguri predispuși unui risc mare indică frecvent faptul că ratele totale ale mortalității se situează în intervalul de 1-2 % pe an. În 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.

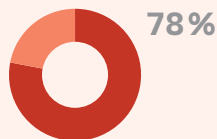
În Europa, supradozele de droguri continuă să fie principala cauză a decesului în rândul consumatorilor predispuși unui risc mare, iar peste trei sferturi dintre cei care mor în urma unei supradoze sunt bărbați (79 %). Datele privind supradozele, în special totalul cumulativ la nivelul Europei, trebuie interpretate cu precauție dintr-o serie de motive, cum ar fi subraportarea sistematică în anumite țări și procedurile de înregistrare care duc la întâzieri în raportare. Prin urmare, estimările anuale reprezintă o valoare minimă provizorie.

**DECESE INDUSE DE DROGURI**

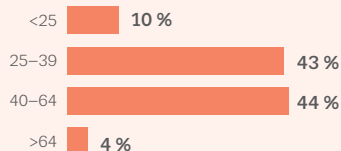
**Caracteristici**



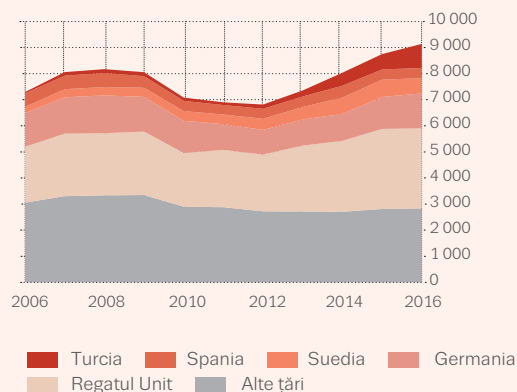
**Decese la care s-a înregistrat prezența opioidelor**



**Vârsta la momentul decesului**



**Tendențele deceselor cauzate de supradoze**



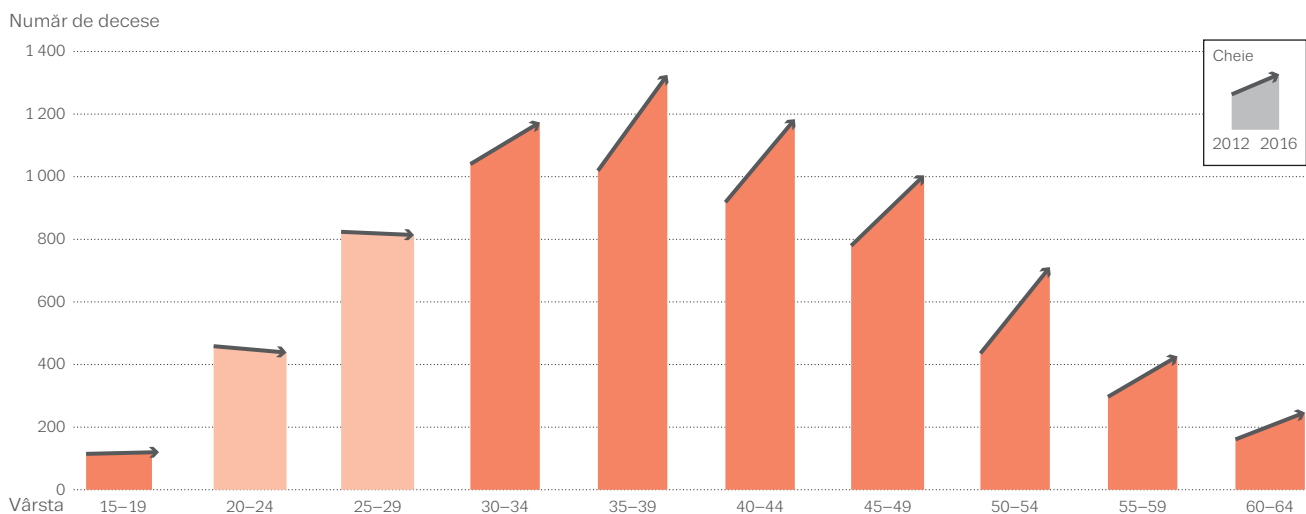
**Număr de decese**



NB: Date privind statele membre ale UE, Turcia și Norvegia (UE + 2).

FIGURA 3.13

Numărul deceselor induse de droguri raportate în Uniunea Europeană în 2012 și 2016 sau în cel mai recent an, pe grupe de vârstă



Se estimează că, în 2016, în Uniunea Europeană s-au produs cel puțin 7 929 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 9 138 de decese, ceea ce reprezintă o creștere cu 4 % față de valoarea revizuită pentru 2015, de 8 749; situația la nivelul UE este în general stabilă față de 2015. Ca și în anii precedenți, Regatul Unit (34 %) 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 îndreptăm atenția asupra țărilor cu sisteme de raportare relativ solide și cu date disponibile pentru 2016, creșteri ale numărului deceselor cauzate de supradoze s-au observat în Estonia și Germania. Încă nu este clar dacă numărul mare al deceselor cauzate de supradoze raportate în Țările de Jos (care a crescut cu 91 % față de 2014) reprezintă cu adevărat o creștere a numărului de decese induse de consumul de droguri sau este urmarea altor cauze, cum ar fi introducerea unor modificări în ceea ce privește înregistrarea. În Regatul Unit, în 2015, a fost raportată o creștere a numărului deceselor cu 13 % față de 2014 și cu 21 % față de 2013. Datele provizorii indică

faptul că această creștere a continuat în 2016. Tendința ascendentă evidentă în Suedia timp de câțiva ani a fost inversată în 2016. Turcia continuă să raporteze creșteri importante, numărul din 2016 dublându-se față de cel din 2014, dar acest lucru pare să fie determinat, în mare măsură, de îmbunătățirile aduse modului de culegere și de raportare a datelor.

