



Observatorul European pentru
Droguri și Toxicomanie

RO

ISSN 2314-9183

Raportul european privind drogurile

Tendențe și evoluții

2019



Observatorul European pentru
Droguri și Toxicomanie

Raportul european privind drogurile

Tendențe și evoluții

2019

| 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, olandeză, polonă, portugheză, română, slovacă, slovenă, finlandeză, suedeză, turcă și norvegiană. Traducerile au fost efectuate de Centrul de Traduceri pentru Organismele Uniunii Europene.

Luxemburg: Oficiul pentru Publicații al Uniunii Europene, 2019

Print	ISBN 978-92-9497-415-0	ISSN 1977-9968	doi:10.2810/016851	TD-AT-19-001-RO-C
PDF	ISBN 978-92-9497-381-8	ISSN 2314-9183	doi:10.2810/065147	TD-AT-19-001-RO-N

© Observatorul European pentru Droguri și Toxicomanie, 2019
Reproducerea este autorizată cu condiția menționării sursei.

Mod de citare recomandat: Observatorul European pentru Droguri și Toxicomanie (2019), *Raportul european privind drogurile 2019: 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 | www.emcdda.europa.eu

twitter.com/emcdda | facebook.com/emcdda

Cuprins

5	Prefață
9	Notă introductivă
11	COMENTARIU Înțelegerea situației drogurilor în Europa în 2019
21	CAPITOLUL 1 Oferta de droguri și piața
43	CAPITOLUL 2 Prevalența și tendințele consumului de droguri
65	CAPITOLUL 3 Efectele nocive ale drogurilor și intervențiile conexe
89	ANEXĂ Tabele cu date naționale

Prefață

Avem deosebita plăcere să vă prezentăm Raportul european privind drogurile 2019: Tendințe și evoluții, publicația emblematică a EMCDDA. Raportul oferă o analiză a celor mai recente date privind situația drogurilor și a răspunsurilor la aceasta în întreaga Uniune Europeană, Norvegia și Turcia. Este susținut de alte resurse de informare online, inclusiv de Buletinul nostru statistic, care conține datele sursă. Pachetul Raportului european privind drogurile mai cuprinde 30 de rapoarte de țară privind drogurile care prezintă situația actuală a țărilor participante la rețeaua UE de informații privind drogurile.

PACHETUL RAPORTULUI EUROPEAN PRIVIND DROGURILE 2019

Elemente interconectate care permit accesul la datele disponibile și analiza problemei drogurilor în Europa și la nivel național



Obiectivul EMCDDA este de a contribui la o Europă mai sănătoasă și mai sigură. Dorim să facem acest lucru furnizând cele mai bune dovezi disponibile, în sprijinul elaborării de politici și măsuri în materie de droguri, în cunoștință de cauză și cu țintă precisă. Raportul nostru emblematic oferă părților interesate o imagine de actualitate asupra situației drogurilor, care este necesară pentru elaborarea de răspunsuri eficiente la problemele actuale. În plus, oferă o analiză a noilor amenințări, care ne permite să ne pregătim pentru provocările viitoare care apar în acest domeniu complex, aflat în schimbare rapidă.

Raportul din acest an sosește într-un moment critic, de reflecție asupra evoluțiilor politicii în materie de droguri, în special având în vedere dezbaterile internaționale privind măsurile adecvate ca urmare a sesiunii speciale din 2016 a Organizației Națiunilor Unite privind problema drogurilor la nivel mondial. Anul viitor va avea loc evaluarea finală a actualei strategii a UE în materie de droguri (2013-2020). În această perioadă s-au produs în Europa schimbări considerabile în ceea ce privește provocările cu care se confruntă domeniul drogurilor, printre care apariția mai multor substanțe necontrolate. Schimbări semnificative au avut loc și pe piața și în consumul de droguri; iar noi înțelegem mai bine ce anume constituie intervenții efective. O piață dominată de substanțe pe bază de plante importate în Europa a evoluat către o piață în care a crescut importanța drogurilor sintetice și producția în Europa. Globalizarea și progresele tehnologice au remodelat aspectele strategice pe care trebuie să le ia în considerare factorii europeni de decizie. Suntem mândri de reputația internațională a EMCDDA de a ține pasul cu aceste schimbări și de

a furniza informațiile necesare pentru a sprijini cooperarea și coordonarea pe care le are în vedere strategia UE în materie de droguri.

Uniunea Europeană și statele sale membre s-au angajat să atingă obiectivele stabilite în Agenda 2030 a Organizației Națiunilor Unite pentru dezvoltare durabilă. Multe aspecte ale acestor obiective se referă direct și indirect la probleme legate de droguri. De exemplu, producția și traficul de droguri pot dăuna considerabil mediului fizic, structurilor instituționale și calității vieții cetățenilor din țările afectate. Obiectivele 3.3 și 3.5 se axează pe eradicarea epidemiilor de boli infecțioase și pe îmbunătățirea prevenirii și tratării problemelor legate de consumul de droguri. În acest context, Europa este hotărâtă să urmărească în următorul deceniu obiectivul de eliminare a hepatitei virale în rândul persoanelor care își injectează droguri. Virusul hepatitei C este foarte răspândit în această populație, dar recente progrese din domeniul medicamentelor disponibile pentru tratarea infecției au făcut ca eliminarea virusului să devină un obiectiv realizabil. De aceea, în Raportul european privind drogurile din acest an, se pune accent deosebit pe necesitatea de a intensifica acțiunile de prevenire, testare și tratare, ca obiectiv esențial în atingerea acestui scop important de sănătate publică.

În sfârșit, trebuie să ne exprimăm recunoștința față de omologii noștri naționali din rețeaua de puncte focale naționale Reitox, ceilalți parteneri naționali și internaționali și Comitetul științific al EMCDDA, fără de care acest raport nu ar fi posibil. 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, îmbogățind raportul nostru cu date de vârf și inovatoare.

Laura d'Arrigo

Președinte, Consiliul de administrație al EMCDDA

Alexis Goosdeel

Director, EMCDDA



Notă introductivă

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 2017 (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 blamat 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.

Perioada de referință pentru graficele, analizele și datele din raport este situația drogurilor până la sfârșitul anului 2018. Toate grupările, agregările și etichetele reflectă așadar situația din 2018 în ceea ce privește componența Uniunii Europene și țările participante la exercițiile de raportare ale EMCDDA. Ca urmare a timpului necesar compilării și trimiterii datelor, multe din seturile de date anuale pe care le conține sunt din anul de referință ianuarie-decembrie 2017.

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;
- membrilor 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 Europol;
- Grupului Pompidou al Consiliului Europei, Biroului Națiunilor Unite pentru Droguri și Criminalitate, Biroului regional pentru Europa al OMS, 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*), Rețelei europene de urgență privind drogurile (*European Drug Emergencies Network – Euro-DEN Plus*), rețelei ESCAPE (*European Syringe Collection and Analysis Project Enterprise – Inițiativă proiect de culegere de seringi și analiză*), rețelei transeuropene de informații privind drogurile (*Trans-European Drug Information – TEDI*) și grupului care realizează Sondajul european online privind drogurile (*European Web Survey on Drugs*);
- 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. Aflate 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

**Raportul european privind drogurile
din 2019 oferă o imagine
a situației drogurilor în Europa**

Înțelegerea situației drogurilor în Europa în 2019

Cea mai recentă analiză a EMCDDA privind fenomenul drogurilor în Europa dezvăluie o piață flexibilă, dar care totodată oglindește evoluțiile de la nivel mondial. Problemele pentru sănătate și securitate pe care continuă să le creeze drogurile ilegale, clasice și mai noi, creează un context dificil pentru politicile de definire și punere în aplicare a unor răspunsuri eficiente. Raportul european privind drogurile din 2019 oferă o imagine a situației drogurilor în Europa care se bazează pe cele mai recente date disponibile, iar această secțiune introductivă cuprinde un scurt comentariu analitic asupra câtorva dintre problemele importante care se regăsesc în prezent pe agenda politicii europene în materie de droguri.

Opioidele: sunt necesare eforturi suplimentare pentru a contracara o problemă în evoluție

Cândva, problema drogurilor în Europa era definită de consumul de heroină prin injectare. În prezent, numărul

noilor admiteri la tratament pentru dependența de heroină este mic în comparație cu nivelurile înregistrate în trecut, ratele de consum prin injectare au scăzut, iar numărul anual al cazurilor noi de HIV atribuite injectării de droguri a scăzut cu aproximativ 40 % în ultimul deceniu. Toate acestea sunt vești bune. Țările europene pot fi aplaudate pentru introducerea măsurilor pragmatice de tratament și de reducere a efectelor negative care au contribuit la aceste succese. În schimb, în alte părți ale lumii, America de Nord și în unele țări învecinate cu Uniunea Europeană, problemele legate de opioide au continuat să se intensifice, ducând la creșterea costurilor de sănătate publică. În Europa, în pofida îmbunătățirilor observate, consumul de opioide continuă să contribuie în mod semnificativ la costurile sociale și de sănătate care pot fi atribuite consumului de droguri, putând fi posibil chiar să asistăm la o intensificare a amenințărilor reprezentate de această clasă de droguri.

O analiză a răspunsurilor disponibile pentru problemele legate de opioide arată că într-o serie de țări, în special în regiunile estice ale Europei, măsurile instituite pentru reducerea efectelor negative și oferirea unui tratament eficient rămân insuficiente. De asemenea, există semne că situația s-a înrăutățit și în unele țări care se bucurau de o bună acoperire a acestor servicii în trecut. În același timp, continuă să crească nevoile populației de consumatori de opioide pe termen lung, o populație în curs de îmbătrânire și, adesea, tot mai vulnerabilă. Acest lucru este reflectat de decesele cauzate de supradoze, victimele având acum în medie 39 de ani, și de prevalența ridicată a problemelor de sănătate fizică și psihică în rândul

acestei categorii. În plus, în ultimii 5 ani s-a observat o creștere generală a numărului de decese asociate consumului de droguri, raportându-se creșteri la toate grupele de vârstă de peste 30 de ani. Indicatorii privind oferta arată că acest pericol ar putea fi în creștere. Cantitatea de heroină capturată a crescut, puritatea drogului rămâne relativ ridicată, iar prețul relativ scăzut, ceea ce sugerează disponibilitatea ridicată în multe părți ale Europei. De asemenea, în unele țări din UE au fost detectate recent laboratoare de prelucrare a heroinei, ceea ce reprezintă o evoluție îngrijorătoare.

Combaterea hepatitei virale

Europa și-a luat angajamentul să respecte Agenda internațională 2030 pentru dezvoltare durabilă, un cadru de politici mondiale care prevede și combaterea hepatitei virale. În cadrul Uniunii Europene, acest lucru are o relevanță deosebită pentru persoanele care și-au injectat droguri, deoarece aceștia prezintă nu doar cea mai mare povară a bolii, ci și cel mai mare risc de transmitere. Eliminarea impactului hepatitei virale asupra sănătății până în 2030 va depinde, prin urmare, de sporirea măsurilor preventive și de accesul acestei categorii de oameni la analize și tratament pentru hepatita B și C.

În prezent, există strategii privind hepatita în 17 state ale UE și în Norvegia, iar tot mai multe țări oferă acces nerestricționat la medicamente antivirale cu acțiune directă care sunt mai eficiente și mai bine tolerate. Cu toate acestea, trebuie luate măsuri suplimentare. Testarea pentru depistarea VHC este un punct de intrare critic pentru o asistență medicală eficientă în cazul hepatitei și ajută la prevenirea transmiterii în continuare. Serviciile pentru consum de droguri disponibile la nivelul comunității pot avea un rol important, însă în multe țări nu există politici de testare eficiente și nici mecanisme de trimitere adecvate. De asemenea, poate exista o oarecare rezistență profesională față de tratarea consumatorilor de droguri, iar beneficiile acestei investiții în asistența medicală atât pentru persoanele vizate, cât și pentru comunitate în general nu sunt întotdeauna recunoscute. EMCDDA elaborează instrumente menite să sprijine introducerea tratamentului pentru hepatită virală în cadrul centrelor de tratament pentru dependența de droguri. Printre ele se numără și o listă de verificare pentru identificarea obstacolelor din calea actualizării testelor și a tratamentelor pentru VHC, un chestionar de testare a cunoștințelor personalului centrelor și studii de caz ilustrative care demonstrează contribuția valoroasă pe care o pot avea abordările inovatoare de testare disponibile la nivelul comunității la combaterea acestei boli.

Opioidele sintetice au în prezent un rol mai important

În Statele Unite și Canada, actualul consum epidemic de opioide este generat de consumul de opioide sintetice, în special al derivaților de fentanil. Situația este diferită în Europa, însă există îngrijorări în acest sens. În sistemul de alertă timpurie al UE privind substanțele psihoactive noi au fost raportate aproximativ 50 de noi opioide sintetice, iar multe dintre aceste substanțe au fost asociate unor cazuri de intoxicații grave și de deces. Unele substanțe, cum ar fi carfentanilul, sunt extrem de puternice, ceea ce înseamnă că pot fi traficate în cantități foarte mici, care sunt greu de detectat, dar pot fi transformate în mii de doze de consum. În plus, opioidele sintetice utilizate în mod obișnuit ca medicamente par să capete un rol din ce în ce mai important în problema drogurilor în multe părți ale Europei – printre acestea se numără medicamente utilizate ca tratament de substituție și pentru atenuarea durerilor. În prezent, una din cinci persoane admise la tratament pentru o problemă legată de consumul de opioide declară că a consumat ca drog problematic principal nu heroină, ci un opioid sintetic, aceste droguri fiind depistate tot mai frecvent în cazurile de supradoză. În pofida acestui pericol, capacitatea actuală de detectare și raportare cu privire la disponibilitatea, consumul și consecințele opioidelor sintetice rămâne limitată. Prin urmare, ar trebui să fie considerată o prioritate îmbunătățirea sensibilității resurselor de informații în acest domeniu.

Valoarea surselor de date toxicologice și criminalistice

Decesele cauzate de supradoze sunt rareori asociate cu consumul unei singure substanțe. Modelele moderne ale consumului de droguri sunt extrem de dinamice, fiind caracterizate de apariția a tot mai multe droguri pe piață, iar consumatorii tipici – cu bună știință sau în necunoștință de cauză – utilizează o serie de substanțe diferite. Aceasta înseamnă că, în lipsa unor date criminalistice și toxicologice de calitate, noile amenințări la adresa sănătății pot fi trecute cu vederea. Există inclusiv riscul să nu se depisteze rolul noilor substanțe psihoactive puternice, cum ar fi derivații fentanilului, în decesele cauzate de supradoze, mai ales atunci când sunt

Europa și-a luat angajamentul să respecte Agenda internațională 2030 pentru dezvoltare durabilă

FIGURA 1

Noi indicatori pentru completarea surselor de date existente



consumate alături de droguri clasice, precum heroina. Unele state membre ale UE, în special în nordul Europei, au investit în soluții de îmbunătățire a disponibilității și a sensibilității datelor toxicologice, ceea ce permite în prezent o mai bună înțelegere a tendințelor în materie de droguri și a amenințărilor la adresa sănătății. De exemplu, în Suedia, introducerea unui screening amplu și creșterea sensibilității testelor au dus la dublarea numărului de cazuri în care s-a detectat fentanil în probele examinate de la persoane decedate în urma consumului de droguri. Un studiu recent al EMCDDA arată totuși că nu toate laboratoarele au capacitatea de a detecta substanțe mai puțin frecvente. Pentru desfășurarea investigațiilor criminalistice și toxicologice, disponibilitatea standardelor de referință este esențială, însă pentru noile substanțe psihoactive, de cele mai multe ori nu se poate dispune de acestea în multe laboratoare. În plus, absența unor ghiduri europene de toxicologie medico-legală pentru anchetarea deceselor asociate consumului de droguri reprezintă un obstacol în calea îmbunătățirii monitorizării și a practicii în domeniu. La nivel mai general, pe măsură ce importanța drogurilor sintetice de toate tipurile va continua să crească, vor fi necesare investiții mai mari în sursele de date toxicologice și criminalistice.

Instrumentele de monitorizare inovatoare oferă o perspectivă asupra tendințelor emergente

Raportul european privind drogurile din acest an se bazează pe o selecție a celor mai recente surse de date specifice. Acești indicatori „de vârf” nu sunt reprezentativi pentru populația generală, având și alte limitări; ei oferă însă date utile, oportune și complementare care furnizează perspective valoroase privind consumul de droguri în Europa (vezi figura 1). De exemplu, analiza apelor reziduale oferă acum o imagine a volumului de droguri consumate la nivelul comunităților din orașele Europei. Unul dintre avantajele acestei surse de date este faptul că informațiile pot fi raportate rapid și, prin urmare, pot oferi un posibil avertisment timpuriu privind schimbările survenite la nivelul drogurilor consumate. Un exemplu în acest sens îl reprezintă noile date pentru anul 2018, recent publicate de grupul SCORE și de EMCDDA, care indică o mai mare răspândire geografică și o creștere generală a consumului tuturor categoriilor de droguri stimulante consumate în mod obișnuit.

O altă sursă nouă de date folosită în raportul din acest an este Sondajul european online privind drogurile. Realizat pe un eșantion de consumatori de droguri recrutați online, rezultatele acestui sondaj oferă informații despre modelele de consum și despre achizițiile de drogurilor ilegale consumate în mod obișnuit. Informațiile obținute de la

laboratoarele de analiză a drogurilor, oferă persoanelor posibilitatea de a cunoaște conținutul substanțelor utilizate. Acestea sunt, de asemenea, trecute în revistă pentru a oferi o perspectivă asupra consumului de droguri în spațiile recreative specifice.

Datele referitoare la urgențele spitalicești asociate efectelor nocive acute ale drogurilor ne pot ajuta să înțelegem mai bine impactul pe care îl are consumul lor pentru sănătatea publică din Europa. Rețeaua europeană privind urgențele cauzate de consumul de droguri (Euro-DEN Plus) monitorizează prezentările la camerele de urgență pentru intoxicații acute asociate consumului de droguri, într-o serie de spitale din 18 țări europene. Rezultatele analizei din acest an ilustrează modul în care drogurile care au determinat prezentările la camerele de urgență pot varia la nivelul Europei. De exemplu, drogurile stimulante au fost asociate cu un număr mare de urgențe, dar prezentările determinate de consumul de amfetamine s-au înregistrat cel mai frecvent în nordul și estul Europei, în timp ce în țările din sud și din vest drogul stimulant predominant a fost cocaina.