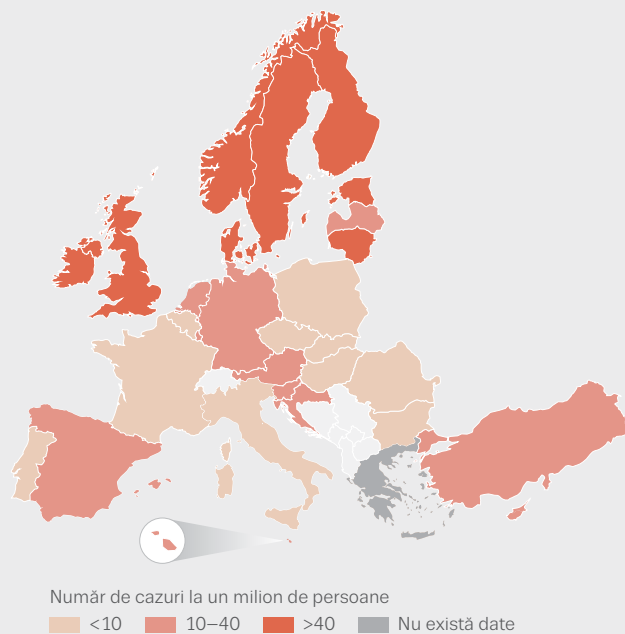
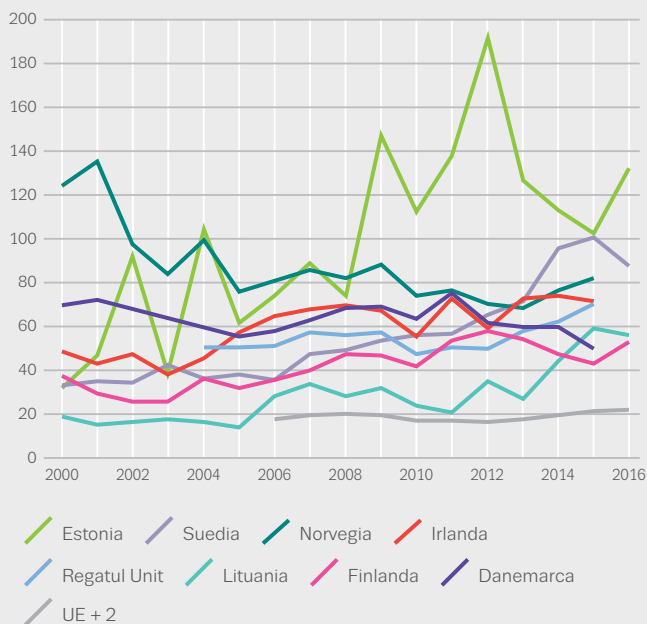
Tendința de creștere a numărului raportat de decese cauzate de supradoze în rândul grupelor de vârstă mai înaintată reflectă tendința de îmbătrânire a populației consumatoare de opioide din Europa, care este expusă celui mai mare risc de deces prin supradoză de droguri. În perioada 2012-2016, numărul deceselor cauzate de supradoze din Uniunea Europeană a crescut la toate categoriile de vârstă care depășesc 30 de ani (figura 3.13). Decesele în rândul grupurilor de vârstă care depășesc 50 de ani a crescut în general cu 55 %, față de o creștere cu 25 % a deceselor în rândul celor cu vârsta cuprinsă între 30 și 49 de ani. Numărul deceselor cauzate de supradoze în rândul grupurilor cu vârste mai mici a fost în general stabilă în Uniunea Europeană. Analiza supradozelor fatale raportate de Turcia în 2016 indică un profil mai tânăr decât cel indicat de Uniunea Europeană, cu o vârstă medie de 31 de ani (comparativ cu 39 de ani), iar o treime dintre cazuri sunt persoane cu vârste sub 25 de ani.

**Supradoza de droguri continuă să fie principala cauză a decesului în rândul consumatorilor predispuși unui risc ridicat**

FIGURA 3.14

**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 mari valori în 2016 sau 2015 și tendința generală la nivel european. UE + 2 cuprinde statele membre ale UE împreună cu Turcia și Norvegia.

**Mortalitatea indusă de consumul de droguri: cele mai mari rate raportate se înregistrează în nordul Europei**

În 2016, rata medie a mortalității cauzate de supradoze în Europa a fost estimată la 21,8 decese la un milion de persoane în grupa de vârstă 15-64 de ani. În rândul bărbaților (34,7 cazuri la un milion de bărbați), rata este aproape de patru ori mai mare decât în rândul femeilor (8,9 cazuri la un milion de femei). Cele mai mari rate ale mortalității cauzate de supradoze se înregistrează în intervalul de vârstă 35-39 de ani la bărbați, cu 57,4 decese la un milion de persoane, și în intervalul de vârstă 40-44 de ani la femei, cu 12,4 decese la un milion de persoane. Cu toate acestea, vârsta medie la momentul decesului este de 39 de ani atât pentru bărbați, cât și pentru femei. Ratele mortalității la nivel național și tendințele acestora variază în mod considerabil (figura 3.14) și sunt influențate de factori cum ar fi prevalența și modelele consumului de droguri, precum și de practicile naționale în ceea ce privește raportarea, înregistrarea informațiilor și codificarea cazurilor de supradoză (incluzând aici nivelurile variate de subraportare), 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 (132 la un milion), Suedia (88 la un milion), Norvegia (81 la un milion), Irlanda (70 la un milion) și Regatul Unit (70 la un milion) (figura 3.14).



### Supradozele fatale: predomină decesele asociate consumului de opioide

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, unde majoritatea deceselor cauzate de supradoze (87 %) implică o formă sau alta de opioide. În Anglia și Țara Galilor, heroina sau morfina a fost menționată în cazul a 1 177 de decese înregistrate în 2015, ceea ce reprezintă o creștere cu 18 % față de anul precedent și o creștere cu 44 % comparativ cu 2013. De asemenea, numărul deceselor asociate heroinei sau morfinei a crescut și în Scoția (Regatul Unit), în 2016 înregistrându-se 473 de astfel de decese, ceea ce reprezintă o creștere cu 37 % față de anul precedent. În Franța, heroina a fost implicată în 30 % dintre cazurile de deces cauzate de supradoze în 2015, față de 15 % în 2012. În buletinele de analiză toxicologică figurează regulat și alte opioide. Aceste substanțe, în principal metadona, dar și buprenorfina (Finlanda), fentanilul și derivații săi (în special în Estonia) și tramadolul, sunt asociate cu o proporție substanțială dintre decesele prin supradoză în unele țări.

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 340 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 2016, printre decesele asociate consumului de droguri stimulante în Turcia s-au numărat 100 de cazuri asociate cu cocaina, 98 cazuri asociate amfetaminelor și 252 de cazuri asociate cu MDMA. De asemenea, Turcia a raportat o creștere mare a numărului deceselor asociate consumului de canabinoizi sintetici: de la 137 în 2015 la 373 în 2016. În Regatul Unit, numărul deceselor în care au fost implicate substanțe psihoactive noi rămâne relativ scăzut, dar a crescut din 2010, mai ales în Scoția.

### Supradozele și decesele asociate consumului de droguri: intervenții de prevenire

Reducerea morbidității și a mortalității cauzate de supradoze constituie o provocare majoră în domeniul sănătății publice în Europa. În această privință, un răspuns mai amplu în domeniul sănătății publice are ca scop reducerea vulnerabilității în rândul celor care consumă droguri, mai ales prin înlăturarea obstacolelor și prin accesibilizarea serviciilor, precum și prin încurajarea consumatorilor de droguri să își asume mai puține riscuri (figura 3.15). Evaluarea riscului de supradoză în rândul

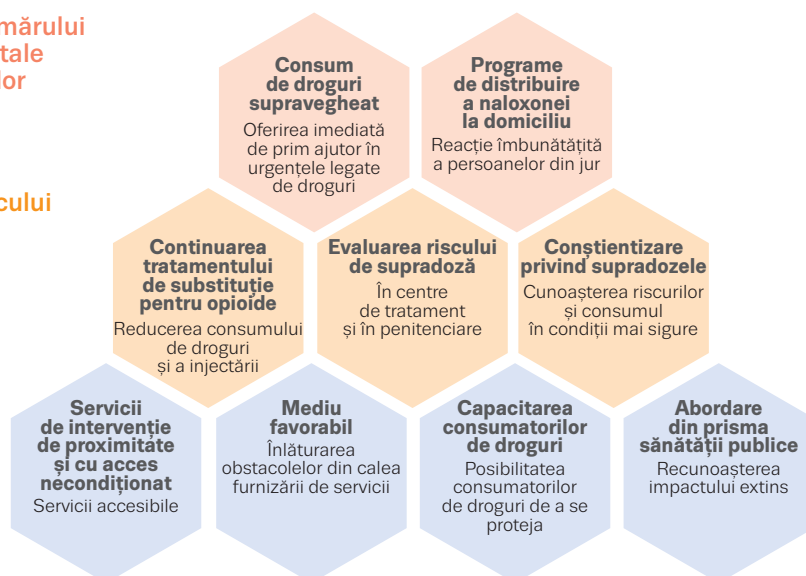
FIGURA 3.15

Principalele metode de reducere a deceselor asociate consumului de opioide

#### Reducerea numărului de rezultate fatale ale supradozelor

#### Reducerea riscului de supradoză

#### Reducerea vulnerabilității





consumatorilor de droguri și sensibilizarea lor cu privire la riscul de supradoză, în combinație cu un tratament eficace pentru consumul de droguri, contribuie la prevenirea cazurilor de supradoză. Perioadele cu risc sporit, de exemplu momentul eliberării din închisoare și al externării sau al renunțării la tratament, necesită o atenție specială. Crearea unor unități de consum de droguri sub supraveghere și programele de administrare a naloxonei la domiciliu sunt intervenții foarte specifice care au ca scop creșterea probabilității de supraviețuire în cazul unei supradoze.