Rolul pe care îl pot avea substanțele stimulante în consumul de droguri injectabile este demonstrat și de un nou studiu pilot care a analizat reziduurile de droguri extrase din seringile folosite colectate în centrele de schimb de seringi din cinci orașe europene. În toate aceste centre, cu excepția unuia, substanțele cel mai frecvent detectate au fost cele stimulante. Jumătate dintre seringile

testate conțineau urmele a două sau mai multe droguri, cea mai frecventă combinație fiind între o substanță stimulantă și un opioid. Aceste noi surse de informații oferă șansa de a corobora și a completa sursele de date existente, contribuind la o mai bună conștientizare a formelor de consum observate mai rar.

Piața europeană a cocainei continuă să crească

Datele actuale privind cocaina arată că atât numărul capturilor, cât și cantitatea capturată înregistrează un maxim istoric. Cocaina pătrunde în Europa pe numeroase rute și prin numeroase mijloace, însă iese în evidență creșterea traficului de cantități mari, prin porturile mari, în containere. Creșterea disponibilității drogului este sugerată și de estimările privind puritatea cocainei la nivelul comerțului cu amănuntul, care sunt cele mai mari din ultimul deceniu. La nivelul intermediarilor și al detailiștilor se constată o reorganizare a lanțului de aprovizionare cu cocaină și a actorilor implicați, prin apariția de grupuri fragmentate, mai difuze și structurate organizațional mai mult orizontal. Pe piață au reușit să pătrundă grupări mai mici, utilizând o varietate de tehnologii informatice cum ar fi criptarea, piețele de pe darknet, platformele sociale de tranzacționare și criptomonede. Antreprenoriatul pe piața concurențială a cocainei este evident din strategiile de distribuție inovatoare, cum ar fi centrele de comenzi telefonice dedicate exclusiv cocainei. Aceste noi metode par să reflecte într-o oarecare măsură tipul de disrupție vizibil și în alte domenii, înlesnit de utilizarea uzuală a telefoanelor inteligente – o potențială „uberizare” a comerțului cu cocaină: o piață competitivă în care vânzătorii concurează oferind servicii suplimentare, cum ar fi opțiuni de livrare rapidă și flexibilitate.

Cocaina: efectele nocive asupra sănătății sunt tot mai evidente

Prevalența consumului problematic de cocaină este deosebit de greu de estimat, deoarece acest drog este mai puțin vizibil în indicatorii clasici, care tind să se axeze mai mult pe problemele legate de opioide. Cu toate acestea, există indicii potrivit cărora creșterea disponibilității cocainei duce la creșterea costurilor medicale. Față de anul 2014, numărul noilor consumatori admiși la tratament pentru probleme asociate consumului de cocaină, deși încă relativ scăzut, a crescut cu peste 35 %, înregistrându-se o creștere în aproximativ două treimi dintre țări. În unele țări, cocaina a fost asociată cu înmulțirea deceselor cauzate de droguri înregistrate în ultima perioadă de timp. În zonele din Europa unde este substanța stimulantă predominantă, drogul este adesea detectat, alături de

opioide, în cazurile de decese prin supradoză. În plus, este posibil să nu fie raportat rolul cocainei în decesele asociate bolilor cardiovasculare. Acolo unde sunt disponibile date, acestea indică o creștere generală a numărului de prezentări la urgențe în urma consumului de cocaină, aceasta fiind substanța ilegală cel mai frecvent raportată în studiul Euro-DEN realizat în 18 țări. De asemenea, cocaina a fost depistată în cel puțin un sfert din seringile testate în trei din cele cinci orașe participante într-un proiect pilot privind utilitatea analizei reziduurilor din seringi pentru cartografierea modelelor de consum de droguri prin injectare. Noile date disponibile sugerează și o posibilă răspândire a consumului de cocaină crack, o formă a drogului care se poate fuma și care este asociată în mod special cu consumul problematic. Începând cu 2014, au fost raportate creșteri ale numărului de consumatori de cocaină admiși la tratament în Belgia, Irlanda, Franța, Italia, Portugalia, precum și în Regatul Unit – țara europeană asociată cu cel mai mare consum de cocaină crack.

Dovezile disponibile pe baza cărora se poate stabili care sunt serviciile eficiente pentru consumatorii de cocaină sunt încă relativ deficitare, iar programele care se adresează în mod specific acestor consumatori sunt în prezent limitate în Europa. Situația începe totuși să se schimbe, unele țări introducând în prezent mai multe intervenții specializate de reducere a efectelor negative. În general însă, având în vedere că nevoile în acest domeniu par să se intensifice, sunt necesare investiții urgente în dezvoltarea și evaluarea unor intervenții de toate tipurile, dar mai ales a unor modele de tratament eficiente, astfel încât serviciile să fie mai bine adaptate în vederea realizării unei interacțiuni de succes cu această categorie de consumatori.

Rolul internațional al Europei în producția de droguri sintetice

Producția de droguri sintetice în Europa, deși dificil de monitorizat, pare a fi în creștere, devenind mai diversificată și mai inovatoare. Această expansiune se poate observa din datele recente care documentează înmulțirea capturilor de precursori de droguri. Raportul EMCDDA-

**Prevalența consumului
problematic de cocaină este
deosebit de greu de estimat**

SCURTĂ PREZENTARE – ESTIMĂRI PRIVIND CONSUMUL DE DROGURI ÎN UNIUNEA EUROPEANĂ

Canabis



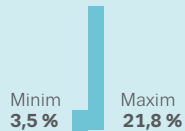
Adulți (15-64)

Consum în ultimul an **24,7 milioane**
7,4 %Consum de-a lungul vieții **91,2 milioane**
27,4 %

Adulți tineri (15-34)

Consum în ultimul an **17,5 milioane**
14,4 %

Estimări naționale privind consumul din ultimul an



Cocaină



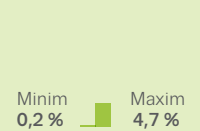
Adulți (15-64)

Consum în ultimul an **3,9 milioane**
1,2 %Consum de-a lungul vieții **18 milioane**
5,4 %

Adulți tineri (15-34)

Consum în ultimul an **2,6 milioane**
2,1 %

Estimări naționale privind consumul din ultimul an



MDMA



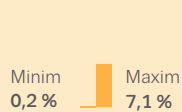
Adulți (15-64)

Consum în ultimul an **2,6 milioane**
0,8 %Consum de-a lungul vieții **13,7 milioane**
4,1 %

Adulți tineri (15-34)

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

Estimări naționale privind consumul din ultimul an



Amfetamine



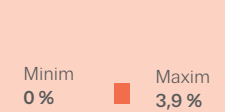
Adulți (15-64)

Consum în ultimul an **1,7 milioane**
0,5 %Consum de-a lungul vieții **12,4 milioane**
3,7 %

Adulți tineri (15-34)

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

Estimări naționale privind consumul din ultimul an



Opioide

Consumatori de opioide cu risc ridicat **1,3 milioane****654 000**

de consumatori de opioide au primit tratament de substituție în 2017

Cereri de tratament pentru consum de droguri

Drog principal în aproximativ **35 %** din totalul cererilor de tratament pentru consumul de droguri din Uniunea Europeană

Supradoze fatale

85 %Opioidele se găsesc în **85 %** din cazurile de supradoză fatală

Europol privind piețele europene ale drogurilor, care va fi publicat la sfârșitul anului 2019, va oferi o analiză aprofundată a acestor evoluții. Detectarea laboratoarelor de producție, a locurilor în care sunt aruncate deșeurile, precum și a potenței și varietății drogurilor sintetice disponibile pe piața Europei sunt principalele preocupări în acest domeniu.

În prezent, există tot mai multe indicii care sugerează importanța Europei pe piața mondială a drogurilor sintetice. Printre acestea se numără capturile semnificative de diverse substanțe la frontierele UE, faptul că în prezent se capturează mai mult MDMA în Turcia decât în întreaga Uniune Europeană, precum și detectarea în Europa a unor laboratoare clandestine care produc metamfetamină și alte droguri sintetice destinate exportului. Infrastructura care permite transferul rapid al mărfurilor între țări se folosește din ce în ce mai mult pentru a facilita traficul de droguri aflate sub control, de noi substanțe psihoactive, de precursori și alte substanțe chimice esențiale în producerea de droguri în Uniunea Europeană. Aceeași infrastructură este uneori utilizată și pentru traficul de droguri sintetice – în special MDMA, dar și alte substanțe – către țări din afara UE.

Producția de droguri sintetice pare să determine, de asemenea, la răspândirea consumului de metamfetamină în noi țări din Uniunea Europeană. La nivel mondial, metamfetamina constituie cea mai mare provocare în domeniul drogurilor sintetice. În Europa, consumul de metamfetamină a fost până acum concentrat în câteva țări, care se confruntă cu astfel de probleme de mai mult timp. Situația nu diferă foarte mult în prezent, dar analiza reziduurilor din apele uzate sugerează că, în pofida disponibilității extinse a altor substanțe stimulante, drogul începe să se răspândească în noi țări. De asemenea, laboratoarele detectate sugerează o oarecare extindere a producției și fabricării sale pentru piețe din afara UE.

Canabisul: noi evoluții în privința celui mai cunoscut drog din Europa

Canabisul este unul dintre cele mai cunoscute droguri din Europa. Este drogul ilegal consumat cel mai frecvent, aproape 20 % din persoanele din grupa de vârstă 15-24 de ani declarând că au consumat cannabis în ultimul an. La nivel internațional și în interiorul Europei, consumul de cannabis continuă să fie un subiect care suscită un interes semnificativ din partea publicului și a factorilor de decizie, întrucât noile evoluții generează dezbateri privind modul în care ar trebui să reacționeze societatea față de această substanță.

În prezent, are loc o dezbatere cu privire la valoarea terapeutică a cannabisului, a preparatelor din cannabis și a medicamentelor derivate din planta de cannabis. Unele țări au legalizat cannabisul, ceea ce a oferit ocazia unei analize a costurilor și a beneficiilor asociate diferitelor opțiuni de reglementare și de control. Domeniul este unul complex. În Europa se alocă resurse polițienești considerabile pentru controlul cannabisului, care a fost implicat în peste jumătate din cele 1,2 milioane de infracțiuni de consum sau deținere pentru consum propriu raportate în 2017. Implicarea pe piața cannabisului poate fi și un factor determinant al infracționalității în rândul tinerilor, precum și o sursă importantă de venit pentru criminalitatea organizată. Pe lângă aceasta, a crescut și gradul de înțelegere a potențialelor riscuri pentru sănătate asociate consumului de cannabis, în special în rândul tinerilor. Cannabisul este în prezent substanța principală de consum menționată cel mai frecvent în cazul noilor admiteri la tratament pentru consum de droguri. Acest lucru este îngrijorător, deoarece în ultimii ani evaluarea generală a EMCDDA indicase că tendința înregistrată în cazul cannabisului este în general stabilă. Această afirmație este în prezent contrazisă de noile date, o serie de țări semnalând un consum sporit în rândul cohortelor de consumatori cu vârste mai mici.

La această situație complexă se adaugă și faptul că, în ultimii ani, s-au dezvoltat noi forme de cannabis ca urmare a progreselor înregistrate în tehnicile de cultivare, extracție și producție. Plantele hibride altoite cu soiuri multiple, din care se obține cannabis cu potență mai mare, au început să înlocuiască formele tradiționale ale plantei atât în Europa, cât și în Maroc, de unde provine o mare parte din rășina de cannabis consumată în Europa. Un studiu recent finanțat de EMCDDA arată că, în ultimul deceniu, potența a crescut atât pentru rășina de cannabis, cât și pentru iarbă. Crearea piețelor legale destinate consumului recreațional de cannabis în zonele unde drogul a fost legalizat conduce de asemenea la inovare, constatându-se apariția unor noi produse din cannabis, cum ar fi produsele comestibile, lichidele pentru țigări electronice și concentratele. Unele dintre acestea apar în prezent pe piața europeană, punând în dificultate operațiunile de detectare și control al drogurilor.

Recunoscând natura în prezent dinamică și complexă a sferei politicilor privind cannabisul, EMCDDA a lansat o nouă serie de publicații, realizând o recenzie a dovezilor și analizelor din domeniu. Printre ele se numără și o prezentare generală a evoluției aprovizionării cu cannabis de uz medicinal pe piețele din Uniunea Europeană. O dezbatere în cunoștință de cauză în acest domeniu este împiedicată de absența unei înțelegeri conceptuale comune asupra consumului de cannabis în scop medical.

Situația este complicată și de diversitatea produselor disponibile, care pot varia de la medicamente ce conțin compuși din planta de cannabis până la preparate pe bază de cannabis neprelucrat.

Produsele din cannabis cu conținut scăzut de THC ridică probleme normative

Un alt exemplu de evoluție rapidă în sfera cannabisului este cel al apariției, în ultimii 2 ani, a ierbii de cannabis și a uleiurilor de cannabis cu concentrație redusă care se comercializează în magazine specializate sau cu alimente de tip „bio” în unele țări din UE. Comercianții acestor produse argumentează faptul că efectele lor stupefiante sunt reduse sau inexistente și, prin urmare, nu intră sub incidența legislației privind drogurile. Cannabisul conține multe substanțe chimice diferite, dar cele aflate în centrul atenției sunt doi cannabinoidi, tetrahidrocannabinolul (THC) și canabidiolul (CBD). THC este principala substanță prezentă în cannabis care produce efectele sale psihoactive. Produsele care conțin CBD sunt comercializate din ce în ce mai mult pe baza argumentului că au efecte benefice. Literatura științifică complexă și în continuă evoluție care prezintă dovezi în sprijinul utilizării medicinale a THC și a CBD a fost abordată într-o publicație recentă a EMCDDA. Produsele noi, despre care se afirmă că au un conținut de THC mai mic de 0,2 % sau 0,3 %, se încadrează în general în două categorii: una destinată consumatorilor care fumează cannabis și alta – forme farmaceutice precum uleiuri și creme – destinată persoanelor interesate de posibilele utilizări medicinale. Unele state membre ale UE consideră produsele cu conținut scăzut de THC drept extracte de cannabis care fac obiectul unor sancțiuni penale; altele le consideră medicamente care nu pot fi comercializate fără autorizație; câteva le clasifică drept produse care nu reprezintă o amenințare pentru sănătatea publică și, prin urmare, nu necesită autorizație pentru comercializare. Această evoluție ridică probleme de reglementare atât la nivelul UE, cât și la nivel național.

Valorificarea digitalizării în beneficiul sănătății

Tinerii reprezintă un grup țintă important pentru numeroase intervenții legate de droguri. Aceștia constituie segmentul de populație cu cea mai mare probabilitate în ceea ce privește familiarizarea în utilizarea tehnologiei informației și comunicațiilor și cel mai deschis față de acestea, în multe domenii ale vieții lor. De asemenea, tinerii formează categoria cu cea mai mare probabilitate în a accepta și beneficia de pe urma utilizării acestei tehnologii pentru derularea intervențiilor de prevenire, tratament și reducere a riscurilor asociate consumului de

droguri. Raportul european privind drogurile din acest an trece în revistă câteva dintre noile evoluții din domeniul aplicațiilor mobile sau de m-sănătate care au ca scop abordarea unei game largi de probleme, de la accesul la servicii până la formarea competențelor persoanelor care lucrează în domeniul drogurilor. Evoluțiile din această arie sunt legate de utilizarea resurselor online și a aplicațiilor mobile, unele abordări inovatoare recente explorând modul în care ar putea fi utilizată realitatea virtuală pentru tratarea dependenței de droguri, de exemplu, ajutând pacienții să capete rezistență la stimulii care îi determină să consume droguri sau să scadă tentația de a le consuma. Aici se impune totuși un avertisment, referitor la faptul că noile aplicații din acest domeniu nu sunt întotdeauna însoțite de standarde de calitate, norme de protecție a datelor și evidențe științifice de evaluare. Ca în toate celelalte domenii ale asistenței medicale, acestea vor fi elemente esențiale pentru obținerea potențialelor beneficii promise de noile tehnologii folosite în intervențiile de răspuns la problema drogurilor.

Consolidarea sistemului de avertizare timpurie al UE și evaluarea riscurilor prezentate de noile substanțe psihoactive

În 2018, în sistemul de avertizare timpurie al UE privind noile substanțe psihoactive a fost raportată câte o astfel de substanță aproximativ în fiecare săptămână. Numărul noilor droguri detectate în 2018, adică 55, este similar cu numărul celor detectate în 2017, însă mult mai mic decât în anii 2013 și 2014. Deși acest lucru poate sugera o scădere a inovațiilor în domeniu, trebuie remarcat faptul că un număr semnificativ de substanțe care au fost deja notificate continuă să apară pe piața europeană a drogurilor în fiecare an, ceea ce sugerează că substanțele pot persista pe piață de-a lungul timpului. Există și modificări ale tipului de substanțe observate, posibil semnaland faptul că noile substanțe psihoactive se adresează din ce în ce mai mult consumatorilor de droguri pe termen lung și a celor problematici. De exemplu, dacă în sistemul de alertă timpurie al UE privind noile substanțe

Tinerii reprezintă un grup țintă important pentru numeroase intervenții legate de droguri

psihoactive continuă să fie raportată o gamă variată de substanțe, în prezent apar tot mai multe opioide și benzodiazepine sintetice.