Unitățile de consum de droguri sub supraveghere sunt spații în care consumatorii pot consuma droguri în condiții igienice și mai sigure. Această intervenție are ca scop atât prevenirea supradozelor, cât și asigurarea unui sprijin de specialitate în cazul în care intervine o supradoză. În mod obișnuit, aceste unități permit accesul la o gamă largă de servicii sociale și medicale, precum și trimiterea la tratament, și pot atrage o categorie de consumatori greu accesibilă. Fiecare unitate supraveghează un număr mare de consumuri, care în alte condiții s-ar fi realizat pe stradă sau în alte circumstanțe riscante. Există un număr din ce în ce mai mare de dovezi privind beneficiile acestora, printre care se numără reducerea comportamentelor de risc, a mortalității cauzate de supradoze și a transmiterii de infecții, precum și un acces sporit la tratament pentru consumatorii de droguri și alte servicii sociale și de sănătate. În același timp, aceste unități pot contribui la reducerea consumului de droguri în public și la îmbunătățirea condițiilor în zonele publice din jurul piețelor urbane de droguri. Astfel de unități funcționează în prezent în 56 de orașe din șase țări din UE și în Norvegia, în total existând 78 de unități. În Germania, unde există astfel de unități de la începutul anilor 1990, reglementările legale au fost revizuite recent pentru a permite și supravegherea unor tipuri de consum cu risc mai scăzut, precum prizarea, fumatul și inhalarea. În plus, 2 dintre cele 16 state federale au început să permită utilizarea acestor unități de către persoanele aflate în tratament de substituție.

### Programele de furnizare a naloxonei pentru administrare la domiciliu

Naloxona este un medicament antagonist al opioidelor, care poate anihila supradoza de opioide. El este utilizat în unitățile de primiri urgente ale spitalelor, de către personalul de pe ambulanțe și de către personalul altor unități de servicii care vin în mod regulat în contact cu consumatori de droguri. În ultimii ani s-a înregistrat un progres în ceea ce privește programele de furnizare de naloxonă pentru administrare la domiciliu, ceea ce face ca medicamentul să fie disponibil pentru consumatorii de opioide, pentru partenerii, colegii și familiile lor, fiind oferite și instrucțiuni în ceea ce privește recunoașterea și contracararea supradozelor. În 2017, în zece țări europene existau 16 programe în cadrul cărora se furniza naloxonă pentru acasă. În urma unei [analize sistematice](#) cu privire la eficacitatea programelor de furnizare a naloxonei pentru administrare la domiciliu s-a constatat că aceasta scade mortalitatea asociată supradozelor, în condițiile în care este însoțită de intervenții educative și de instrucțiuni. Anumite grupuri cu risc crescut de supradoză, cum ar fi deținuții recent eliberați, ar putea beneficia în mod deosebit de acest lucru. În programele de furnizare a naloxonei pentru administrare la domiciliu din Estonia, Franța și Regatul Unit sunt incluși și deținuții, iar în 2018 urmează să se înființeze o rețea de distribuție a naloxonei în penitenciarele din Norvegia.

Majoritatea truselor de naloxonă furnizate de serviciile de sănătate și de cele destinate consumatorilor de droguri cuprind fie naloxonă injectabilă generică (0,4 sau 1 mg/1 ml) în fiole, fie seringi preumplute cu medicamentul respectiv. În iulie 2017, în Franța s-a primit o autorizație de punere pe piață a unei noi formule nazale a medicamentului, mai concentrată (0,9 mg/0,1 ml), utilizată cu titlu experimental din 2016, ceea ce facilitează utilizarea acesteia pe scară mai largă. În noiembrie 2017, Comisia Europeană a aprobat un spray nazal pentru comercializare în Uniunea Europeană, Norvegia, Islanda și Liechtenstein. Spray-ul eliberează 1,8 mg de naloxonă în soluție de 0,1 ml.

**Reducerea morbidității și a mortalității cauzate de supradoze constituie o provocare majoră în domeniul sănătății publice**

## MAI MULTE INFORMAȚII

### Publicații EMCDDA

#### 2018

Country Drug Reports 2018.

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

Environmental substance use prevention interventions in Europe, Technical report.

Preventing overdose deaths in Europe, Perspectives on Drugs (update).

#### 2017

Health and social responses to drug problems: a European guide.

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

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

Report of the risk assessment on acryloylfentanyl, Risk assessments.

Report of the risk assessment on furanfentanyl, Risk assessments.

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

#### 2016

Health responses to new psychoactive substances, Rapid communications.

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

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

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

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

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

#### 2015

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

Drugs policy and the city in Europe, EMCDDA Papers.

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

Prevention of addictive behaviours, Insights.

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

Treatment of cannabis-related disorders in Europe, Insights.

#### 2014

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

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

Internet-based drug treatment, Perspectives on Drugs.

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

#### 2013

Drug policy advocacy organisations, EMCDDA Papers.

### Publicații comune EMCDDA și ECDC

#### 2017

Systematic review on active case finding of communicable diseases in prison settings.

#### 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.

Toate publicațiile sunt disponibile la adresa:  
[www.emcdda.europa.eu/publications](http://www.emcdda.europa.eu/publications)