Alerta timpurie și evaluarea riscurilor sunt elemente esențiale pentru reacția Europei la evoluțiile din domeniul noilor substanțe psihoactive. În 2018, sistemul european a fost revizuit pentru a se asigura o capacitate sporită și accelerată de detectare, evaluare și răspuns al UE la pericolele sociale și pentru sănătate ale noilor droguri. Astfel, sistemul asigură nu numai alertarea timpurie în toată Europa, ci și posibilitatea de a se realiza, mai rapid, evaluarea riscurilor și punerea sub control a substanțelor la nivel european. Modificările consolidează, de asemenea, rețeaua care sprijină EMCDDA și Europol în această activitate, în prezent încheindu-se acorduri formale de lucru între EMCDDA și Agenția Europeană pentru Medicamente (EMA), Autoritatea Europeană pentru Siguranța Alimentară (EFSA), Centrul European de Prevenire și Control al Bolilor (ECDC) și Agenția Europeană pentru Produse Chimice (ECHA).

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 importantă pentru noile substanțe psihoactive. În plus, unele droguri și unii precursori de droguri tranzitează Europa pe ruta către alte continente. Europa este, de asemenea, 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.

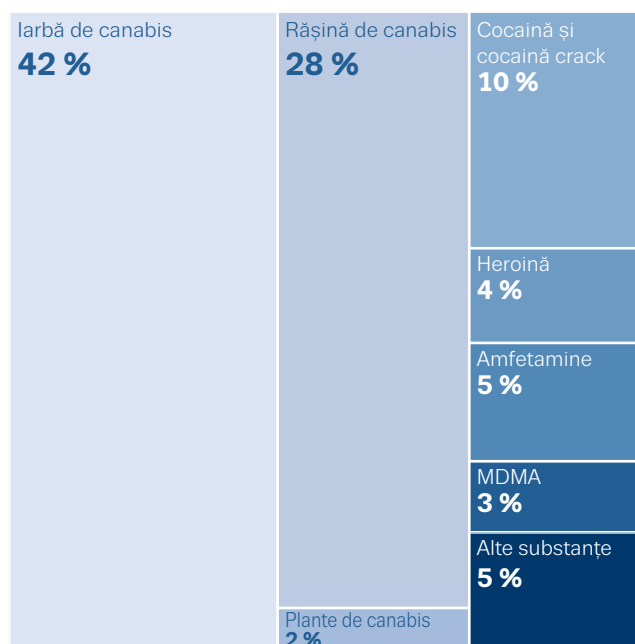
Monitorizarea piețelor de droguri, a ofertei și a legislației în domeniu

Analiza prezentată în acest capitol se bazează pe datele raportate privind capturile de droguri, capturile de precursori de droguri 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 din rapoarte de caz și nu din sisteme de monitorizare sistematică, capturile indicate reprezintă estimări minime. Pe [site-ul](#) EMCDDA se găsește o descriere completă a sistemului de alertă timpurie privind noile substanțe psihoactive.

FIGURA 1.1

Numărul capturilor de droguri raportate, după drogul capturat, 2017



Peste un milion de capturi de droguri ilegale

Capturile de droguri ilegale efectuate de agențiile de aplicare a legii sunt un indicator important al pietelor drogurilor, în 2017 fiind raportate peste 1,1 milioane 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 câteva transporturi mari, de ordinul kilogramelor. Cele trei țări care raportează cel mai mare număr de capturi, care adunate reprezintă peste două treimi din capturile de droguri din Uniunea Europeană, sunt Spania, Regatul Unit și Franța. Pentru Țările de Jos nu sunt însă disponibile date pentru numărul de capturi, iar pentru Germania și Slovenia cele mai recente date disponibile sunt din 2015, ceea ce adaugă un grad de incertitudine analizei. Drogul capturat cel mai frecvent este canabisul, reprezentând aproape două treimi din numărul total al capturilor efectuate în Europa (figura 1.1.).

În multe țări europene există piețe considerabile pentru canabis, heroină și amfetamine încă din anii 1970 și 1980. De-a lungul timpului, și alte substanțe s-au poziționat bine pe piață, inclusiv MDMA și cocaina în anii 1990. Piața europeană a drogurilor continuă să evolueze, 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 de noi rute de trafic și dezvoltarea piețelor online.

Piețele drogurilor ilegale din Europa: complexe și multistratificate

Pe piețele drogurilor ilegale are loc o serie complexă de activități interconectate, printre care se numără producția, traficul, distribuția și vânzarea către consumatorul final. Aceste piețe se întind pe distanțe geografice întinse. În diferitele etape pot fi implicați actori diverși, însă grupurile infracționale organizate joacă un rol dominant în afacerile cu droguri ilegale, în care se vehiculează miliarde de euro pe an.

La nivelul pieței cu amănuntul, vânzarea drogurilor se realizează în principal prin contactul direct între furnizori și consumatori, însă tehnologia mobilă și criptarea sunt exploatate din ce în ce mai mult de rețele de trafic de droguri. Platformele online destinate vânzării de droguri ilegale, deși reprezintă deocamdată o componentă relativ minoră a pieței în ansamblu, au căpătat o importanță tot mai mare în ultimii ani. Piețele online pot fi găsite pe internetul de suprafață – partea indexată a rețelei, care permite efectuarea de căutări pe internet –, inclusiv în magazine online și pe platforme de comunicare socială, sau pe „darknet” – o rețea criptată care necesită instrumente speciale pentru a fi accesată, unde vânzătorii și cumpărătorii își pot ascunde identitatea.

În diferite momente de la apariția piețelor online anonime în 2010, la nivel mondial au existat peste 100 de piețe de tip darknet. În iulie 2017, AlphaBay, cea mai mare piață de acest fel de până acum, a fost închisă în urma unei operațiuni internaționale a poliției, care a determinat de asemenea închiderea unui alt loc important, piața Hansa. Este posibil ca această operațiune de aplicare a legii să fi erodat încrederea consumatorilor în siguranța acestor piețe. Cu toate acestea, o analiză a EMCDDA și Europol arată că, un an mai târziu, veniturile și volumul comercial asociat vânzării de droguri pe piața „darknet” reveniseră la nivelurile anterioare operațiunii.

Canabisul: numărul capturilor și potența cresc, prețul rămâne stabil

Pe piața europeană a drogurilor se găsesc două produse principale pe bază de cannabis, și anume iarba de cannabis (marijuana) și rășina de cannabis (hașiș). Uleiul de cannabis este relativ rar, deși în ultimii ani s-au raportat câteva capturi mari. Iarba de cannabis care se consumă în Europa provine în principal din cultura internă, dar o parte face obiectul traficului din alte țări; cea care este produsă în Europa se cultivă mai ales în spații interioare. Rășina de cannabis este importată în principal din Maroc, Libia devenind un punct central pentru traficul de rășină. Unele rapoarte noi indică producerea de rășină în Uniunea Europeană, iar producția de „nederhash” a fost documentată timp de mai mulți ani în Țările de Jos. În plus, Balcanii de Vest reprezintă o sursă atât pentru iarba de cannabis, cât și, mai recent, pentru ulei de cannabis.

În 2017, statele membre ale UE au raportat 782 000 de capturi de produse pe bază de cannabis, din care 440 000 de iarbă, 311 000 de rășină și 22 700 de capturi constând în plante de cannabis. Începând din 2009, numărul capturilor de iarbă de cannabis îl depășește pe cel al capturilor de rășină. Cantitatea de rășină de cannabis capturată este însă de peste două ori mai mare decât cea de iarbă de cannabis (466 de tone comparativ cu 209 tone). Aceasta este, în parte, o consecință a traficului transfrontalier de rășină de cannabis în volume mai mari, ceea ce mărește probabilitatea de a fi detectată în zonele în care este interzisă. Având în vedere apropierea sa de Maroc, Spania are un rol deosebit de important în ceea ce privește cantitățile de rășină de cannabis capturate, care reprezintă aproape trei sferturi (72 %) din cantitatea totală capturată în Uniunea Europeană în 2017 (figura 1.2).

CANABIS



RĂȘINĂ

Capturi

Număr

311 000 UE  **329 000** UE + 2

Cantități

466 UE  **550** UE + 2

Preț

(EUR/g)



IARBĂ

Capturi

Număr

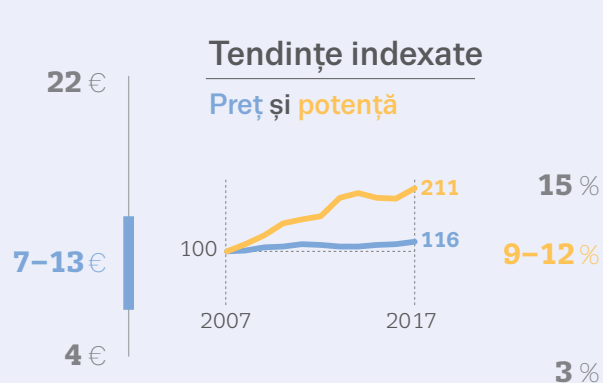
440 000 UE  **486 000** UE + 2

Cantități

209 UE  **304** UE + 2

Preț

(EUR/g)

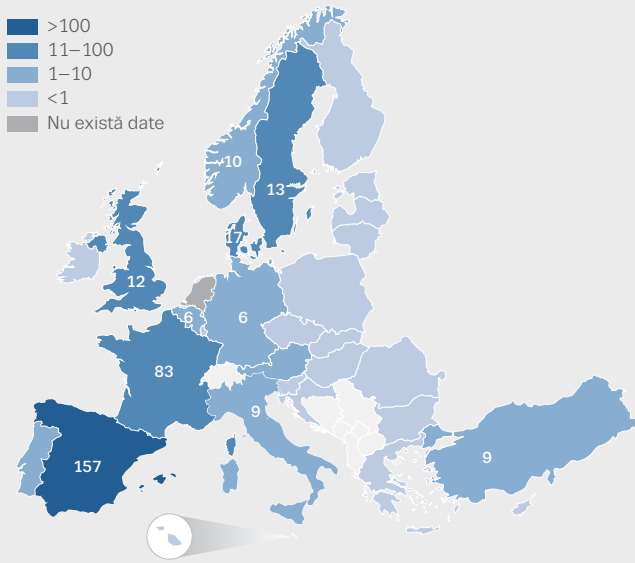


UE + 2 cuprinde statele membre ale UE împreună cu Turcia și Norvegia. Prețul și potența produselor din cannabis: valori medii naționale — minim, maxim și interval intercuartil. Țările incluse variază în funcție de indicator.

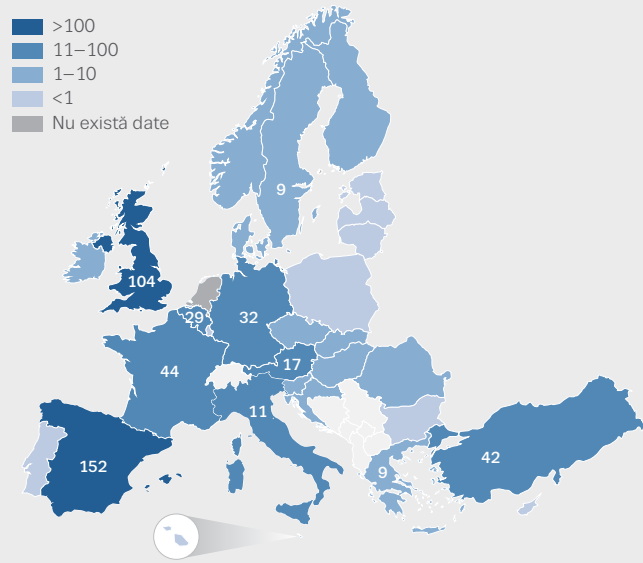
FIGURA 1.2

Capturile de rășină de canabis și iarbă de canabis, 2017 sau cel mai recent an

Numărul capturilor de rășină de canabis (mii)

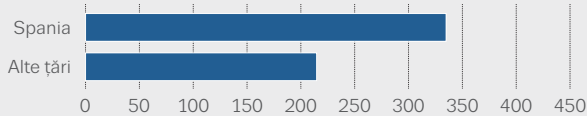


Numărul capturilor de iarbă de canabis (mii)

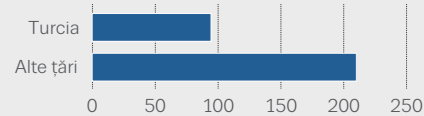


NB: Numărul de capturi în cele 10 țări care au înregistrat cele mai mari valori.

Cantitatea de rășină de canabis capturată (tone)



Cantitatea de iarbă de canabis capturată (tone)



Numărul capturilor de canabis raportate în Uniunea Europeană – atât produse din rășină, cât și pe bază de iarbă – se menține relativ stabil din 2012 (figura 1.3). Cu toate acestea, după declinul înregistrat în 2015, cantitatea de iarbă de canabis capturată a crescut în multe țări. Creșterea globală din perioada 2016-2017 se datorează în principal creșterilor substanțiale raportate în Grecia, în Spania și mai ales în Italia. În fiecare an începând cu 2009, Turcia a capturat mai multă iarbă de canabis decât orice stat al UE, dar în 2017 cantitatea de iarbă de canabis capturată în Italia aproape a egalat cantitatea capturată în Turcia. În plus, în 2017 s-au înregistrat creșteri considerabile într-o serie de țări care, în general, capturează cantități mici de iarbă de canabis. Un exemplu este Ungaria, unde cantitatea capturată a fost de 7 ori mai mare decât cantitatea capturată în anul precedent (peste 3,5 tone în 2017 față de 0,5 tone în 2016).

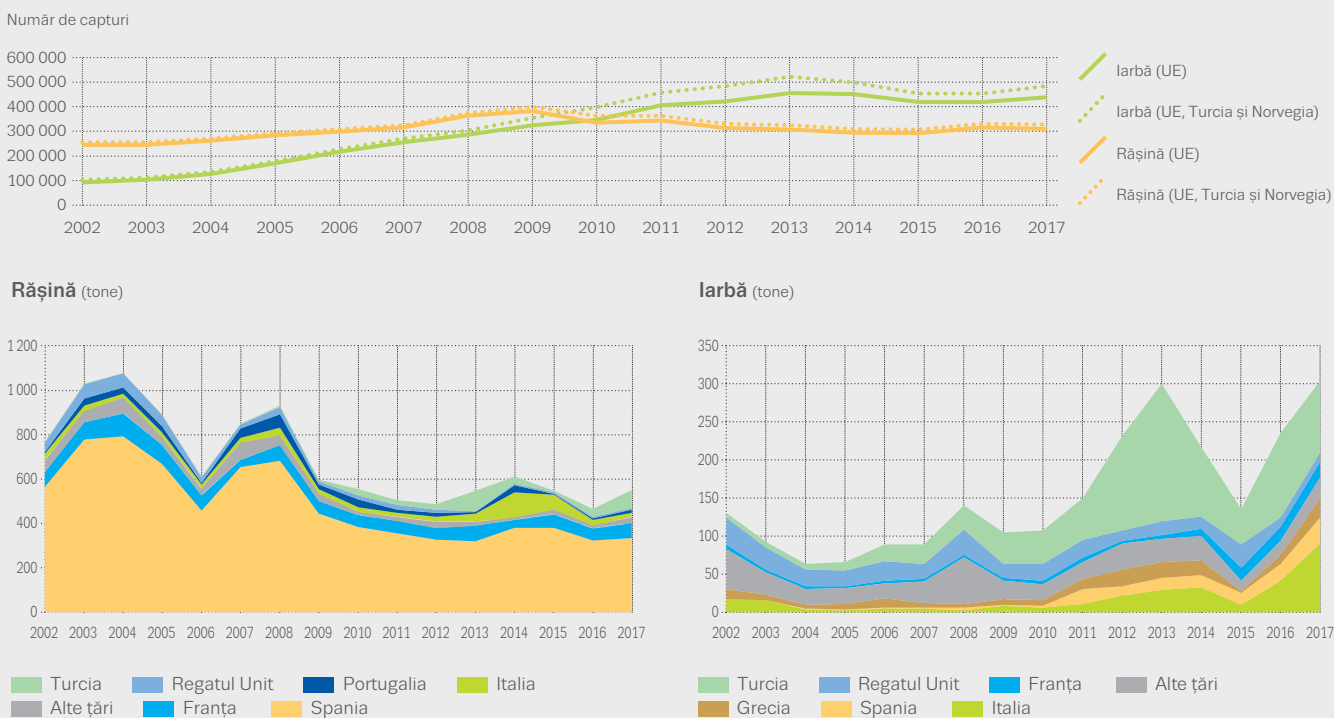
Capturile de plante de canabis pot fi considerate un indicator al producției acestui drog într-o anumită țară. Însă, din cauza diferențelor dintre țări, atât în ceea ce privește prioritățile în materie de asigurare a respectării legii, cât și practicile de raportare, datele trebuie interpretate cu prudență. Numărul de plante capturate în Europa a atins un maxim de 7 milioane în 2012, ca urmare

a interceptărilor intensive realizate de Italia în acel an, apoi a scăzut la 2,5 milioane de plante în 2015, pentru a crește la 3,4 milioane de plante în 2017. În 2017, țările europene au raportat 490 de capturi de ulei de canabis, cele mai mari cantități înregistrându-se în Turcia (50 de litri în 3 capturi) și Grecia (12 kg în 37 de capturi).

Analiza tendințelor indexate în rândul acelor țări care raportează în mod constant date privind prețul și potența arată o creștere a potenței atât în cazul ierbii de canabis, cât și al rășinii începând cu anul 2007. Potența rășinii a înregistrat o creștere continuă din 2009 până în prezent. Printre factorii determinanți ai acestei potențe medii din ce în ce mai mari a rășinii se numără probabil introducerea unor plante cu potență mare și de noi tehnici de producție în Maroc și, într-o măsură mai mică, utilizarea mai intensă în Europa a tehnicilor de extracție a rășinii prin care se obțin produse cu potență mai mare. Potența medie a ierbii de canabis a crescut în 2017, după o perioadă de stabilitate între 2013 și 2016. Rămâne însă de văzut dacă această creștere recentă va da startul unei noi tendințe. Datele sugerează că prețul de vânzare cu amănuntul pe gram este similar pentru rășina și iarbă de canabis și că prețurile au rămas stabile din 2009.

FIGURA 1.3

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



Disponibilitatea produselor din canabis cu conținut redus de THC

Începând din 2017, iarbă de canabis și uleiurile de canabis sunt oferite spre vânzare la liber în magazine specializate sau de alimente sănătoase în mai multe țări ale UE. Produsele se vând pe baza argumentului că efectele lor stupefiante sunt reduse sau inexistente și, prin urmare, nu intră sub incidența legislației privind drogurile.