# Anexă

**Datele naționale care estimează prevalența consumului de droguri vizează consumul problematic de opioide, tratamentul de substituție, numărul total al consumatorilor care urmează tratament, admițerile 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 2018** al EMCDDA și reprezintă un subset al acestuia. Buletinul mai conține note și metadata. Sunt indicați și 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 injectare (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	–	–	25 (2625)	9,4 (366)	34,3 (2114)	14,1 (331)	10,1 (35)	14,3 (272)	16 560
Bulgaria	–	–	73,5 (1261)	52,5 (93)	92,7 (531)	68,2 (542)	56,5 (52)	67,6 (356)	3 338
Republica Cehă	2016	1,7–1,9	17 (1720)	7 (333)	25,9 (1387)	82,6 (1412)	79,8 (264)	83,2 (1148)	5 000
Danemarca	–	–	12,7 (543)	6,7 (134)	18,5 (396)	22,4 (103)	3,3 (4)	29,9 (99)	7 050
Germania	2015	2,6–3,0	31,9 (27 702)	13,5 (3 614)	40,1 (24 088)	31,3 (9 956)	29,6 (1 546)	31,6 (8 410)	78 500
Estonia	–	–	93,4 (271)	87,4 (76)	95,5 (150)	69,3 (187)	72 (54)	80,7 (121)	1 248
Irlanda	2014	6,1–7,0	46,9 (4 202)	26,9 (947)	60,5 (3 070)	34,2 (1 375)	24,6 (229)	37,4 (1 100)	10 087
Grecia	2016	2,1–2,9	66,4 (2 833)	48,1 (833)	78,8 (1 986)	29,3 (824)	28 (232)	29,8 (589)	9 851
Spania	2015	1,6–3,0	25,7 (12 146)	11,5 (2 727)	42,2 (8 239)	12,7 (1 456)	7,1 (191)	14,4 (1 146)	59 264
Franța	2015	4,4–6,9	26,1 (12 111)	12,3 (1 830)	44,6 (7 640)	17,6 (1 830)	11,5 (193)	20,1 (1 325)	169 750
Croația	2015	2,5–4,0	–	22,1 (170)	–	–	37,7 (61)	–	4 256
Italia	2015	4,6–5,9	48,5 (23 556)	33,3 (7 190)	60,7 (16 366)	47,5 (9 654)	35,6 (2 103)	52,3 (7 551)	62 868
Cipru	2016	1,5–2,2	24,3 (212)	10,7 (49)	44,3 (132)	53,8 (112)	54,2 (26)	55,8 (72)	229
Letonia	2016	4,1–5,9	50,6 (445)	29,4 (136)	74,3 (309)	91,7 (399)	85,6 (113)	94,4 (286)	647
Lituania	2016	2,7–6,5	86,4 (2 059)	53,4 (175)	92,1 (1 877)	85 (1 746)	83,4 (146)	83,9 (146)	1 231
Luxemburg	2015	4,46	48,7 (129)	15,4 (10)	55,2 (80)	46,4 (58)	55,6 (5)	52,6 (41)	1 085
Ungaria	2010–11	0,4–0,5	4,8 (198)	1,6 (44)	13,5 (146)	46,5 (87)	42,9 (18)	48,6 (69)	669
Malta	2016	5,1–6,0	71,7 (1 290)	27,4 (72)	79,3 (1 218)	61,1 (738)	47,7 (21)	61,7 (717)	1 030
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	51,3 (1 884)	32,1 (515)	66 (1 369)	36,7 (502)	22 (78)	41,9 (424)	18 222
Polonia	2014	0,4–0,7	17,3 (1 151)	6,3 (192)	27,8 (951)	57,9 (658)	30,4 (58)	63,7 (598)	2 564
Portugalia	2015	3,8–7,6	43,5 (1 198)	26,5 (459)	72,1 (739)	17,8 (194)	15,4 (61)	19,1 (133)	16 368
România	2016	1,1–1,8	27,2 (963)	12,9 (312)	58,7 (650)	88,9 (855)	80,8 (252)	92,9 (603)	1 480
Slovenia	2016	3,2–3,9	82,2 (221)	55,3 (26)	88,2 (195)	52 (115)	23,1 (6)	55,9 (109)	3 042
Slovacia	–	–	28,6 (869)	13,5 (181)	42,1 (672)	71,4 (609)	42,5 (76)	79,5 (527)	642
Finlanda	2012	3,8–4,5	47,8 (317)	27,2 (67)	60 (250)	73,2 (230)	68,2 (45)	74,6 (185)	3 329
Suedia (¹)	–	–	23,7 (8 602)	15,6 (1 976)	28,1 (6 626)	–	–	–	4 136
Regatul Unit	2010–11	7,9–8,4	49,6 (57 673)	22,4 (8 591)	63 (48 936)	31,1 (12 428)	16,4 (827)	33,2 (11 555)	138 422
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)	–
Norvegia (²)	2013	2,0–4,2	18,1 (1 033)	12,6 (343)	23 (690)	–	–	–	7 554
Uniunea Europeană	–	–	<b>36,1 (167 443)</b>	<b>17,9 (31 520)</b>	<b>49,1 (130 977)</b>	<b>33,8 (46 440)</b>	<b>26,2 (6 709)</b>	<b>35,3 (37 608)</b>	<b>628 289</b>
UE, Turcia și Norvegia	–	–	<b>36,8 (176 549)</b>	<b>19,2 (35 490)</b>	<b>49,5 (136 113)</b>	<b>33,3 (48 434)</b>	<b>24,9 (7 270)</b>	<b>35,2 (39 041)</b>	<b>635 843</b>

Datele cu privire la persoanele admise la tratament se referă la anul 2016 sau la cel mai recent an disponibil: Republica Cehă – 2014; Danemarca, Spania, Țările de Jos și Turcia – 2015.

Datele cu privire la consumatorii care urmează un tratament de substituție se referă la anul 2016 sau la cel mai recent an disponibil: Danemarca, Spania, Ungaria, Polonia și Finlanda – 2015; Țările de Jos – 2014; Turcia – 2011. Numărul menționat pentru Suedia nu indică numărul total de consumatori.

(¹) Datele privind consumatorii admiși la tratament se referă doar la îngrijirea spitalicească și la centrele specializate cu regim ambulatoriu.

(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 policonsumatorilor 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 consumatori	Persoane admise la tratament pentru prima dată	Persoane care au primit tratament și anterior
	%	%	%	% (total)	% (total)	% (total)	% (total)	% (total)	% (total)	% (total)
Belgia	2013	–	0,9	2	21,7 (2 277)	21,8 (851)	21,0 (1 299)	4,7 (95)	1,1 (8)	7,1 (80)
Bulgaria	2016	0,9	0,5	5	2 (34)	5,1 (9)	0,7 (4)	6,7 (1)	0 (0)	0 (0)
Republica Cehă	2016	1,4	0,7	1	0,3 (27)	0,3 (12)	0,3 (15)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Danemarca (1)	2017	6,4	3,9	2	7,1 (306)	7,2 (144)	7,4 (158)	3,3 (8)	1,7 (2)	5 (6)
Germania (2)	2015	3,8	1,2	3	6,7 (5 855)	6,4 (1 713)	6,9 (4 142)	14,3 (2 376)	7 (301)	16,9 (2 075)
Estonia	2008	–	1,3	1	0,3 (1)	1,1 (1)	–	–	–	–
Irlanda	2015	7,8	2,9	3	12,2 (1 096)	16,1 (565)	9,9 (502)	1,3 (14)	0,2 (1)	2,2 (11)
Grecia (2)	2015	1,3	0,6	1	6,8 (292)	8,8 (152)	5,5 (139)	10,7 (31)	2 (3)	20,3 (28)
Spania	2015	9,1	3,0	3	36,6 (17 327)	35,5 (8 445)	37,1 (7 248)	1 (167)	0,4 (30)	1,6 (116)
Franța	2014	5,4	2,4	4	6,7 (3 108)	5,9 (878)	8,3 (1 418)	8,5 (243)	2,6 (21)	13,7 (178)
Croația	2015	2,7	1,6	2	–	2,9 (22)	–	–	–	–
Italia	2017	6,8	1,9	3	29,2 (14 197)	34,3 (7 417)	25,1 (6 780)	2,9 (394)	2,2 (154)	3,7 (240)
Cipru	2016	1,4	0,4	3	12,7 (111)	11,8 (54)	16,4 (49)	2,8 (3)	0 (0)	6,1 (3)
Letonia	2015	1,5	1,2	2	0,7 (6)	1,1 (5)	0,2 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Lituania	2016	0,7	0,3	2	0,6 (14)	1,8 (6)	0,4 (8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Luxemburg	2014	2,5	0,6	3	17 (45)	12,3 (8)	19,3 (28)	39,5 (17)	14,3 (1)	46,4 (13)
Ungaria (2)	2015	1,2	0,9	2	2,7 (112)	3 (83)	1,8 (20)	1,8 (2)	0 (0)	10 (2)
Malta	2013	0,5	–	3	14,6 (263)	34,2 (90)	11,3 (173)	10,7 (28)	3,3 (3)	14,6 (25)
Țările de Jos	2016	5,9	3,7	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	0,4	2	8,5 (311)	11,2 (180)	6,3 (131)	6,5 (19)	1,7 (3)	13,6 (16)
Polonia	2014	1,3	0,4	4	2,3 (155)	2,4 (73)	2,3 (77)	0,7 (1)	0 (0)	1,3 (1)
Portugalia	2016	1,2	0,3	2	13,3 (366)	15,7 (272)	9,2 (94)	4,3 (14)	3,8 (9)	5,9 (5)
România	2016	0,7	0,2	3	1 (36)	1,3 (31)	0,4 (4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Slovenia	2012	2,1	1,2	2	6,3 (17)	14,9 (7)	4,5 (10)	11,8 (2)	–	20 (2)
Slovacia	2015	0,7	0,3	2	1,2 (36)	2,1 (28)	0,4 (7)	9,7 (3)	8,3 (2)	14,3 (1)
Finlanda	2014	1,9	1,0	1	0 (0)	0 (0)	0 (0)	– (0)	– (0)	– (0)
Suedia (1,3)	2013	–	1,2	1	1,2 (438)	2,4 (300)	0,6 (138)	–	–	–
Regatul Unit (1,4)	2016	9,7	4,0	2	15,5 (18 008)	19,5 (7 492)	13,5 (10 490)	1,4 (174)	0,5 (28)	2,1 (141)
Turcia	–	–	–	–	1,8 (198)	1,5 (79)	2,2 (119)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Norvegia (1)	2016	3,8	1,3	1	1,2 (66)	1,7 (45)	0,7 (21)	–	–	–
Uniunea Europeană	–	5,1	1,9	–	14,5 (67 113)	17,1 (30 195)	12,8 (34 253)	5,3 (3 597)	1,9 (567)	7,9 (2 947)
UE, Turcia și Norvegia	–	–	–	–	14 (67 377)	16,4 (30 319)	12,5 (34 393)	5,2 (3 597)	1,9 (567)	7,9 (2 947)

Estimările privind prevalența în rândul populației școlare sunt extrase din ancheta ESPAD 2015, exceptând Belgia (2016, doar Flandra), Spania (2016), Germania (2011), Italia (2016), Luxemburg (2010, vârsta de 15 ani), Suedia (2016) și Regatul Unit (2014, doar Anglia, vârsta de 15 ani). Din cauza procedurilor incerte de culegere a datelor, este posibil ca datele pentru Letonia să nu fie comparabile.

Datele cu privire la persoanele admise la tratament se referă la anul 2016 sau la cel mai recent an: Republica Cehă – 2014; Danemarca, Spania, Țările de Jos și Turcia – 2015.

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

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

(3) Datele privind consumatorii admiși la tratament se referă doar la îngrijirea spitalicească și la centrele specializate cu regim ambulatoriu.

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

## 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 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
	%	%	%	% (total)	% (total)	% (total)	% (total)	% (total)	% (total)	
Belgia	2013	–	0,5	2	9,3 (978)	7,2 (282)	10,9 (672)	11,1 (88)	2,5 (6)	14,8 (80)
Bulgaria	2016	1,5	1,8	6	11,4 (195)	15,3 (27)	3 (17)	17,6 (9)	7,4 (2)	23,5 (4)
Republica Cehă	2016	3,0	1,7	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 <sup>(1)</sup>	2017	7,0	1,4	1	6,4 (275)	6,5 (131)	6,5 (139)	1,6 (4)	0,8 (1)	2,4 (3)
Germania <sup>(2)</sup>	2015	3,6	1,9	4	16,9 (14 714)	19,4 (5 210)	15,8 (9 504)	2,1 (706)	1,6 (189)	2,4 (517)
Estonia	2008	–	2,5	2	3,8 (11)	6,9 (6)	2,5 (4)	50 (5)	66,7 (4)	33,3 (1)
Irlanda	2015	4,1	0,6	3	0,6 (55)	0,7 (24)	0,6 (29)	12,7 (7)	16,7 (4)	10,3 (3)
Grecia	–	–	–	2	0,7 (28)	0,8 (14)	0,6 (14)	10,7 (3)	14,3 (2)	7,1 (1)
Spania	2015	3,6	1,0	2	1,4 (674)	1,6 (382)	1,2 (243)	1,1 (7)	0,8 (3)	1,7 (4)
Franța	2014	2,2	0,7	2	0,4 (182)	0,4 (57)	0,4 (68)	11,6 (18)	–	13,6 (8)
Croația	2015	3,5	2,3	3	–	4,8 (37)	–	–	–	–
Italia	2017	2,4	0,3	2	0,3 (126)	0,4 (87)	0,1 (39)	2,5 (3)	1,2 (1)	5,7 (2)
Cipru	2016	0,5	0,1	3	5,1 (44)	3,9 (18)	6,7 (20)	4,5 (2)	0 (0)	5 (1)
Letonia	2015	1,9	0,7	3	15,8 (139)	19,2 (89)	12 (50)	63,6 (77)	57,7 (45)	74,4 (32)
Lituania	2016	1,2	0,5	1	2,7 (64)	5,2 (17)	2,2 (44)	30 (18)	41,2 (7)	41,2 (7)
Luxemburg	2014	1,6	0,1	1	0,8 (2)	3,1 (2)	–	–	–	–
Ungaria <sup>(2)</sup>	2015	1,7	1,4	3	12,4 (507)	13,1 (366)	10,5 (114)	6,3 (31)	6,1 (22)	7,2 (8)
Malta	2013	0,3	–	2	0,2 (4)	0,8 (2)	0,1 (2)	25 (1)	–	50 (1)
Țările de Jos	2016	5,3	3,6	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	5,5 (203)	7,3 (117)	4,1 (86)	3,8 (7)	3,7 (4)	3,9 (3)
Polonia	2014	1,7	0,4	4	27,7 (1 841)	29,9 (915)	26 (889)	3,9 (70)	1,8 (16)	5,8 (51)
Portugalia	2016	0,4	0,0	1	0,2 (5)	0,3 (5)	–	0 (0)	0 (0)	–
România	2016	0,3	0,1	1	0,6 (22)	0,6 (14)	0,7 (8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Slovenia	2012	0,9	0,8	1	1,9 (5)	4,3 (2)	1,4 (3)	40 (2)	–	66,7 (2)
Slovacia	2015	1,4	0,8	1	40,5 (1 231)	44,2 (592)	36,3 (579)	30,1 (350)	27,6 (157)	33,3 (182)
Finlanda	2014	3,4	2,4	1	20,4 (135)	25,2 (62)	17,5 (73)	70,8 (92)	49,2 (29)	88,7 (63)
Suedia <sup>(1,3)</sup>	2013	–	1,3	1	5,9 (2 152)	7,4 (937)	5,1 (1 215)	–	–	–
Regatul Unit <sup>(1,4)</sup>	2016	9,2	0,7	1	2,4 (2 828)	3 (1 144)	2,2 (1 679)	20 (353)	14,6 (99)	23,3 (253)
Turcia	2011	0,1	0,1	–	1,8 (196)	2,5 (133)	1,1 (63)	0,5 (1)	0,8 (1)	0 (0)
Norvegia <sup>(1)</sup>	2016	3,4	0,5	1	13,2 (756)	9,4 (254)	16,7 (502)	–	–	–
Uniunea Europeană	–	3,6	1,0	–	7,4 (34 270)	8,3 (14 576)	7,2 (19 304)	15,1 (7 303)	16,7 (3 179)	14,1 (4 088)
UE, Turcia și Norvegia	–	–	–	–	7,3 (35 222)	8,1 (14 963)	7,2 (19 869)	15,1 (7 304)	16,6 (3 180)	14 (4 088)

Estimările privind prevalența în rândul populației școlare sunt extrase din ancheta ESPAD 2015, exceptând Belgia (2016, doar Flandra), Spania (2016), Germania (2011), Italia (2016), Luxemburg (2010, vârsta de 15 ani), Suedia (2016) și Regatul Unit (2014, doar Anglia, vârsta de 15 ani). Din cauza procedurilor incerte de culegere a datelor, este posibil ca datele pentru Letonia să nu fie comparabile.