Iarbă de canabis și extractele sale sunt cunoscute pentru cei doi canabinoizi pe care îi conțin, tetrahidrocanabinolul (THC) și canabidiolul (CBD). THC poate provoca efecte nocive, însă CBD a fost asociat cu efecte benefice pentru sănătate, deși în prezent există puține dovezi pentru majoritatea afecțiunilor care au fost studiate. Procentajul fiecărui compus poate varia foarte mult de la o plantă de canabis la alta. Politica agricolă comună a UE prevede acordarea de subvenții pentru cultivarea anumitor soiuri de canabis destinate utilizărilor industriale, cu condiția să nu se depășească o concentrație de 0,2 % THC (o limită menită inițial să stabilească distincția între tipurile de plante, nu să reprezinte un profil de siguranță pentru consumul uman). La nivel național, limitele se pot încadra între 0 și 0,3 %.

Produsele noi, despre care se afirmă că au un conținut de THC mai mic de 0,2 % sau 0,3 %, par să se încadreze în linii mari în două categorii, care se pot suprapune. Prima

categorie se adresează consumatorilor existenți de canabis ilegal, fiind vândută drept canabis „legal” în forme asociate de obicei cu fumatul. Cea de a doua este promovată ca fiind asociată cu „sănătatea” și cu „o stare de bine”, punându-se accentul pe conținutul de CBD și fiind adesea prezentată sub formă de uleiuri sau creme. Aceste categorii se reflectă și în tipul și decorul punctelor de vânzare. Întrucât nu au fost stabilite standarde de testare agreate pentru aceste produse, conținutul de THC și CBD poate varia față de cel indicat pe etichete sau în eventualele „rezultate ale testelor” afișate împreună cu produsul.

Heroina: crește cantitatea capturată

Heroina este opioidul întâlnit cel mai frecvent pe piața europeană a drogurilor. De-a lungul timpului, heroina de import a fost disponibilă în Europa sub două forme, din care cea mai uzuală este heroina brună (forma chimică de bază), produsă în principal din morfina extrasă din macul cultivat în 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 din Europa se numără opiu și medicamente precum morfina, metadona, buprenorfina, tramadolul și diverși derivați de fentanil. Este posibil ca unele dintre aceste 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 din est, însă descoperirea unor laboratoare care produc heroină din morfină cu ajutorul anhidridei acetice în Bulgaria, Cehia, Spania și Țările de Jos în ultimii ani, împreună cu creșterea capturilor de morfină și opiu, sugerează că o anumită cantitate de heroină este produsă în prezent mai aproape de piețele de consum din Europa. Această schimbare poate reflecta încercarea furnizorilor de a reduce costurile prin derularea ultimelor etape ale producției de heroină în Europa, unde unii precursori de droguri, cum ar fi anhidrida acetică, sunt mai ieftini decât în țările producătoare de

opiu. Producerea drogului în apropierea pieței de consum ar putea avea ca scop și reducerea riscurilor de interceptare.

Heroina pătrunde în Europa pe patru rute principale de trafic, cele mai importante fiind „ruta balcanică” și „ruta sudică”. Prima și cea mai importantă 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”, care pornește din Afganistan și ajunge în Rusia prin Asia Centrală, și o rută care trece prin sudul Caucazului și traversează Marea Neagră.

În perioada 2010-2011, în mai multe țări europene a fost observată o disponibilitate redusă a heroinei, însoțită de o scădere generală a numărului de capturi și a cantităților de heroină capturate. De atunci, capturile din Uniunea Europeană s-au stabilizat în mare măsură, în 2017 fiind raportate 37 000 de capturi însumând 5,4 tone. Turcia continuă să captureze mai multă heroină decât toate celelalte țări europene la un loc (figura 1.4). După o scădere abruptă a capturilor în perioada 2014-2016, de la 12,8 la 5,6 tone, în 2017 Turcia a capturat 17,4 tone de heroină, cea mai mare cantitate din ultimul deceniu.

Dintre țările care raportează în mod constant date privind prețul și puritatea, tendințele indexate sugerează că, după o scădere puternică în perioada 2009-2011, puritatea

HEROINĂ

Capturi

Număr

37 000 UE  **50 000** UE + 2

Cantități

5,4 UE  **22,9** UE + 2

Preț

(EUR/g)

140 €
28–58 €
15 €

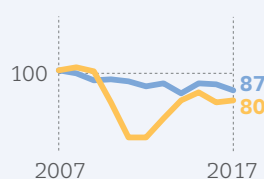
Puritate

(%)

51 %
15–31 %
9 %

Tendințe indexate

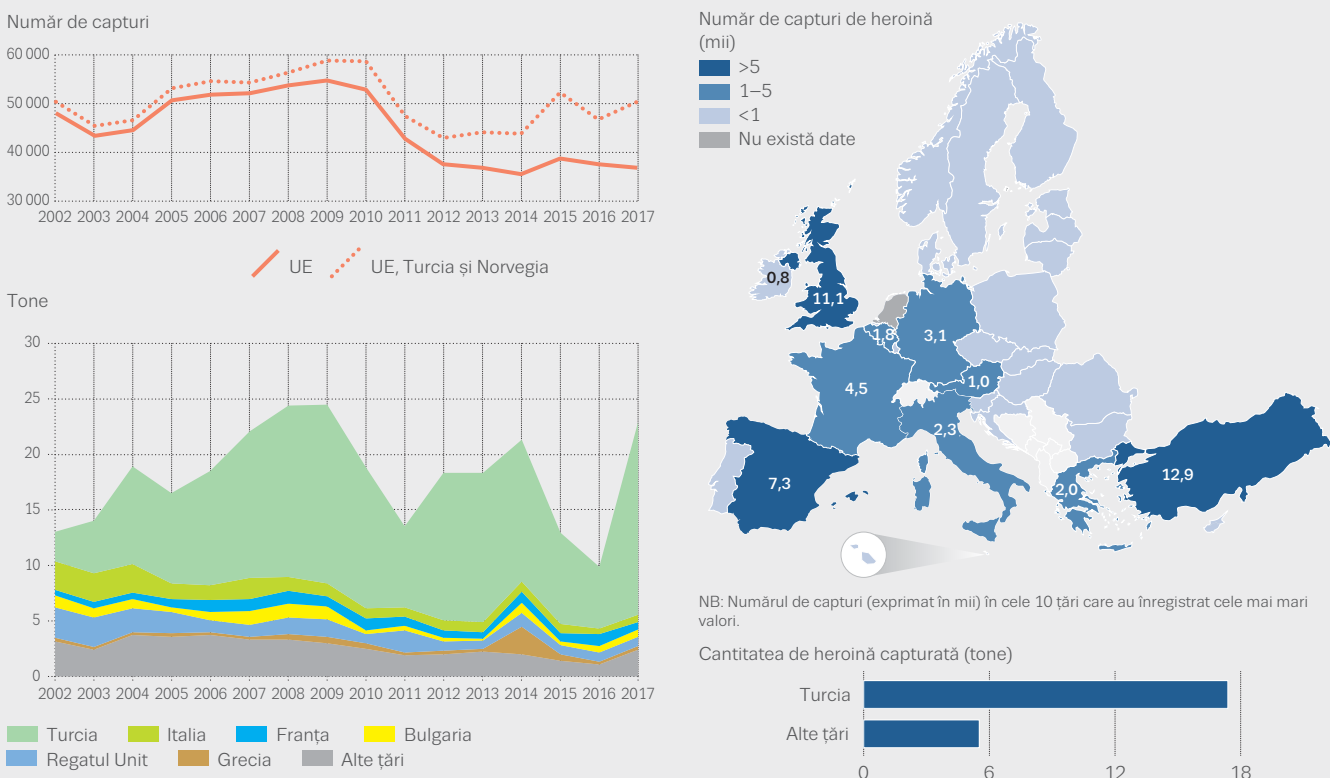
Preț și puritate



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

FIGURA 1.4

Numărul capturilor de heroină și cantitățile capturate: tendințe și situația din 2017 sau din cel mai recent an



heroinei a crescut rapid înainte de stabilizarea din ultimii ani, însă a rămas sub nivelul din 2007. În schimb, per ansamblu prețul cu amănuntul al heroinei a scăzut ușor în ultimul deceniu, observându-se un declin și în 2017.

Pe lângă heroină, în țările europene se capturează și alte produse pe bază de opioide. Deși acestea reprezintă o fracțiune mică din totalul capturilor de opioide, ele au

avut o creștere pronunțată în 2017. Printre celelalte opioide capturate frecvent se numără medicamentele opioide tramadol, buprenorfină și metadonă (vezi tabelul 1.1). În 2017, pentru al doilea an consecutiv, au fost raportate creșteri ale cantităților capturate de derivați de tramadol și de fentanil. În plus, cantitățile de opiu și de morfină capturate au fost mult mai mari în 2017 decât în anul precedent.

TABELUL 1.1

Capturi de alte opioide decât heroina în 2017

Opioid	Număr	Cantitate				Număr de țări
		Kilograme	Litri	Comprimate	Plasturi	
Metadonă	1 428	17,2	26,4	30 381		18
Buprenorfină	2 649	0,5	0,01	58 682		17
Tramadol	4 290	13,8	0,1	118 935 898		11
Derivați de fentanil	940	14,3	1,9	10 551	2 291	13
Morfină	358	246,0	1,3	9 337		13
Opiu	1 837	2 177,9				17
Codeină	522	0,1		18 475		8
Dihidrocodeină	21			1 436		4
Oxicodonă	560	0,0001		18 035		8

Piața drogurilor stimulante din Europa: diferențe regionale

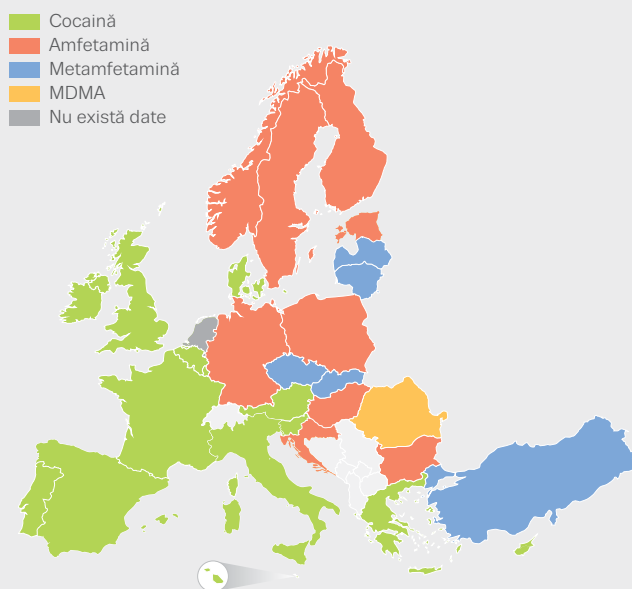
Principalele droguri stimulante ilegale disponibile în Europa sunt cocaina, amfetamina, metamfetamina și MDMA. Există diferențe regionale pronunțate în ceea ce privește drogul stimulant capturat cel mai frecvent (figura 1.5), acestea fiind influențate de poziția porturilor de intrare și a rutelor de trafic, de centrele de producție importante și de piețele mari de consum. Cocaina este drogul stimulant capturat cel mai frecvent în multe țări din vest și din sud, în timp ce în Europa de Nord și de Est predomină capturile de amfetamine și de MDMA.

Piața cocainei: capturile înregistrează un maxim istoric

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. Cocaina se obține din frunzele arbustului de coca, cultivat în principal în Columbia, Bolivia și Peru, de unde este transportată în Europa cu plecare din diverse puncte aflate în America de Sud și Centrală, precum și prin diverse mijloace, cum ar fi transporturi aeriene de pasageri sau de marfă, zboruri cu aeronave private, iahturi și alte nave mici. Dar cea mai mare cantitate pare a fi traficată prin transportul maritim de marfă, în special în containere. Regiunea Caraibilor, vestul și nordul Africii sunt zone importante de tranzit pentru cocaina care ajunge în Europa.

FIGURA 1.5

Drogurile stimulante cel mai frecvent capturate în Europa, 2017 sau cele mai recente date

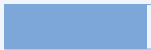


În 2017, numărul capturilor de cocaină și cantitatea capturată în Uniunea Europeană au atins cele mai ridicate niveluri înregistrate vreodată, fiind raportate peste 104 000 de capturi de cocaină, însumând 140,4 tone. Cantitatea de cocaină capturată a depășit cu peste 20 de tone nivelul anterior, înregistrat în 2006, fiind dublă față de cantitatea capturată în 2016 (vezi figura 1.6). Capturile însumând aproximativ 86 de tone efectuate în Belgia (45 de tone) și Spania (41 de tone) au reprezentat 61 % din totalul estimat al capturilor UE din 2017, dar au fost raportate cantități mari și în Franța (17,5 tone) și Țările de Jos

COCAINĂ

Capturi

Număr

104 000 UE  **109 000** UE + 2

Cantități

140,4 UE  **142,0** UE + 2

Preț

(EUR/g)

135 €

55–82 €

38 €

Puritate

(%)

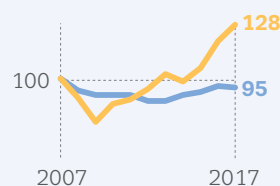
88 %

49–71 %

27 %

Tendințe indexate

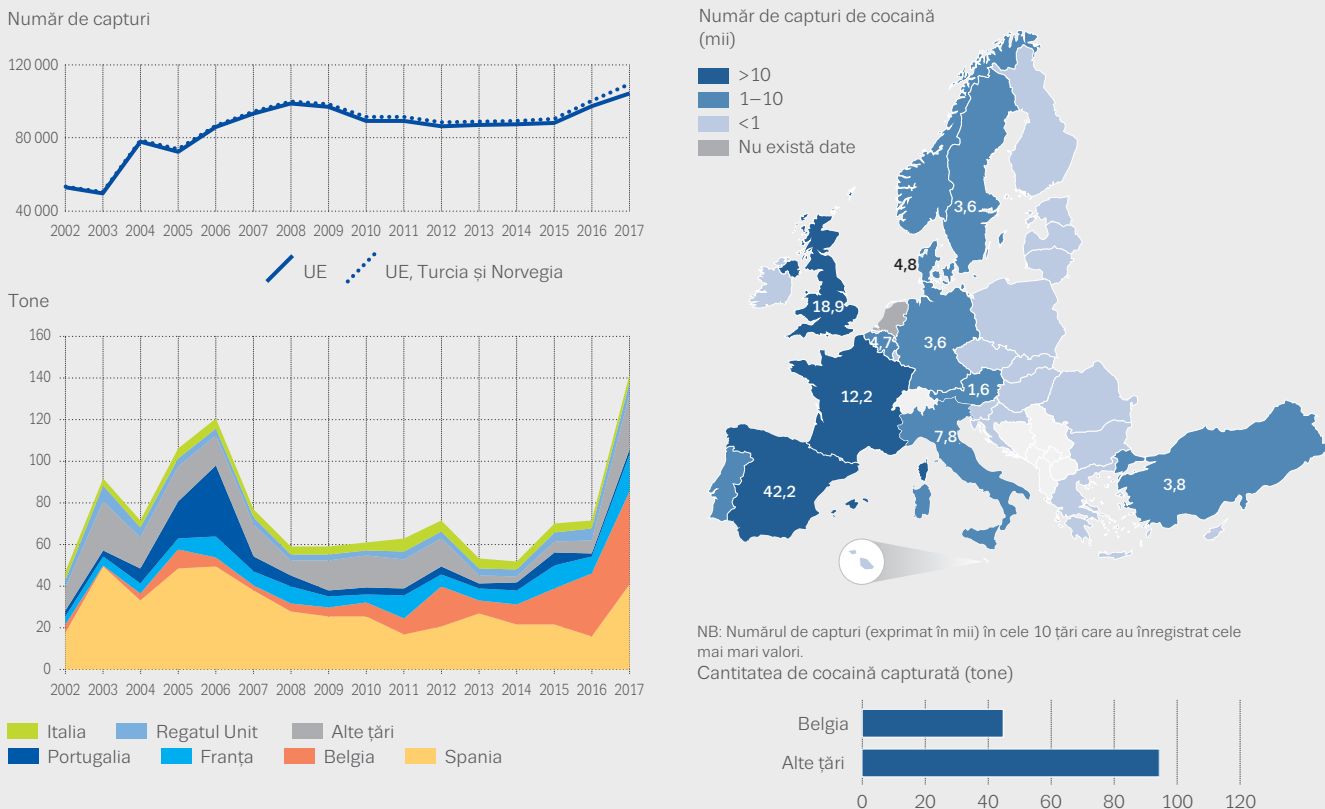
Preț și puritate



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

FIGURA 1.6

Numărul capturilor de cocaină pudră și cantitatea capturată: tendințe și situația din 2017 sau din cel mai recent an



(14,6 tone). În plus, puritatea cocainei la nivelul pieței cu amănuntul a crescut permanent din 2010, în special în 2016 și 2017, când a atins cel mai înalt nivel din ultimul deceniu. Prețul cu amănuntul al cocainei a rămas stabil. Împreună, toți acești indicatori sugerează că disponibilitatea cocainei a atins un maxim istoric.

Capturile de cocaină crack sunt mici și stabile în țările care le raportează. Acest lucru poate fi explicat parțial prin faptul că acest tip de cocaină este produs în Europa, în apropierea piețelor de consum, și nu este transportat peste graniță, unde se înregistrează de obicei multe capturi de droguri.

Numărul și cantitatea frunzelor de coca capturate au crescut, ajungând în total la 204 kilograme de frunze de coca în 2017, la care se adaugă o cantitate mică de pastă de coca. Acest fapt poate indica o diversificare a tacticilor de producție ale anumitor organizații infracționale, întrucât anterior laboratoarele de cocaină descoperite în Europa erau în principal „unități de extracție secundare”, în care cocaina era recuperată din materialele în care fusese încorporată (de exemplu vin, haine, articole din plastic), și nu laboratoare de prelucrare a frunzelor de coca.