Datele cu privire la persoanele admise la tratament se referă la anul 2016 sau la cel mai recent an: Republica Cehă – 2014; Danemarca, Spania, Țările de Jos și Turcia – 2015. Datele pentru Germania, Suedia și Norvegia se referă la consumatorii de „droguri stimulante diferite de cocaină”.

<sup>(1)</sup> Intervalul de vârstă pentru estimările privind prevalența în rândul populației generale: 16-64, 16-34.

<sup>(2)</sup> Intervalul de vârstă pentru estimările privind prevalența în rândul populației generale: 18-64, 18-34.

<sup>(3)</sup> Datele privind consumatorii admiși la tratament se referă doar la îngrijirea spitalicească și la centrele specializate cu regim ambulatoriu.

<sup>(4)</sup> Estimările privind prevalența în rândul populației generale se referă doar la Anglia și Țara Galilor.

## 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	2013	–	0,8	2	0,5 (48)	0,8 (31)	0,3 (16)
Bulgaria	2016	2,1	3,1	5	0,7 (12)	1,1 (2)	0 (0)
Republica Cehă	2016	7,1	4,1	3	0 (4)	0,1 (3)	0 (1)
Danemarca (1)	2017	3,2	1,5	1	0,7 (28)	1 (21)	0,3 (7)
Germania (2)	2015	3,3	1,3	2	–	–	–
Estonia	2008	–	2,3	3	0,3 (1)	–	0,6 (1)
Irlanda	2015	9,2	4,4	4	0,6 (51)	1,1 (39)	0,2 (11)
Grecia (2)	2015	0,6	0,4	1	0,2 (10)	0,4 (7)	0,1 (3)
Spania	2015	3,6	1,3	2	0,3 (157)	0,6 (131)	0,1 (19)
Franța	2014	4,2	2,3	2	0,4 (187)	0,6 (85)	0,3 (53)
Croația	2015	3,0	1,4	2	–	1 (8)	–
Italia	2017	2,8	0,9	2	0,2 (79)	0,2 (40)	0,1 (39)
Cipru	2016	1,1	0,3	3	0,2 (2)	0,2 (1)	0,3 (1)
Letonia	2015	2,4	0,8	3	0,1 (1)	0,2 (1)	0 (0)
Lituania	2016	1,7	1,0	2	0,2 (4)	0,6 (2)	0,1 (2)
Luxemburg	2014	1,9	0,4	1	0,8 (2)	1,5 (1)	0,7 (1)
Ungaria (2)	2015	4,0	2,1	2	1,8 (73)	1,8 (50)	1,7 (18)
Malta	2013	0,7	–	2	1 (18)	–	1,2 (18)
Țările de Jos	2016	9,2	7,4	3	0,7 (80)	1 (67)	0,3 (13)
Austria	2015	2,9	1,1	2	0,9 (34)	1,4 (22)	0,6 (12)
Polonia	2014	1,6	0,9	3	0,3 (17)	0,2 (5)	0,4 (12)
Portugalia	2016	0,7	0,2	2	0,2 (6)	0,3 (5)	0,1 (1)
România	2016	0,5	0,2	2	0,6 (21)	0,8 (19)	0,2 (2)
Slovenia	2012	2,1	0,8	2	–	–	–
Slovacia	2015	3,1	1,2	3	0,2 (6)	0,4 (5)	0,1 (1)
Finlanda	2014	3,0	2,5	1	0,3 (2)	0,8 (2)	0 (0)
Suedia (1)	2013	–	1,0	1	–	–	–
Regatul Unit (1,3)	2016	9,0	2,6	3	0,5 (599)	1,1 (404)	0,2 (193)
Turcia	2011	0,1	0,1	–	1 (106)	1,4 (77)	0,5 (29)
Norvegia (1)	2016	2,7	1,6	1	–	–	–
Uniunea Europeană	–	4,1	1,8	–	0,3 (1 442)	0,5 (951)	0,2 (424)
UE, Turcia și Norvegia	–	–	–	–	0,3 (1 548)	0,6 (1 028)	0,2 (453)

Estimările privind prevalența în rândul populației școlare sunt extrase din ancheta ESPAD 2015, exceptând Belgia (2016, doar Flandra), Spania (2016), Germania (2011), Italia (2016), Luxemburg (2010, vârsta de 15 ani), Suedia (2016) și Regatul Unit (2014, doar Anglia, vârsta de 15 ani). Din cauza procedurilor incerte de culegere a datelor, este posibil ca datele pentru Letonia să nu fie comparabile.

Datele cu privire la persoanele admise la tratament se referă la anul 2016 sau la cel mai recent an: Republica Cehă – 2014; Danemarca, Spania, Țările de Jos și Turcia – 2015.

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

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

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



## 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	2013	15,0	10,1	18	33,9 (3 565)	51,7 (2 016)	23,7 (1 456)
Bulgaria	2016	8,3	10,3	27	4,7 (80)	8,5 (15)	2,1 (12)
Republica Cehă	2016	26,6	19,4	37	11,8 (1 195)	16,4 (776)	7,8 (419)
Danemarca <sup>(1)</sup>	2017	38,4	15,4	12	69,6 (2 983)	76 (1 529)	62,9 (1 345)
Germania <sup>(2)</sup>	2015	27,2	13,3	19	39,5 (34 292)	56,2 (15 097)	32 (19 195)
Estonia	2008	–	13,6	25	1 (3)	2,3 (2)	0,6 (1)
Irlanda	2015	27,9	13,8	19	26,6 (2 381)	41,2 (1 450)	16,8 (852)
Grecia <sup>(2)</sup>	2015	11,0	4,5	9	23 (984)	39,7 (687)	11,7 (295)
Spania	2015	31,5	17,1	31	33,1 (15 676)	47 (11 185)	17,7 (3 448)
Franța	2016	41,4	21,5	31	62,5 (28 998)	77,9 (11 601)	42,3 (7 240)
Croația	2015	19,4	16,0	21	-	59,5 (458)	-
Italia	2017	33,1	20,7	19	20,3 (9 872)	29,6 (6 394)	12,9 (3 478)
Cipru	2016	12,1	4,3	7	57,5 (501)	73 (333)	32,2 (96)
Letonia	2015	9,8	10,0	17	22,1 (194)	34,1 (158)	8,7 (36)
Lituania	2016	10,8	6,0	18	6,7 (159)	27,1 (89)	3,2 (66)
Luxemburg	2014	23,3	9,8	16	32,8 (87)	67,7 (44)	24,8 (36)
Ungaria <sup>(2)</sup>	2015	7,4	3,5	13	56,7 (2 323)	63 (1 763)	40,7 (441)
Malta	2013	4,3	–	13	10,7 (193)	31,2 (82)	7,2 (111)
Țările de Jos	2016	25,2	15,7	22	47,3 (5 202)	55,5 (3 625)	35,4 (1 577)
Austria	2015	23,6	14,1	20	30,9 (1 136)	45,8 (734)	19,4 (402)
Polonia	2014	16,2	9,8	24	30 (1 995)	38 (1 164)	22,8 (780)
Portugalia	2016	11,0	8,0	15	38,7 (1 066)	53,5 (925)	13,8 (141)
România	2016	5,8	5,8	8	48,5 (1 719)	64,6 (1 564)	13,4 (149)
Slovenia	2012	15,8	10,3	25	4,1 (11)	14,9 (7)	1,8 (4)
Slovacia	2015	15,8	9,3	26	24,3 (739)	35,9 (481)	15 (239)
Finlanda	2014	21,7	13,5	8	19,8 (131)	35,4 (87)	10,6 (44)
Suedia <sup>(1,3)</sup>	2016	15,1	7,3	5	10,9 (3 958)	16,7 (2 112)	7,8 (1 846)
Regatul Unit <sup>(1,4)</sup>	2016	29,6	11,5	19	25,2 (29 350)	45,2 (17 342)	15,3 (11 916)
Turcia	2011	0,7	0,4	–	6 (653)	7,7 (416)	4,3 (237)
Norvegia <sup>(1)</sup>	2016	20,6	8,6	7	29 (1 660)	37,6 (1 021)	21,3 (639)
Uniunea Europeană	–	<b>26,3</b>	<b>14,1</b>	–	<b>32,1 (148 793)</b>	<b>46,3 (81 720)</b>	<b>20,9 (55 625)</b>
UE, Turcia și Norvegia	–	–	–	–	<b>31,5 (151 106)</b>	<b>45,1 (83 157)</b>	<b>20,5 (56 501)</b>

Estimările privind prevalența în rândul populației școlare sunt extrase din ancheta ESPAD 2015, exceptând Belgia (2016, doar Flandra), Spania (2016), Germania (2011), Italia (2016), Luxemburg (2010, vârsta de 15 ani), Suedia (2016) și Regatul Unit (2014, doar Anglia, vârsta de 15 ani). Din cauza procedurilor incerte de culegere a datelor, este posibil ca datele pentru Letonia să nu fie comparabile.

Datele cu privire la persoanele admise la tratament se referă la anul 2016 sau la cel mai recent an: Republica Cehă – 2014; Danemarca, Spania, Țările de Jos și Turcia – 2015.

<sup>(1)</sup> Intervalul de vârstă pentru estimările privind prevalența în rândul populației generale: 16-64, 16-34.

<sup>(2)</sup> Intervalul de vârstă pentru estimările privind prevalența în rândul populației generale: 18-64, 18-34.

<sup>(3)</sup> Datele privind consumatorii admiși la tratament se referă doar la îngrijirea spitalicească și la centrele specializate cu regim ambulatoriu.

<sup>(4)</sup> Estimările privind prevalența în rândul populației generale se referă doar la Anglia și Țara Galilor.

## TABELUL A6

## ALȚI INDICATORI

Țara	Decese induse de consumul de droguri (15-64 de ani)	Diagnosticări cu HIV asociate 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	8 (60)	0,3 (3)	2015	2,3–4,6	1 131 324
Bulgaria	4 (21)	3,1 (22)	–	–	214 865
Republica Cehă	4 (30)	0,7 (7)	2016	6,1–6,4	6 477 941
Danemarca	49 (181)	1,6 (9)	–	–	–
Germania	24 (1 274)	1,5 (127)	–	–	–
Estonia	132 (113)	22,8 (30)	–	–	2 070 169
Irlanda <sup>(1)</sup>	70 (215)	4,4 (21)	–	–	393 275
Grecia	– (–)	7,4 (80)	2016	0,5–0,8	335 903
Spania <sup>(2)</sup>	13 (390)	2,4 (113)	2015	0,2–0,5	1 435 882
Franța <sup>(1)</sup>	7 (291)	0,7 (49)	2015	2,1–3,8	12 314 781
Croația	20 (56)	0 (0)	2015	1,8–2,9	278 791
Italia	7 (263)	1,6 (96)	–	–	–
Cipru	10 (6)	2,4 (2)	2016	0,2–0,4	22
Letonia	14 (18)	31,5 (62)	2012	7,3–11,7	720 494
Lituania	56 (107)	28,7 (83)	2016	4,4–4,9	240 061
Luxemburg	13 (5)	33 (19)	2015	3,8	424 672
Ungaria	4 (26)	0,3 (3)	2015	1	171 097
Malta	17 (5)	2,3 (1)	–	–	333 135
Țările de Jos	19 (209)	0,1 (1)	2015	0,07–0,09	–
Austria	28 (163)	1,7 (15)	–	–	6 205 356
Polonia	9 (237)	0,8 (30)	–	–	53 028
Portugalia	4 (26)	2,9 (30)	2015	1,0–4,5	1 350 258
România <sup>(3)</sup>	1 (19)	4,2 (83)	–	–	1 495 787
Slovenia	29 (40)	0,5 (1)	–	–	567 233
Slovacia	5 (19)	0,2 (1)	–	–	357 705
Finlanda	53 (184)	1,1 (6)	2012	4,1–6,7	5 781 997
Suedia	88 (543)	2,6 (26)	–	–	386 953
Regatul Unit <sup>(4)</sup>	70 (2 942)	1,6 (107)	2004–11	2,9–3,2	–
Turcia	15 (779)	0,1 (8)	–	–	–
Norvegia	81 (278)	1,5 (8)	2015	2,2–3,1	2 919 344
<b>Uniunea Europeană</b>	<b>22,4 (7 443)</b>	<b>2,0 (1 027)</b>	–	–	–
<b>UE, Turcia și Norvegia</b>	<b>21,8 (8 500)</b>	<b>1,8 (1 043)</b>	–	–	–

Compararea statisticilor privind decesele induse de consumul de droguri trebuie realizată cu precauție, din cauza problemelor legate de metodele de codificare, gradul de acoperire și subraportarea din unele țări.

<sup>(1)</sup> Seringile distribuite prin programe specializate se referă la anul 2014.

<sup>(2)</sup> Seringile distribuite prin programe specializate se referă la anul 2015.

<sup>(3)</sup> Decesele induse de consumul de droguri: acoperire la scară mai mică decât cea națională.

<sup>(4)</sup> Datele din Regatul Unit privind seringile: Anglia – nu există date; Scoția – 4 742 060, Țara Galilor – 3 100 009 (ambele valori din 2016); Irlanda de Nord – 309 570 (2015).