**Indicatorii sugerează
că disponibilitatea cocainei
a atins un maxim istoric**

Producția de droguri: evoluții în ceea ce privește precursorii de droguri

Precursorii drogurilor sunt substanțe chimice necesare pentru fabricarea drogurilor ilegale. De-a lungul timpului, principalii precursori care au generat motive de îngrijorare în Europa au fost precursorii producției de droguri sintetice, cum ar fi amfetamina, metamfetamina și MDMA. În prezent însă, apariția laboratoarelor de heroină în UE a făcut să se pună mai mult accentul pe deturnarea anhidridei acetice, precursorul implicat în conversia morfinei în heroină. Deoarece multe dintre aceste substanțe precusoare au utilizări legale, ele nu sunt interzise, dar comercializarea lor este monitorizată și controlată prin reglementări ale UE care clasifică anumite substanțe chimice. Disponibilitatea precursorilor și a altor substanțe necesare pentru producția de droguri are un impact puternic asupra pieței drogurilor, precum și asupra metodelor de producție utilizate în laboratoarele ilegale. Tehnicile de producție evoluează la rândul lor de-a lungul timpului, pentru a se evita detectarea, controalele și sancțiunile. Modificările constau de obicei în utilizarea de substanțe alternative pentru producerea drogurilor sintetice sau a precursorilor acestora, alternativele devenind ulterior metoda de producție preferată. Prelucrarea suplimentară asociată cu utilizarea acestor substanțe alternative și căile de sinteză mai complexe pot necesita mai multe substanțe chimice, generând mai

multe deșeuri și putând duce la o deteriorare mai mare a mediului în cazul eliminării necorespunzătoare.

Datele pentru capturi și transporturile de precursori de droguri oprite confirmă utilizarea atât de substanțe clasificate, cât și 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) numit APAAN (alfa-fenilacetoacetoneitril), introdusă spre sfârșitul anului 2013, continuă să aibă efect, capturile scăzând de la 48 de tone în 2013 la aproximativ 5 tone în 2017. Capturile altei substanțe alternative, APAA (alfa-fenilacetoacetamidă), au crescut brusc în 2016 și din nou în 2017. Capturile de derivați glucidici ai BMK, care pot fi de asemenea transformați ușor în BMK, raportate prima dată în 2015, au crescut de asemenea brusc la aproximativ 3 tone în 2016, apoi la aproape 6 tone în 2017.

Cantitățile capturate de PMK (piperonil-metil-cetonă) și de substanțe chimice neclasificate utilizate pentru fabricarea MDMA au crescut semnificativ în 2017. Toate capturile de PMK și cele mai multe capturi de derivați glucidici ai PMK efectuate în 2017 au avut loc în Țările de Jos. Tot în Țările de Jos au fost capturate și cantități mari de 2-bromo-4-metilpropiofenonă, un precursor al catinonelor sintetice, precum și cantități mari de BMK (și de derivați glucidici ai

TABELUL 1.2

Sinteza capturilor și a transporturilor oprite de precursori clasificați în UE și de substanțe chimice neclasificate utilizate la producerea anumitor droguri în Uniunea Europeană, 2017

Clasificate/neclasificate	Capturi		Transporturi oprite		TOTALURI	
	Număr	Cantitate	Număr	Cantitate	Număr	Cantitate
MDMA sau substanțe înrudite						
PMK (litri)	10	5 397	0	0	10	5 397
Safrol (litri)	5	2 969	0	0	5	2 969
Piperonal (kg)	3	37	4	6 384	7	6 421
Derivați glucidici ai PMK (kg)	20	17 774	0	0	20	17 774
N-t-BOC-MDMA (kg)	1	25	0	0	1	25
Amfetamină și metamfetamină						
BMK (litri)	29	3 506	0	0	29	3 506
Efedrină, vrac (kg)	14	25	0	0	14	25
Pseudoefedrină, vrac (kg)	23	13	0	0	23	13
APAAN (kg)	9	5 065	0	0	9	5 065
PAA, acid fenilacetic (kg)	0	0	4	300	4	300
APAA (kg)	90	10 830	0	0	90	10 830
Derivați glucidici ai BMK (kg)	5	5 725	0	0	5	5 725
Altele						
Anhidridă acetică (litri)	24	81 289	55	243 011	79	324 300
2-bromo-4-metilpropiofenonă (kg)	4	1 211	0	0	4	1 211
N-fenetil-4-piperidonă (kg)	2	4,5	0	0	2	4,5

BMK), confirmând rolul central al acestei țări în producția de droguri sintetice în Uniunea Europeană.

În 2017, peste 81 de tone de anhidridă acetică au fost capturate și încă 243 tone au fost oprite înainte de a fi livrate, ceea ce reprezintă o creștere mare comparativ cu anii anteriori. În plus, trebuie remarcat faptul că Estonia a raportat capturarea unei cantități semnificative de N-fenetil-4-piperidonă, un precursor utilizat pentru producerea derivaților de fentanil.

Capturile de amfetamină și metamfetamină: semne de creștere treptată

Amfetamina și metamfetamina sunt droguri stimulante sintetice care în unele seturi de date pot fi grupate în categoria „amfetamine”. În ultimul deceniu, datele pentru capturi indică faptul că disponibilitatea metamfetaminei

a crescut lent și s-a răspândit geografic, rămânând totuși mult mai scăzută decât cea a amfetaminei.

Ambele droguri se produc în Europa pentru piața europeană. Datele disponibile indică faptul că amfetamina este produsă în principal în Belgia, în Țările de Jos și în Polonia și în mai mică măsură în statele baltice și în Germania. De regulă, toate etapele producției de amfetamină se desfășoară în același loc. Capturile de ulei de amfetamină efectuate în unele state membre sugerează însă că acest produs ar putea fi traficant între țări, stadiul final al producției având loc la punctul de destinație dorit sau în apropierea lui.

O anumită cantitate de amfetamină este produsă în Uniunea Europeană pentru a fi exportată, în special în Orientul Mijlociu. Capturile mari de tablete de amfetamină cu logoul „Captagon”, care au fost confiscate în Turcia, sunt raportate ca fiind legate de Siria.

AMFETAMINE



AMFETAMINĂ

Capturi

Număr

35 000 UE  **40 000** UE + 2

Cantități

6,4 UE  **TONE** **13,4** UE + 2

Preț

(EUR/g)



Puritate

(%)

50 %
17-29 %
13 %

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. Pentru metamfetamină nu sunt disponibile tendințe indexate.

METAMFETAMINĂ

Capturi

Număr

9 000 UE  **19 000** UE + 2

Cantități

0,7 UE  **TONE** **1,4** UE + 2

Preț

(EUR/g)

130 €
12-83 €
10 €

Puritate

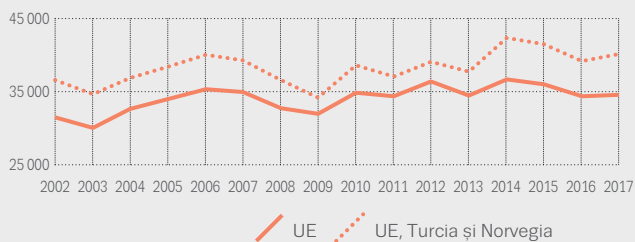
(%)

90 %
21-72 %
12 %

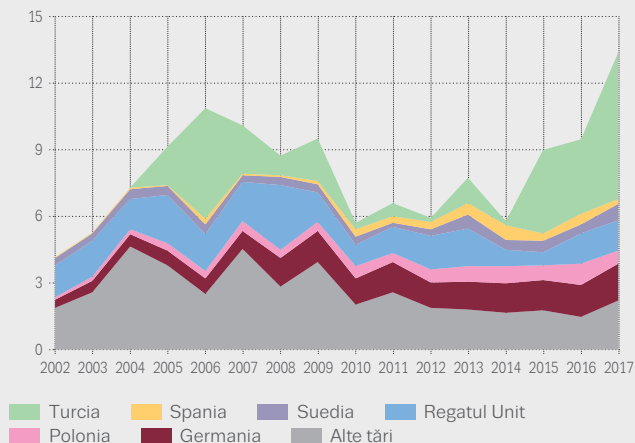
FIGURA 1.7

Numărul capturilor de amfetamină și cantitatea capturată: tendințe și situația din 2017 sau din cel mai recent an

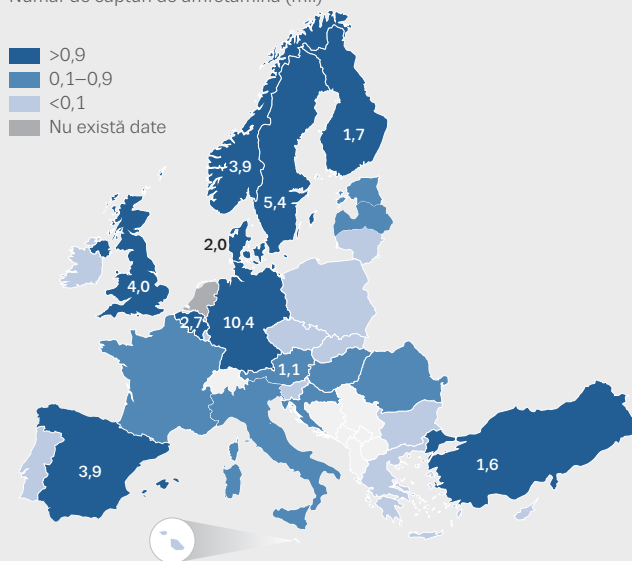
Număr de capturi



Tone

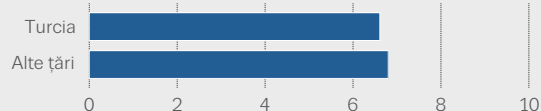


Număr de capturi de amfetamină (mii)



NB: Numărul de capturi (exprimat în mii) în cele 10 țări care au înregistrat cele mai mari valori.

Cantitatea de amfetamină capturată (tone)



Metamfetamina capturată în Europa este produsă în principal în Cehia și în zonele de graniță ale țărilor vecine. Un număr mic de laboratoare ilegale de metamfetamină sunt descoperite în fiecare an în Țările de Jos, uneori acestea fiind unități destul de mari, care produc în principal pentru piețe din Orientul Îndepărtat și din Oceania. În Cehia, metamfetamina este produsă în principal din pseudoefedrină, care se extrage din medicamente. În 2017, din cele 298 de laboratoare ilegale de metamfetamină descoperite în Uniunea Europeană, 264 se aflau în Cehia. Predomină laboratoarele mici, operate de traficanți locali, care deservește piața internă, dar în ultimii ani au apărut unități mari care implică grupuri infracționale organizate din afara Cehiei, care produc metamfetamină pentru alte țări europene.

În 2017, statele membre ale UE au raportat 35 000 de capturi de amfetamină, însumând 6,4 tone. Cantitatea estimată de amfetamină capturată în Uniunea Europeană a fluctuat în general între 5 și 6 tone pe an din 2010 până în prezent, deși au existat creșteri în fiecare dintre ultimii 2 ani (figura 1.7). De obicei, Germania și Regatul Unit realizează cele mai mari capturi, adesea de peste o tonă fiecare. Capturile de metamfetamină sunt mult inferioare, numărul capturilor raportate în Uniunea Europeană în 2017 ridicându-se la 9 000 și la o cantitate totală de

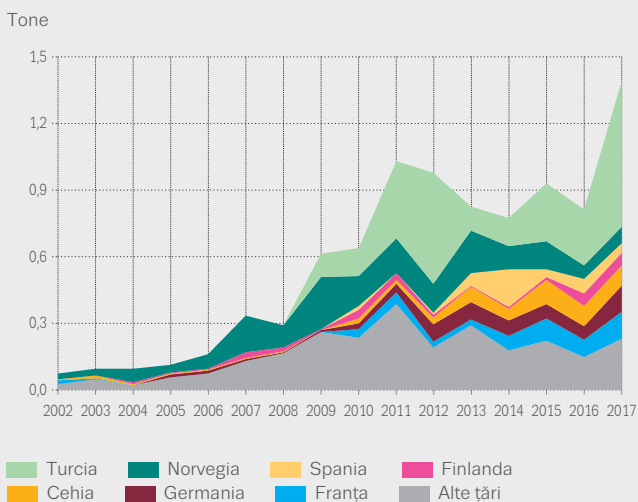
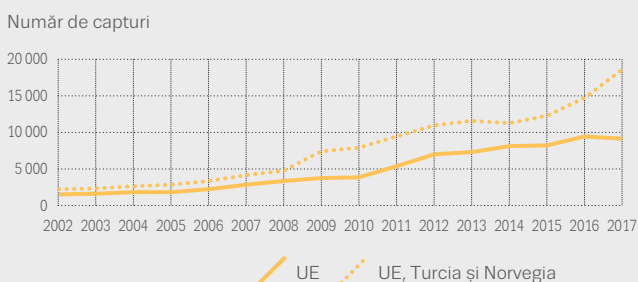
0,7 tone, cele mai mari cantități fiind capturate în Franța (122 kg), Germania (114 kg) și Cehia (93 kg) (figura 1.8). Numărul capturilor de metamfetamină a avut o tendință generală ascendentă începând cu 2002, dar cu semne de stabilizare în ultimii ani; cantitatea capturată a crescut din 2009 până în prezent, deși cu unele fluctuații.

În 2017, Turcia a capturat mai multă amfetamină (6,6 tone) decât statele membre ale UE la un loc (6,4 tone). Aproape toată amfetamina capturată în Turcia avea formă de comprimate (26,3 milioane de comprimate – peste 99,5 % din cantitatea totală capturată estimată), un mare număr dintre acestea fiind comprimate de „captagon” care conțineau amfetamină. Turcia a capturat și o cantitate extrem de mare de metamfetamină în 2017 (658 kg), cantitate similară celei raportate de Uniunea Europeană (662 kg).

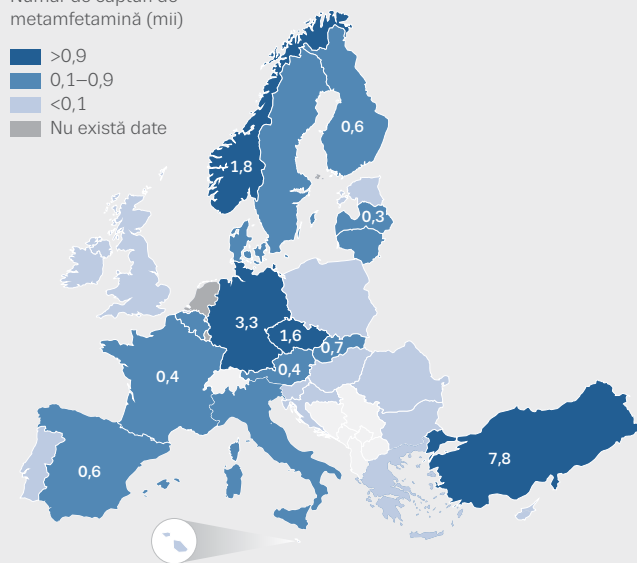
Comparativ cu un deceniu în urmă, atât prețul, cât și puritatea amfetaminei găsite în Europa au fost mai mari în 2017, în pofida unei ușoare scăderi față de anul precedent. De regulă, atât puritatea medie raportată, cât și prețul sunt mai mari pentru eșantioanele de metamfetamină decât pentru cele de amfetamină.

FIGURA 1.8

Numărul capturilor de metamfetamină și cantitatea capturată: tendințe și situația din 2017 sau din cel mai recent an

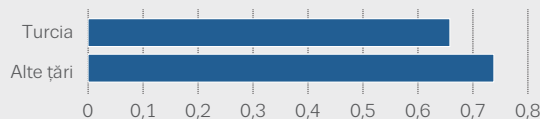


Număr de capturi de metamfetamină (mii)



NB: Numărul de capturi (exprimat în mii) în cele 10 țări care au înregistrat cele mai mari valori.

Cantitatea de metamfetamină capturată (tone)



MDMA: creșterea producției și a capturilor

MDMA (3,4-metilendioximetamfetamină) este un drog sintetic înrudit din punct de vedere chimic cu amfetamina, dar cu efecte diferite. MDMA se consumă sub formă de

comprimate, numite adesea „ecstasy”, sau sub formă de pudră sau de cristale. Eforturile internaționale de a controla precursorii de droguri – substanțele chimice necesare producerii de droguri ilegale – au perturbat piața MDMA la sfârșitul anilor 2000. Mai recent, piața MDMA

MDMA



Capturi

Număr



Cantități



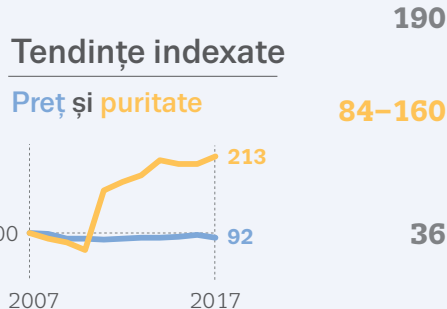
Preț

(EUR/comprimat)



Puritate

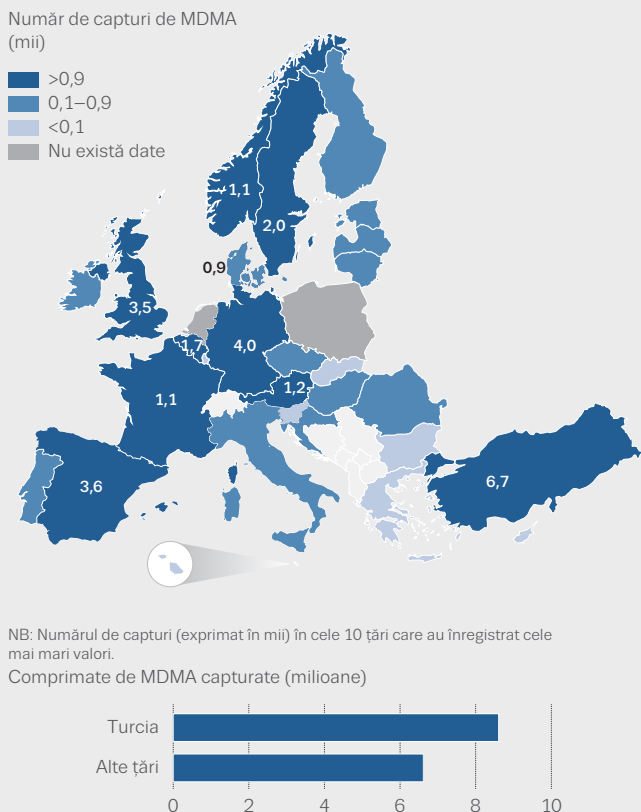
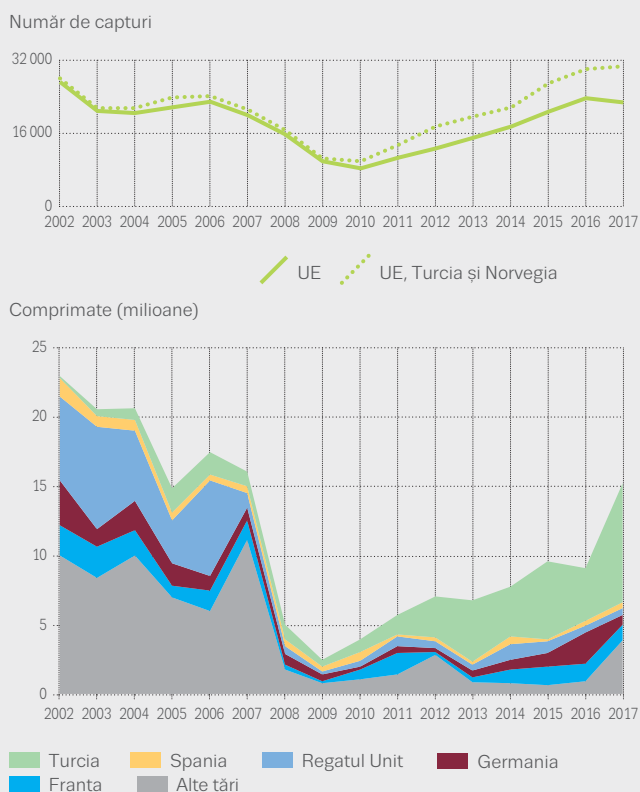
(mg MDMA/comprimat)



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 (toate formele) și cantitatea de comprimate capturate: tendințe și situația din 2017 sau din cel mai recent an



a cunoscut o revigorare, deoarece producătorii au găsit înlocuitori chimici necontrolați pe care să-i utilizeze la producerea drogului. Acest lucru se reflectă în conținutul mediu de MDMA al comprimatelor din țările care raportează date în mod obișnuit, acesta crescând din 2010 până în prezent și atingând cea mai mare valoare din ultimii 10 ani în 2017. Marketingul pare să aibă un rol important în vânzări, pe piață fiind introduse în permanență noi modele de comprimate, cu diverse culori, forme și sigle.

Producția de MDMA în Europa este concentrată în principal în Țările de Jos și în Belgia. În total, în 2017 s-a raportat desființarea a 21 de laboratoare active de MDMA din Uniunea Europeană, un număr aproape dublu față de 2016, toate în Țările de Jos. Deși în Belgia nu s-au detectat unități de producție a MDMA în 2017, raportările privind eliminarea deșeurilor chimice provenite din producția de MDMA sugerează că drogul continuă să fie produs în această țară.

Rapoartele privind capturile din afara Europei, identificate prin monitorizarea informațiilor din surse deschise și prin analiza datelor privind piețele darknet, ilustrează rolul important jucat de producătorii europeni în oferta mondială de MDMA. De exemplu, datele de monitorizare

a piețelor darknet arată că, pe lângă facilitarea vânzărilor directe către consumatori, aceste piețe sunt utilizate de traficanții din întreaga lume pentru a achiziționa MDMA produs în Europa. Analiza arată că tranzacțiile cu comprimate de MDMA în cantități care indică nivelul mediu al pieței generează venituri mai mult decât duble față de vânzările la nivel de comerț cu amănuntul. În schimb, tranzacțiile cu cannabis și cocaină pe piața darknet au loc, în proporție covârșitoare, la nivelul comerțului cu amănuntul.

Numărul capturilor de MDMA raportate în Uniunea Europeană a înregistrat o tendință ascendentă din 2010 până în prezent. Cantitatea de MDMA capturată este raportată mai frecvent ca număr de comprimate decât ca greutate. Cele aproximativ 6,6 milioane de comprimate de MDMA raportate în 2017 reprezintă cea mai mare captură realizată în Uniunea Europeană din 2007 până acum. Pe termen lung, se pot observa fluctuații în ceea ce privește numărul comprimatelor de MDMA capturate anual în Uniunea Europeană, acestea reflectând în parte impactul capturilor individuale importante. Unele țări au raportat și capturi de pudră de MDMA. În Uniunea Europeană, acestea au crescut de la 0,3 tone în 2016 la 1,7 tone în 2017. Această creștere se datorează, în principal, capturilor raportate de Țările de Jos – un stat care, pentru

FIGURA 1.10

prima dată în 5 ani, este în măsură să furnizeze date privind cantitatea de MDMA capturată, contribuind astfel la o analiză mai cuprinzătoare în acest domeniu.

În Turcia au fost capturate cantități mari de comprimate de MDMA în 2017, mai mult de dublul cantității din anul precedent, ajungând la 8,6 milioane de comprimate și depășind cantitatea totală capturată în Uniunea Europeană (figura 1.9).

Capturile de LSD, GHB și ketamină

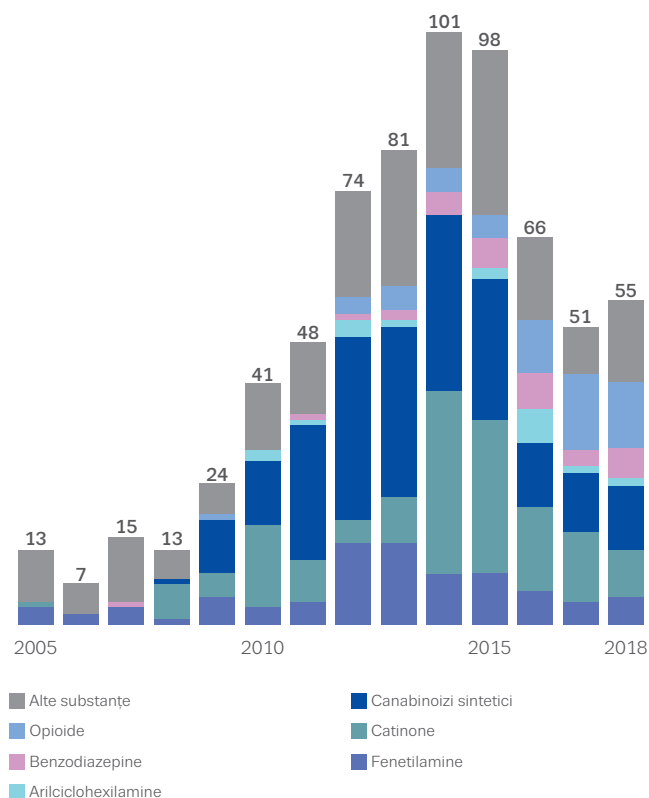
În Uniunea Europeană se raportează și capturarea altor droguri ilegale, printre care peste 2 000 de capturi de LSD (dietilamida acidului lisergic) în 2017, însumând 74 000 de unități. Numărul total al capturilor de LSD a crescut de peste două ori față de 2010, deși cantitatea capturată a fluctuat. Șaisprezece țări din UE au raportat aproximativ 2 000 de capturi de ketamină, cantitatea totală fiind estimată la 194 de kilograme și 5 litri de drog, majoritatea capturate în Belgia, Franța și Regatul Unit. Și Norvegia a raportat un număr mic de capturi de ketamină – mai precis 42, însumând 0,1 kilograme. În 2017 s-au raportat capturi de GHB (gama-hidroxiutirat) sau GBL (gama-butirolactonă) în 14 țări din UE, plus Norvegia și Turcia, în Norvegia realizându-se peste un sfert din numărul total de capturi. Împreună, cele 1 600 de capturi estimate au însumat aproape 127 de kilograme și 1 300 de litri de drog. Belgia a capturat aproape jumătate din cantitatea totală, în principal GBL.

Noile substanțe psihoactive: o piață complexă

La sfârșitul anului 2018, EMCDDA monitoriza peste 730 de substanțe psihoactive noi, din care 55 fuseseră detectate pentru prima dată în Europa în 2018. Aceste substanțe constituie un grup de droguri variat, format din canabinoizi sintetici, stimulante, opioide, benzodiazepine și altele.

În majoritatea cazurilor, noile substanțe psihoactive sunt produse în cantități mari de companii chimice și farmaceutice din China. De acolo, sunt expediate în Europa, unde sunt prelucrate și transformate în produse, ambalate și vândute. Uneori, se vând la liber în magazine fizice. Deși restricțiile au limitat vânzarea liberă a acestor produse în unele țări, este posibil să fie încă disponibile sub formă mascată. Aceste substanțe se pot obține și prin intermediul magazinelor online sau de pe piața darknet sau pot fi vândute pe piața drogurilor ilegale. În astfel de cazuri, ele pot fi vândute sub denumirea proprie, sub numele altor droguri sau în amestec cu alte droguri, de

Numărul și categoriile de noi substanțe psihoactive notificate pentru prima dată prin sistemul de alertă timpurie al UE, 2005-2018



exemplu cu heroină, cocaină, MDMA sau medicamente psihoactive.

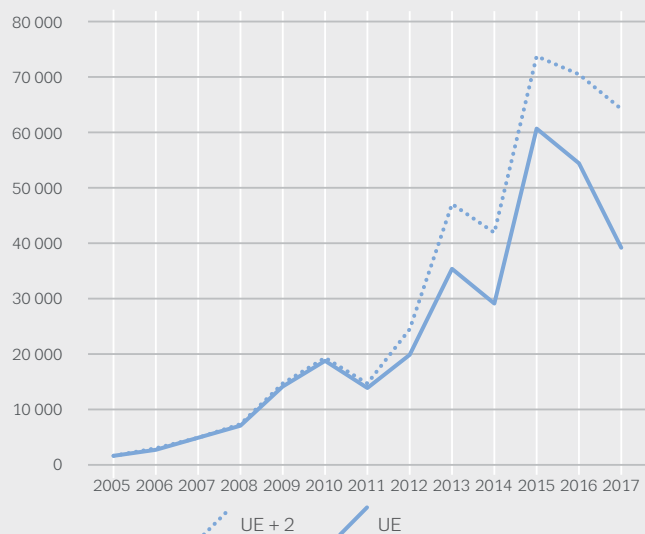
Numărul substanțelor noi identificate pentru prima dată în fiecare an a atins un maxim în 2014-2015, dar de atunci s-a stabilizat la niveluri comparabile cu cele din 2011-2012 (figura 1.10). Cauzele acestui fapt nu sunt clare, însă ar putea reflecta rezultatele eforturilor susținute de control al noilor substanțe în Europa, precum și pe ale inițiativelor legislative din China.

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. De exemplu, în 2017 au fost detectate 390 de substanțe în Europa, aproximativ jumătate din numărul total de noi substanțe monitorizate prin sistemul de alertă timpurie al UE. Unele au apărut prima dată cu peste 10 ani în urmă. Acest lucru ilustrează natura dinamică a acestui segment al pieței drogurilor: substanțele pot apărea și apoi dispărea rapid, însă numărul substanțelor aflate în circulație rămâne ridicat.

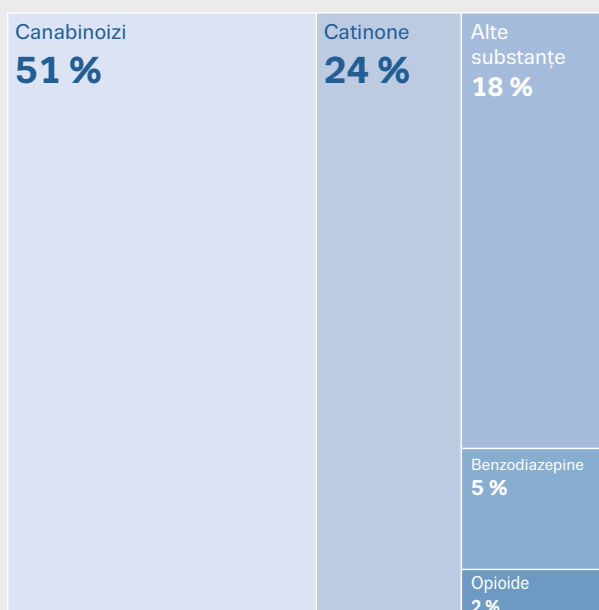
FIGURA 1.11

Capturi raportate prin sistemul de alertă timpurie al UE: tendințe privind numărul total al capturilor și numărul capturilor pe categorii din 2017

Numărul de capturi individuale



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



| Capturile de substanțe psihoactive noi

În cursul anului 2017, agențiile de aplicare a legii din întreaga Europă au raportat în sistemul de alertă timpurie al UE aproape 64 160 de capturi de noi substanțe psihoactive. Dintre acestea, 39 115 capturi au fost raportate de cele 28 de state membre ale UE (figura 1.11).

În 2017, noile substanțe psihoactive au fost raportate cel mai frecvent ca pudră, însumând 2,8 tone în toate categoriile – o cifră comparabilă în linii mari cu cele din anii precedenți. În plus, au fost raportate puțin sub 240 de kilograme de materii prime din plante, din care două treimi se găseau sub formă de amestecuri pentru fumat cu conținut de canabinoizi sintetici. S-au găsit substanțe noi și sub formă de comprimate (6 769 de cazuri, însumând 2,8 milioane de unități), de timbre (980 de cazuri, însumând 23 000 de unități) și de lichid (1 430 cazuri, însumând 490 de litri). O parte din cantitatea de lichid se vindea sub formă de spray-uri nazale gata de utilizare, precum și ca lichide pentru țigările electronice.

În Europa, în cadrul capturilor de noi substanțe psihoactive predomină de regulă catinonele sintetice și canabinoizii sintetici, însă în ultimii ani se constată o mai mare diversitate, crescând importanța altor categorii de substanțe. De exemplu, cantitatea de opioide și benzodiazepine capturate în Europa pare să fi crescut.

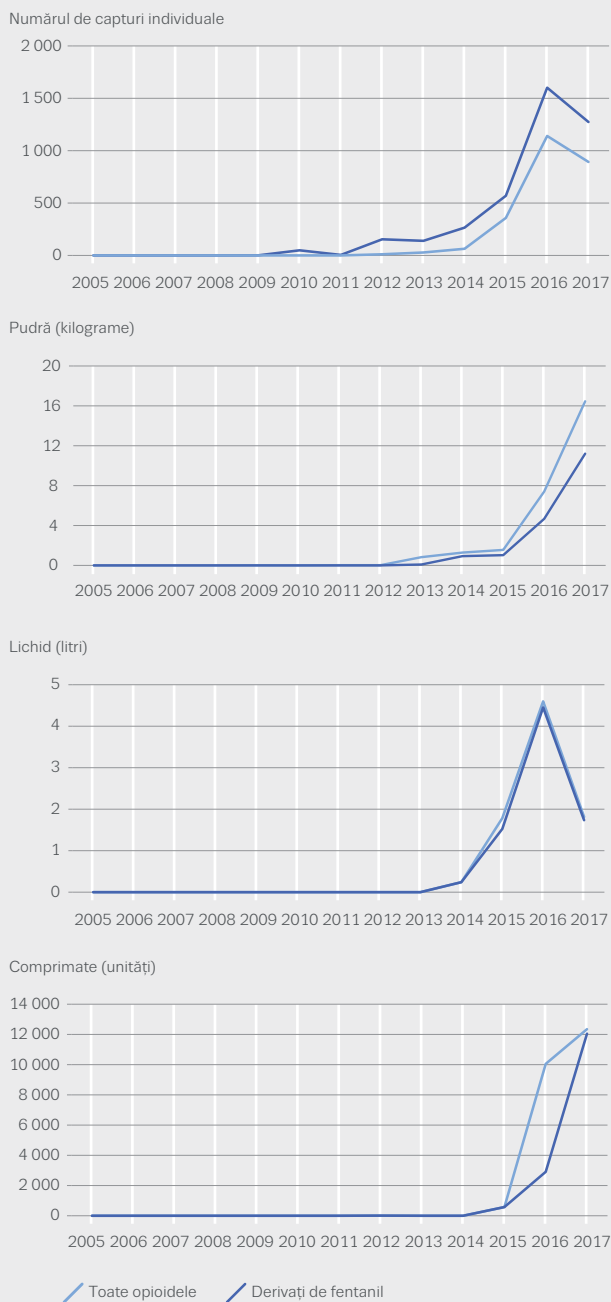
| Opioides sintetice noi

Începând din 2009, pe piața europeană a drogurilor au fost detectate 49 de opioide sintetice noi, din care 11 raportate prima dată în 2018. În această cifră globală se regăesc 34 de derivați de fentanil, din care 6 au fost raportați pentru prima dată în 2018. Deși în prezent au un rol minor pe piața europeană a drogurilor, multe opioide noi (în special cele din familia fentanilului) sunt substanțe cu potență mare care reprezintă o amenințare majoră la adresa sănătății personale și publice.

În 2017, agențiile de aplicare a legii au raportat aproximativ 1 300 de capturi de opioide noi în sistemul de alertă timpurie al UE. În majoritatea cazurilor (70 %), acestea au fost capturi de derivați de fentanil (figura 1.12), dar au fost raportate și alte tipuri de opioide (cum ar fi U-47.700 și U-51.754). Cantitatea totală raportată de opioide sub formă de pudră și comprimate a cunoscut o creștere continuă din 2012 (figura 1.12). Per ansamblu, capturile de opioide noi din 2017 s-au ridicat la aproximativ 17 kilograme de pudră, 1,8 litri de lichid și peste 29 000 de comprimate. Mai puțin frecvent au fost detectate opioide noi și sub formă de timbre sau în amestecuri etnobotanice pentru fumat; în aceste cazuri, ar putea să nu existe niciun indiciu asupra conținutului de opioide puternice, existând riscul de intoxicare pentru persoanele care le consumă, în special dacă nu au toleranță la opioide.