## 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	99	2 098	30 295	4 369	43	2 833	179 393 (29)	1 692
Bulgaria	582	30	84	19	94	30	283 (181)	16
Republica Cehă	19	73	40	131	94	1 403	47 256 (3)	255
Danemarca	16	568	119	4 115	387	2 445	13 810 (7)	1 104
Germania	330	3 061	1 871	3 592	1 533	13 680	2 218 050 (0)	4 015
Estonia	<0,01	2	3	111	33	403	36 887 (13)	449
Irlanda	–	758	–	364	–	63	– (–)	204
Grecia	219	2 306	166	526	3	132	9 522 (2)	74
Spania	253	7 205	15 629	41 531	520	5 004	394 211 (–)	3 486
Franța	1 080	4 312	8 532	9 480	352	1 152	1 236 649 (–)	3 461
Croația	120	148	13	400	23	772	– (10)	847
Italia	497	2 436	4 136	7 101	15	244	12 587 (10)	378
Cipru	3	6	182	111	0,3	54	1 248 (0,4)	19
Letonia	0,2	103	34	93	18	741	2 232 (0,5)	180
Lituania	28	296	3	67	10	253	– (8)	101
Luxemburg	3	132	2	207	0,5	6	17 639 (–)	20
Ungaria	2	34	25	229	25	840	79 702 (2)	461
Malta	0,3	46	21	202	0,4	28	3 739 (–)	73
Țările de Jos	–	–	–	–	–	–	– (–)	–
Austria	69	677	86	1 316	92	1 162	29 485 (6)	754
Polonia	9		449		961	–	149 921 (0,3)	–
Portugalia	57	774	1 047	1 127	7	64	124 813 (3)	279
România	4	342	2 321	138	2	112	14 871 (0,2)	355
Slovenia	7	273	3	178	3	–	2 908 (2)	–
Slovacia	0,06	48	1	36	5	762	8 705 (0,02)	84
Finlanda	0,3	146	19	263	192	1 814	127 680 (–)	745
Suedia	34	599	106	2 939	450	5 365	80 559 (15)	1 848
Regatul Unit	844	11 075	5 697	18 875	1 356	4 043	513 259 (2)	3 483
Turcia	5 585	8 179	845	1 476	3 631	4 048	3 783 737 (–)	5 259
Norvegia	13	998	104	1 233	465	6 051	38 353 (12)	1 030
<b>Uniunea Europeană</b>	<b>4 275</b>	<b>37 548</b>	<b>70 883</b>	<b>97 520</b>	<b>6 221</b>	<b>43 405</b>	<b>5 305 409 (295)</b>	<b>24 383</b>
<b>UE, Turcia și Norvegia</b>	<b>9 874</b>	<b>46 725</b>	<b>71 832</b>	<b>100 229</b>	<b>10 317</b>	<b>53 504</b>	<b>9 127 499 (306)</b>	<b>30 672</b>

Grupul „amfetaminelor” cuprinde amfetamina și metamfetamina.  
Toate datele sunt pentru anul 2016 sau pentru cel mai recent an.

## TABELUL A7

## CAPTURI (continuare)

Țara	Rășină de canabis		Iarbă de canabis		Plante de canabis	
	Cantitate capturată	Număr de capturi	Cantitate capturată	Număr de capturi	Cantitate capturată	Număr de capturi
	kg	total	kg	total	plante (kg)	total
Belgia	723	5 706	686	26 587	328 611 (-)	1 046
Bulgaria	220	8	1 624	62	2 740 (26 088)	122
Republica Cehă	7	96	722	4 777	57 660 (-)	518
Danemarca	3 819	15 364	346	1 589	14 719 (532)	450
Germania	1 874	6 059	5 955	32 353	98 013 (-)	2 167
Estonia	548	22	46	575	- (79)	28
Irlanda	-	192	-	1 049	- (-)	182
Grecia	155	248	12 863	7 076	39 151 (-)	735
Spania	324 379	169 538	21 138	158 810	724 611 (-)	2 675
Franța	52 735	77 466	18 206	31 736	126 389 (-)	737
Croația	7	566	1 321	6 459	10 051 (-)	256
Italia	23 896	9 623	41 647	8 148	464 723 (-)	1 689
Cipru	2	20	171	753	311 (-)	37
Letonia	3	96	44	872	- (50)	22
Lituania	551	54	68	654	- (-)	0
Luxemburg	1	173	21	875	359 (-)	16
Ungaria	4	149	494	2 673	6 482 (-)	153
Malta	109	193	12	146	88 (-)	6
Țările de Jos	-	-	-	-	883 000 (-)	-
Austria	166	2 598	913	14 030	24 166 (-)	508
Polonia	33		2 569		108 516 (-)	-
Portugalia	7 068	4 676	264	620	4 634 (-)	231
România	35	212	143	2 140	- (2 846)	97
Slovenia	3	109	458	3 103	14 006 (-)	167
Slovacia	0,5	15	40	1 303	376 (-)	17
Finlanda	78	298	254	1 179	18 900 (127)	607
Suedia	1 489	10 972	1 327	8 828	- (-)	-
Regatul Unit	6 281	12 093	12 615	103 695	340 531 (-)	9 583
Turcia	36 046	4 659	110 855	31 189	- (-)	3 318
Norvegia	3 026	10 912	563	3 190	- (48)	216
Uniunea Europeană	<b>424 186</b>	<b>316 546</b>	<b>123 947</b>	<b>420 092</b>	<b>3 268 037 (29 723)</b>	<b>22 049</b>
UE, Turcia și Norvegia	<b>463 258</b>	<b>332 117</b>	<b>235 365</b>	<b>454 471</b>	<b>3 268 037 (29 771)</b>	<b>25 583</b>

Toate datele sunt pentru anul 2016 sau pentru cel mai recent an.





## Contactați UE

### În persoană

În întreaga Uniune Europeană există sute de centre de informare Europe Direct. Puteți găsi adresa centrului cel mai apropiat de dumneavoastră la: [https://europa.eu/european-union/contact\\_ro](https://europa.eu/european-union/contact_ro)

### La telefon sau prin e-mail

Europe Direct este un serviciu care vă oferă răspunsuri la întrebările privind Uniunea Europeană. Puteți accesa acest serviciu:

- apelând numărul gratuit 00 800 6 7 8 9 10 11 (unii operatori pot taxa aceste apeluri);
- apelând numărul standard: +32 22999696; sau
- prin e-mail, la: [https://europa.eu/european-union/contact\\_ro](https://europa.eu/european-union/contact_ro)

## Găsiți informații despre UE

### Online

Informații despre Uniunea Europeană în toate limbile oficiale ale UE sunt disponibile pe site-ul Europa, la: [https://europa.eu/european-union/index\\_ro](https://europa.eu/european-union/index_ro)

### Publicații ale UE

Puteți descărca sau comanda publicații ale UE gratuite și contra cost la adresa: <https://publications.europa.eu/ro/publications>. Mai multe exemplare ale publicațiilor gratuite pot fi obținute contactând Europe Direct sau centrul dumneavoastră local de informare (a se vedea [https://europa.eu/european-union/contact\\_ro](https://europa.eu/european-union/contact_ro)).

### Dreptul UE și documente conexe

Pentru accesul la informații juridice din UE, inclusiv la ansamblul legislației UE începând din 1952 în toate versiunile lingvistice oficiale, accesați site-ul EUR-Lex, la: <http://eur-lex.europa.eu>

### Datele deschise ale UE

Portalul de date deschise al UE (<http://data.europa.eu/euodp/ro>) oferă acces la seturi de date din UE. Datele pot fi descărcate și reutilizate gratuit, atât în scopuri comerciale, cât și necomerciale.

## 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 cele 30 de [rapoarte de țară privind drogurile](#), formează pachetul cunoscut ca [Raportul european privind drogurile 2018](#).

## 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 culege, analizează și diseminează 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.