FIGURA 1.12

Capturile de opioide sintetice raportate prin sistemul de alertă timpurie al UE: tendințe privind numărul de capturi și cantitatea capturată



NB: Date privind Uniunea Europeană, Turcia și Norvegia. Capturile de tramadol nu sunt incluse.

S-au raportat 1 300 de capturi de opioide noi în sistemul de alertă timpurie al UE

Un motiv de îngrijorare deosebit a fost generat în Europa de capturile de carfentanil, unul dintre cele mai puternice opioide cunoscute. În 2017, în Europa au fost raportate peste 300 de capturi de carfentanil, constând în aproximativ 4 kilograme de pudră și 250 de mililitri de lichid. O parte din această pudră se vindea ca atare sau în amestec cu heroină.

Benzodiazepinele noi

În ultimii ani se pare că a existat o creștere a numărului, a tipurilor și a disponibilității unor noi substanțe psihoactive din clasa benzodiazepinelor, care nu intră sub incidența legislației internaționale privind controlul drogurilor. Unele dintre ele sunt vândute ca versiuni contrafăcute ale unor medicamente anxiolitice prescrise frecvent, cum ar fi alprazolamul (Xanax) și diazepamul, prin rețele de distribuție existente pe piața drogurilor ilegale. Altele sunt vândute online, uneori sub denumirea proprie, fiind comercializate ca versiuni „legale” ale medicamentelor autorizate.

EMCDDA monitorizează în prezent 28 de benzodiazepine noi, din care 23 detectate pentru prima dată în Europa în ultimii 5 ani. În 2017, în sistemul de alertă timpurie al UE au fost raportate aproape 3 500 de capturi de benzodiazepine noi. Cele mai multe capturi au constat în comprimate, ridicându-se la peste 2,4 milioane de unități – o creștere puternică față de cele aproximativ jumătate de milion de comprimate raportate în 2016. Această creștere poate fi atribuită capturilor însemnate de etizolam – o substanță raportată pentru prima dată în sistemul de alertă timpurie al UE în 2011 – efectuate într-o singură țară. În plus, în 2017 s-au raportat capturi de aproximativ 27 de kilograme de pudră, 1,4 litri de lichid și 2 400 de timbre care conțineau benzodiazepine noi.

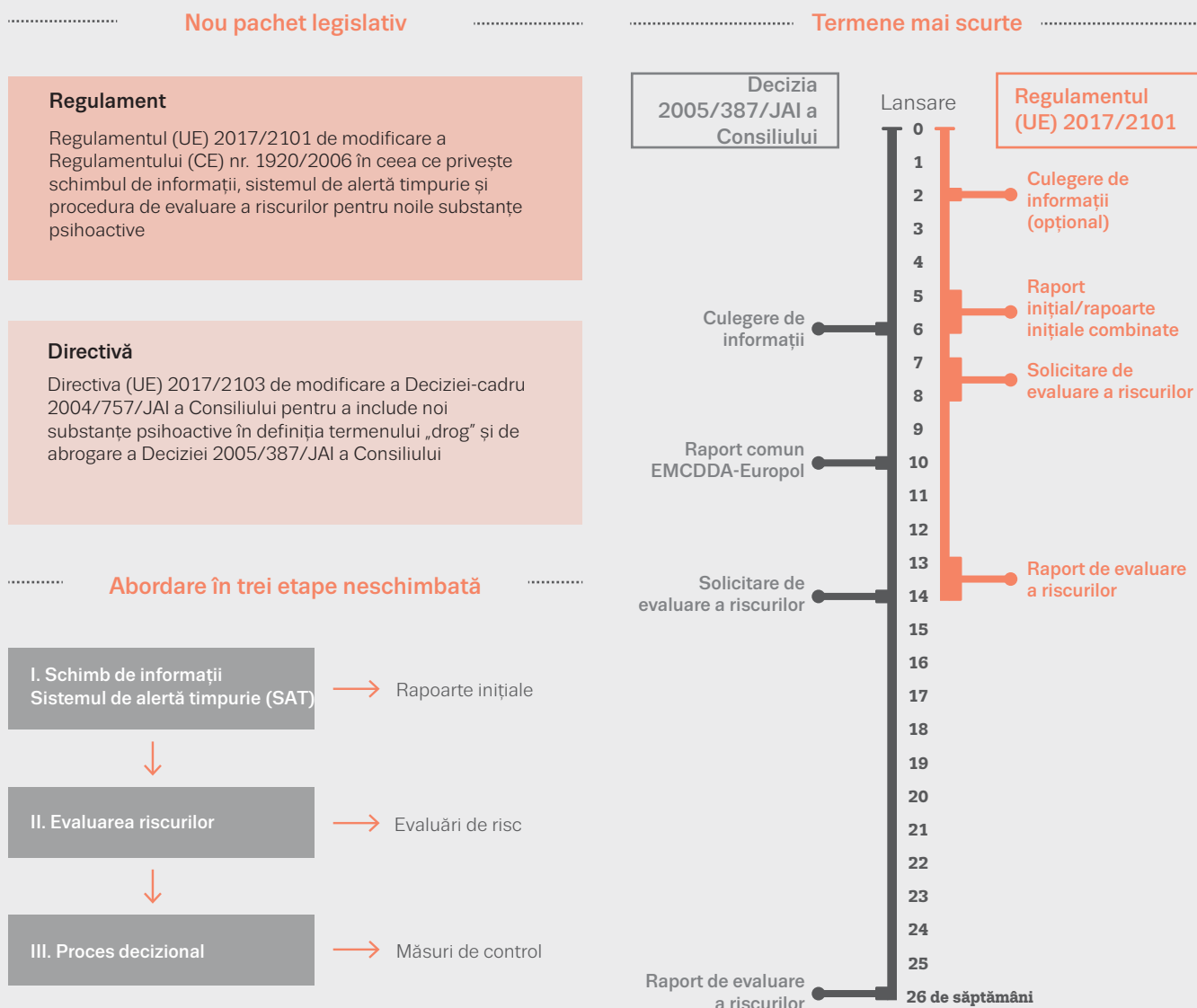
Noile substanțe psihoactive: noi răspunsuri juridice

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, a comercializării și a deținerii a peste 240 de substanțe psihoactive. Ritmul rapid de apariție de noi 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

FIGURA 1.13

Noile proceduri accelerate ale UE de identificare și intervenție la noile substanțe psihoactive care apar în Uniunea Europeană



consumatorilor, iar ulterior au extins sau au adaptat legislația existentă în materie de droguri pentru a cuprinde 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, dar, pe măsură ce numărul de noi substanțe detectate în Europa a crescut, tot mai multe țări au căutat să pună sub control grupe întregi de substanțe. Cele mai multe țări au stabilit aceste grupe în funcție de structura chimică (grupe „generice”), iar câteva le-au stabilit în funcție de efecte. Majoritatea țărilor care au adoptat metoda grupelor generice au adăugat definițiile acestor grupe la legile existente în materie de droguri, dar unele le-au inclus doar în legislația specifică noilor substanțe psihoactive.

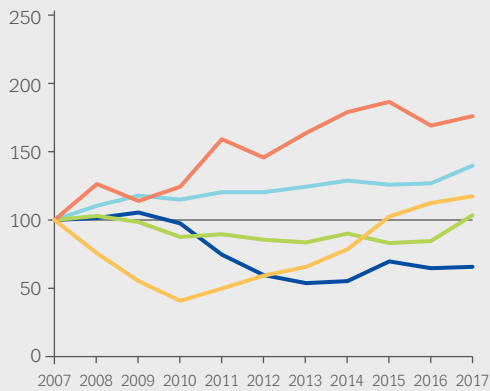
La nivelul UE a fost revizuit cadrul juridic al intervențiilor de contracarare a amenințărilor la adresa societății și a sănătății publice determinate de noile substanțe psihoactive, care datează din 2005, cu scopul de a institui un sistem mai rapid și mai eficace (figura 1.13). Noua legislație păstrează abordarea de combatere a noilor substanțe psihoactive în trei etape – alertă timpurie, evaluarea riscurilor și măsuri de control –, consolidând totodată procesele existente prin eficientizarea și accelerarea procedurilor de culegere și evaluare a datelor și prin introducerea de termene mai scurte. În urma evaluării riscurilor, Comisia poate formula o propunere de instituire a unor măsuri de punere sub control a substanței. Parlamentul European și Consiliul au dreptul, în termen de 2 luni și în anumite condiții, să formuleze obiecții față de propunerea Comisiei. După intrarea în vigoare a deciziei, autoritățile naționale au la dispoziție 6 luni (în loc de 12)

FIGURA 1.14

Infracțiunile la regimul drogurilor în Uniunea Europeană legate de consumul sau deținerea de droguri pentru consum sau distribuție: tendințe indexate și infracțiuni raportate în 2017

Infrațiuni privind deținerea/consumul

Tendințe indexate

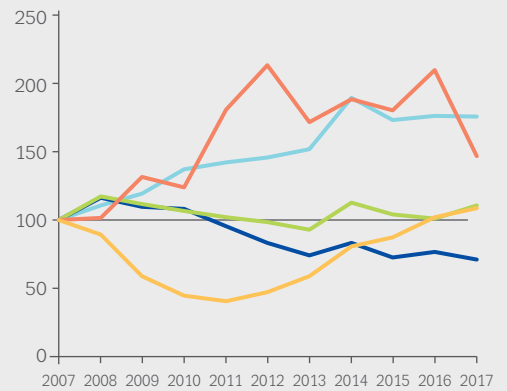


Număr de infracțiuni (milioane)



Infrațiuni legate de ofertă

Tendințe indexate



Heroină Cocaină MDMA Cannabis Amfetamine Alte substanțe

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

pentru a plasa substanța sub control pe teritoriul lor. Această nouă legislație este aplicabilă în toată Europa din 23 noiembrie 2018.

Infrațiunile la regimul drogurilor: predomină cannabisul

Aplicarea legilor este monitorizată prin intermediul datelor transmise despre infracțiunile la regimul drogurilor. Cifrele reflectă diferențele dintre legislațiile și prioritățile diverselor țări, precum și diferitele moduri în care sunt aplicate legile și se asigură respectarea lor.

În 2017, în Uniunea Europeană au fost raportate estimativ 1,5 milioane de infracțiuni la regimul drogurilor, ceea ce reprezintă o creștere cu circa o cincime (20 %) față de 2007. Majoritatea acestor infracțiuni (79 %) au avut ca obiect consumul sau deținerea, în total înregistrându-se aproximativ 1,2 milioane de infracțiuni – o creștere cu 27 % față de acum 10 ani. Numărul infracțiunilor de consum sau deținere de cannabis continuă să crească. Cannabisul a fost asociat cu trei sferturi (75 %) din infracțiunile de consum sau deținere de droguri, deși această cifră a scăzut cu 2 puncte procentuale față de 2016. Infracțiunile de consum sau deținere de MDMA au continuat să aibă o tendință ascendentă și în 2017, deși au reprezentat doar 2 % din infracțiunile de consum (figura 1.14).

Per ansamblu, numărul infracțiunilor legate de oferta de droguri în Uniunea Europeană a crescut cu 22 % față de 2007, estimându-se că au existat peste 230 000 de cazuri în 2017. Cannabisul este din nou drogul dominant, majoritatea infracțiunilor legate de ofertă (57 %) având ca obiect acest drog. În aceeași perioadă, numărul infracțiunilor de ofertă de MDMA raportate a crescut față de 2011 (figura 1.14), cel al infracțiunilor de ofertă de heroină a scăzut ușor, iar situația cocainei s-a menținut relativ stabilă.

MAI MULTE INFORMAȚII

Publicații EMCDDA

2019

Country Drug Reports 2019.

2018

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

Captagon: understanding today's illicit market, EMCDDA Papers.

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 Paper.

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

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

Improved drug supply indicators for Europe: progress report, joint publication.

EMCDDA–Europol 2017 Annual Report on the implementation of Council Decision 2005/387/JHA, implementation reports.

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.

2016

EU Drug Markets Report: In-depth Analysis.

EU Drug Markets Report: Strategic Overview.

Publicații comune EMCDDA și Eurojust

2016

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

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

2

**În rândul persoanelor care consumă droguri,
policonsumul este frecvent**

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 persoanelor care consumă droguri, policonsumul este frecvent, iar modelele individuale de consum variază de la consumul experimental la cel regulat și dependent. Cel mai consumat drog este canabisul, prevalența consumului fiind de aproximativ cinci ori mai mare decât cea a altor substanțe. Deși consumul de heroină și alte opioide este relativ rar, acestea continuă să fie drogurile asociate cel mai frecvent cu forme mai nocive de consum, inclusiv cu cel prin injectare. Amploarea consumului de droguri stimulante și tipurile cel mai des întâlnite variază de la o țară la alta, dar se înregistrează tot mai multe dovezi ale unei potențiale creșteri a consumului de droguri stimulante 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 menține la zi seturi de date care vizează consumul de droguri și modelele de consum în 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 anchetelor sunt completate de analize privind urmele de droguri din apele reziduale urbane, efectuate în orașe din toată Europa.

Studiile care prezintă estimări ale consumului de droguri cu risc ridicat sunt utilizate pentru identificarea amplorii problemelor mai vechi asociate consumului de droguri, iar datele privind persoanele admise în sistemele de tratament specializat pentru consum de droguri, atunci când sunt analizate alături de alți indicatori, contribuie la înțelegerea naturii și a tendințelor consumului de droguri cu risc ridicat.

În același scop se utilizează și alte surse de date, mai specifice. Acești indicatori „de vârf” oferă indicii despre modificarea modelelor de consum de droguri și despre tipurile de droguri consumate. Deși nu sunt reprezentative pentru populația generală, reprezintă surse oportune de date suplimentare. Toate sursele de date privind consumul de droguri prezintă avantaje și dezavantaje, iar atât disponibilitatea, cât și calitatea datelor pot varia de la o țară la alta. Din acest motiv, EMCDDA adoptă o abordare prudentă și bazată pe mai mulți indicatori pentru a descrie situația drogurilor la nivel european.

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

Aproximativ 96 de milioane de adulți au consumat droguri ilegale

Se estimează că aproximativ 96 de milioane de adulți (15-64 de ani) din Uniunea Europeană, adică 29 %, au încercat droguri ilegale într-un moment al vieții. Experimentarea consumului de droguri este menționată mai frecvent de bărbați (57,8 milioane) decât de femei (38,3 milioane). Drogul încercat cel mai frecvent este cannabisul (55,4 milioane de bărbați și 36,1 milioane de femei), estimările consumului de-a lungul vieții fiind mult mai scăzute pentru cocaină (12,4 milioane de bărbați și 5,7 milioane de femei), MDMA (9,3 milioane de bărbați și 4,6 milioane de femei) și amfetamine (8,3 milioane de bărbați și 4,1 milioane de femei). Nivelurile consumului de cannabis de-a lungul vieții variază considerabil de la o țară la alta, de la aproximativ 4 % din adulți în Malta la 45 % în Franța.

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 19,1 milioane de adulți tineri (15-34 de ani) au consumat droguri în ultimul an (16 %), proporția bărbaților care au declarat acest consum (20 %) fiind de aproximativ două ori mai mare decât cea a femeilor (11 %).

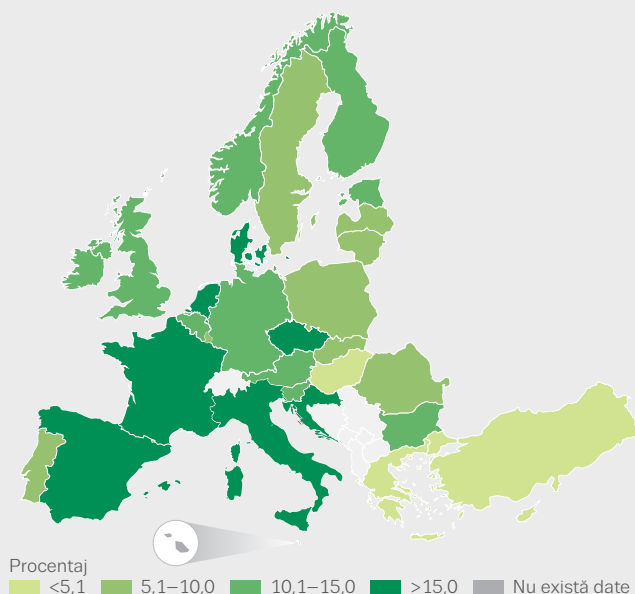
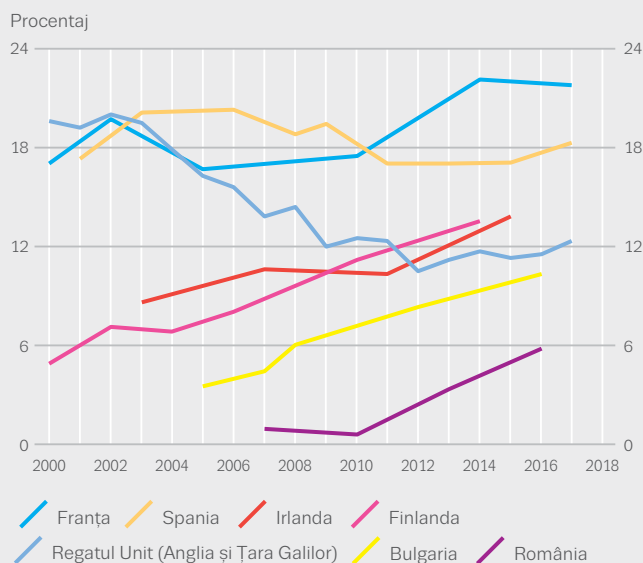
Consumul de cannabis în rândul tinerilor

Cannabisul este drogul ilegal cel mai frecvent consumat de toate grupele de vârstă. În general se fumează, iar în Europa este frecvent amestecat cu tutunul. Modelele de consum al cannabisului variază de la consumul ocazional la cel regulat și dependent.

Se estimează că 91,2 milioane de adulți din Uniunea Europeană (15-64 de ani), adică 27,4 % din această grupă de vârstă, au încercat cannabisul la un moment dat în viață. Dintre aceștia, se estimează că 17,5 milioane adulți tineri (15-34 de ani), adică 14,4 % din această grupă de vârstă, au consumat cannabis în ultimul an. Ratele prevalențelor în ultimul an în rândul adulților tineri variază între 3,5 % în Ungaria și 21,8 % în Franța. În rândul tinerilor care au consumat cannabis în ultimul an, raportul dintre bărbați și femei este de doi la unu. Dacă se ia în considerare doar grupa de vârstă 15 - 24 de ani, prevalența consumului de cannabis este mai mare, drogul fiind consumat de 18 % din ei (10,1 milioane) în ultimul an și de 9,3 % (5,2 milioane) în ultima lună.

FIGURA 2.1

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



NB: Se raportează alte intervale de vârstă (nu 15-34) în Danemarca, Regatul Unit și Norvegia (16-34), Suedia (17-34), Germania, Franța, Grecia și Ungaria (18-34).

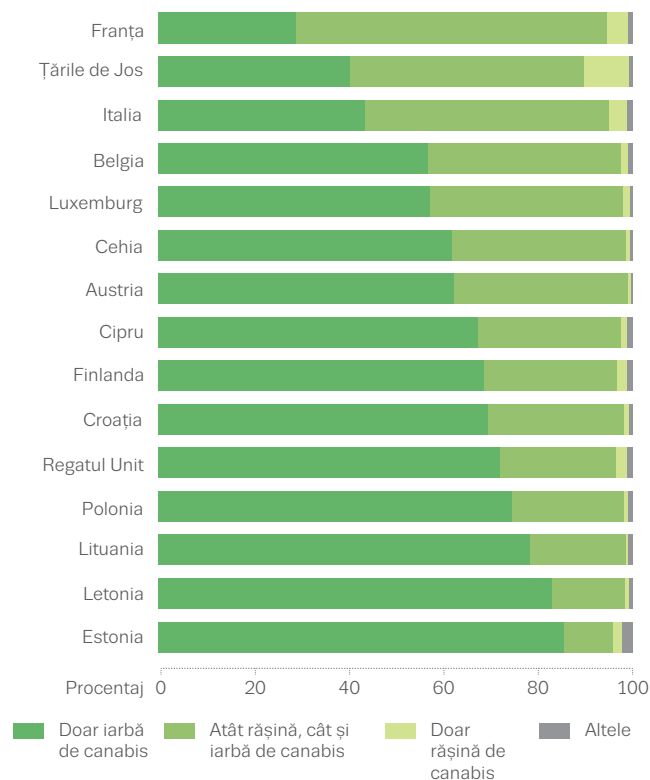
FIGURA 2.2

Rezultatele celor mai recente anchete arată în majoritatea țărilor fie o situație stabilă, fie creșteri ale consumului de cannabis din ultimul an în rândul adulților tineri. Dintre țările care au realizat anchete din anul 2016 până în prezent și au indicat intervale de încredere, 6 au raportat estimări mai ridicate, 5 au raportat o situație stabilă, iar 1 a raportat o scădere față de ancheta anterioară comparabilă. În cea mai recentă anchetă, în 11 dintre aceste țări s-a raportat o creștere a consumului la grupa de vârstă 15-24 de ani.

Puține țări dispun de suficiente date provenite din anchete pentru a permite efectuarea unei analize statistice a tendințelor pe termen lung ale consumului de cannabis din ultimul an în rândul adulților tineri (15-34 de ani). Dintre acestea, tendințele descendente observate anterior în Spania și Regatul Unit (Anglia și Țara Galilor) s-au stabilizat în cele mai recente date, deși Regatul Unit a înregistrat o creștere până la 12,3 % în ultimul an (figura 2.1). Începând din anul 2000, în mai multe țări s-au observat tendințe ascendente în prevalența consumului de cannabis 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 14,4 %, precum și Bulgaria și România, deși cu niveluri mai scăzute. În Franța, anchetele recente indică o prevalență stabilă la nivelul ridicat de 22 %. În Danemarca, o anchetă din 2017 a indicat o scădere, nivelul actual fiind de 15,4 % față de 17,6 % estimat în 2013.

Datele din sondajele online pot oferi informații complementare anchetelor realizate în rândul populației generale și o perspectivă mai aprofundată asupra consumului de droguri în Europa. Deși nu sunt reprezentative pentru populația generală, aceste sondaje reușesc să ajungă la eșantioane mari din rândul persoanelor care consumă droguri. Sondajul european online privind drogurile a cules informații despre modelele de consum și de achiziție ale drogurilor ilegale cel mai frecvent consumate de la 40 000 de consumatori, recrutați în principal prin intermediul rețelelor sociale. Rezultatele arată că iarba de cannabis a fost consumată mai frecvent decât rășina de cannabis, însă mulți respondenți au declarat consumul ambelor tipuri, în special în Franța, Italia și Țările de Jos. Consumul exclusiv de rășină de cannabis a fost menționat rar (figura 2.2).

Forme de cannabis consumate în ultimul an de participanții la un sondaj online care au menționat consumul acestui drog



NB: Sondajul a fost efectuat în două etape: una în 2016 (Cehia, Franța, Croația, Țările de Jos, Regatul Unit) și una în 2017-2018 (în alte 10 țări ale UE).
Sursa: Sondajul european online privind drogurile.

Canabisul este drogul ilegal cel mai frecvent consumat

Consumul de canabis cu risc ridicat: semne de stabilizare

Pe baza unor anchete realizate în rândul populației generale, se estimează că în jur de 1 % din adulții din Uniunea Europeană sunt consumatori zilnici sau aproape zilnici de canabis, adică au consumat acest drog 20 de zile sau mai mult în ultima lună. În jur de 60 % din ei au sub 35 de ani, iar 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 2017, aproximativ 155 000 de persoane din Europa au început 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 24 de țări pentru care există date, numărul total al persoanelor admise la tratament pentru prima dată pentru probleme asociate consumului de canabis a crescut cu 76 % între 2006 și 2017.

Per ansamblu, 47 % din consumatorii de canabis ca drog principal, pentru care au fost admiși la tratament prima dată în 2017, au declarat că au consumat zilnic drogul în ultima lună, cifrele variind de la 10 % sau mai puțin în Letonia, Ungaria și România până la 68 % sau mai mult în Spania, Țările de Jos și Turcia.

Consumul de cocaină: semne de creștere

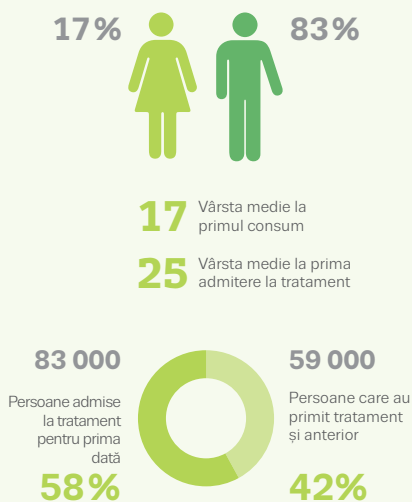
Cocaina este cel mai consumat drog stimulant ilegal din Europa, prevalența consumului fiind mai mare în țările din sud și din vest. În ultimii ani, consumul acestui drog a fost în creștere în Europa. În cadrul activităților de cercetare și monitorizare, consumatorii de cocaină pot fi clasificați în moduri diferite, în funcție de locul în care consumă drogul, de produsul consumat sau de motivul consumului. Dintre persoanele care consumă în mod regulat, se poate face o distincție generală între consumatorii care sunt, de regulă, mai integrați din punct de vedere social, care prizează cocaină pudră (clorhidrat de cocaină), și consumatorii marginalizați, care o consumă prin injectare 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.

Se estimează că 18,0 milioane de adulți din Uniunea Europeană (15-64 de ani), adică 5,4 % din această grupă de vârstă, au încercat cocaina într-un moment al vieții. Dintre ei, aproximativ 2,6 milioane de adulți tineri în vârstă de 15-34 de ani (2,1 % din această grupă de vârstă) au consumat drogul în ultimul an.

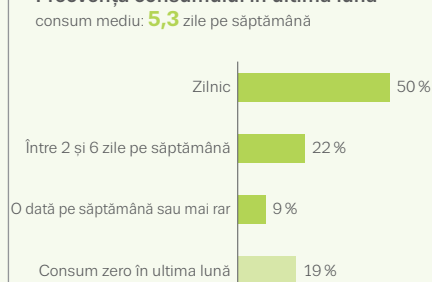
Șase țări – Danemarca, Irlanda, Spania, Franța, Țările de Jos și Regatul Unit – raportează o prevalență de peste 2,5 % a consumului de cocaină în ultimul an în rândul adulților tineri (figura 2.3). Dintre țările care au efectuat

CONSUMATORI DE CANABIS ADMIȘI LA TRATAMENT

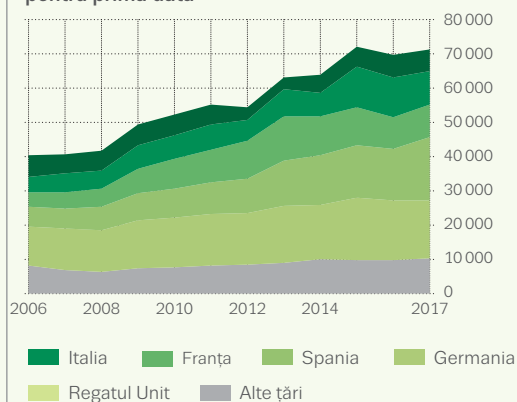
Caracteristici



Frecvența consumului în ultima lună



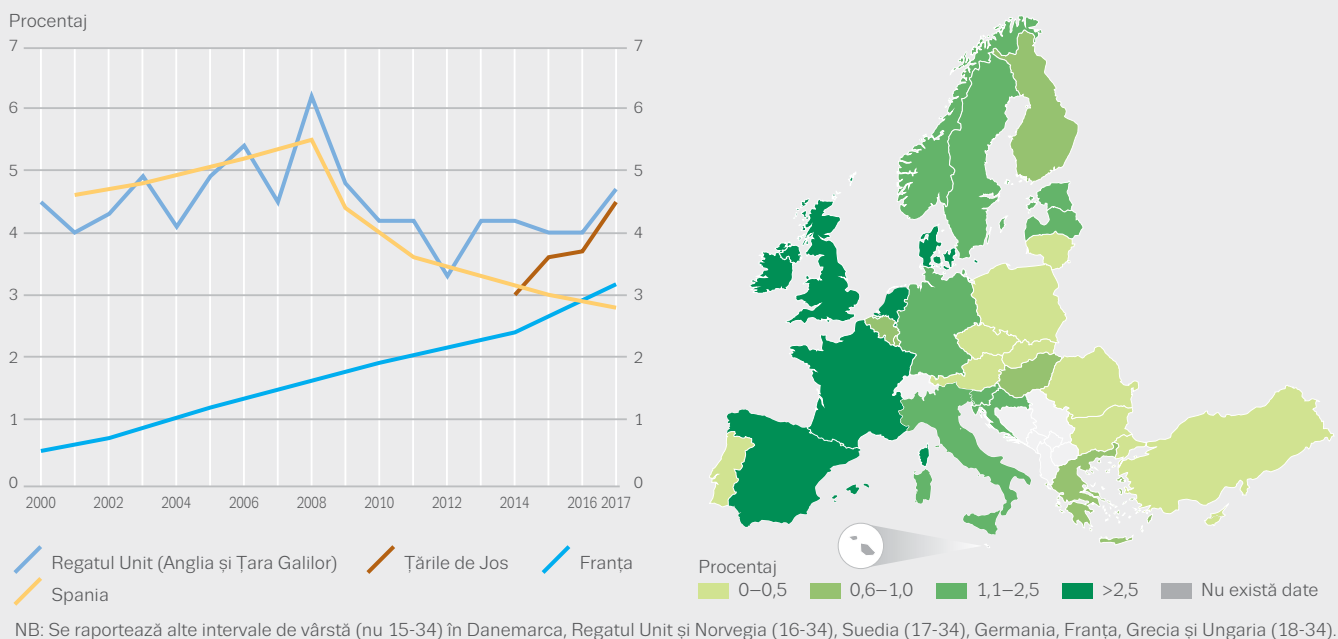
Tendințe pentru persoanele admise la tratament pentru prima dată



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 24 de țări. Graficul privind tendințele cuprinde doar țările pentru care există date referitoare la cel puțin 11 din cei 12 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. Din cauza modificărilor survenite în sistemul de raportare, numărul total pentru Germania din 2017 este estimat pe baza datelor din 2016.

FIGURA 2.3

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



anchete din anul 2016 până în prezent și au indicat intervale de încredere, 3 au raportat estimări mai ridicate, iar 9 au raportat o situație stabilă față de ancheta anterioară comparabilă.

O analiză statistică a tendințelor pe termen lung ale consumului de cocaină din ultimul an în rândul adulților tineri este posibilă doar pentru câteva țări, în cadrul cărora există unele dovezi privind creșterea consumului: ancheta anuală din Regatul Unit a înregistrat o creștere de până la 4,7 % după o perioadă de relativă stabilitate; a patra anchetă anuală comparabilă din Țările de Jos a confirmat o tendință ascendentă, ajungând la 4,5 %; iar în Franța tendința ascendentă a continuat, depășind pentru prima dată 3 %. În schimb, Spania a continuat să raporteze o reducere a prevalenței, care a scăzut la 2,8 % (figura 2.3).

Un studiu al EMCDDA de cunoaștere a tendințelor (Trendspotter) din 2018, care a analizat surse multiple de date, a indicat posibilitatea ca disponibilitatea crescută a cocainei cu puritate mai mare pe piețele europene ale drogurilor să determine o revigorare a consumului de droguri în unele țări. Studiul a evidențiat, de asemenea, semne ale extinderii cocainei pe piețe noi din Europa de Est, unde drogul era puțin consumat anterior.

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

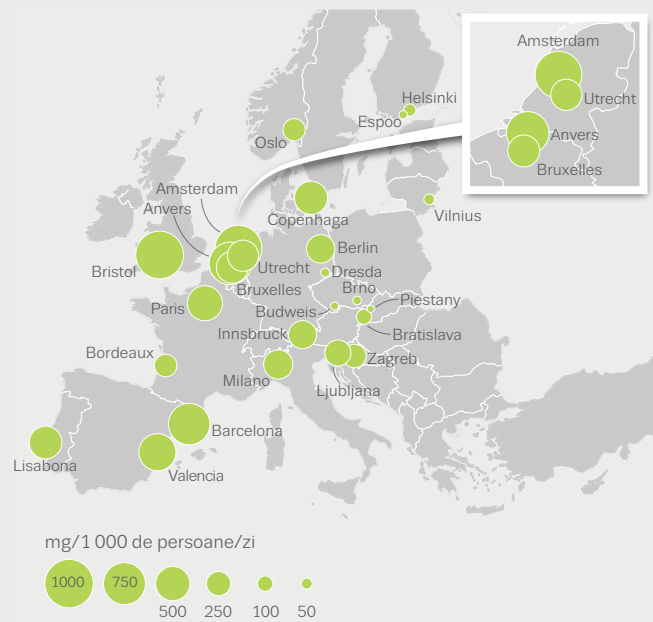
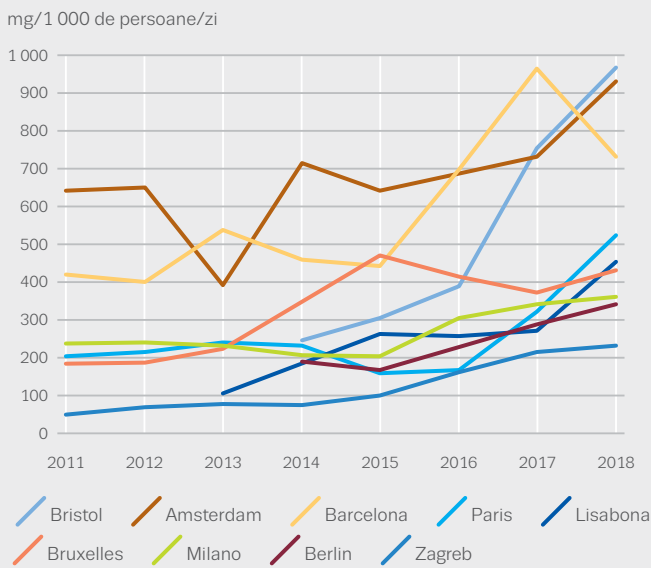
substanțe pure din cadrul unei comunități, iar rezultatele nu sunt direct comparabile cu estimările prevalenței din cadrul anchetelor în rândul populației țării. Rezultatele acestei analize sunt prezentate sub forma unor valori (concentrații) standardizate ale urmelor de droguri la 1 000 de locuitori pe zi. Deși pot fi relevante pentru volumul de cocaină consumat într-un anumit loc, rezultatele nu oferă informații directe cu privire la numărul de consumatori.

O analiză din 2018 a depistat cele mai mari concentrații de benzoilecgonină, principalul metabolit al cocainei, în orașe din Belgia, Spania, Țările de Jos și Regatul Unit. În majoritatea orașelor est-europene studiate au fost depistate niveluri foarte scăzute (vezi figura 2.4), dar cele mai recente date arată semne de creșteri. Compararea cu datele din anul anterior creează un tablou care sugerează în general o creștere a consumului. Din cele 38 de orașe pentru care există date referitoare la anii 2017 și 2018, 22 au raportat o creștere, 5 au raportat o scădere și 11 au raportat o situație stabilă. Pe termen mai lung, în majoritatea celor 13 orașe pentru care există date referitoare la anii 2011 și 2018 se constată o tendință de creștere.

Cocaina este cel mai consumat drog stimulant ilegal

FIGURA 2.4

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



NB: Cantități medii zilnice de benzoilecgonină, în miligrame la 1 000 de persoane. Prelevarea eșantioanelor în aceste orașe s-a efectuat în decurs de o săptămână în fiecare an din 2011 până în 2018.
Sursa: Grupul de bază pentru analiza apelor reziduale – Europa (SCORE).

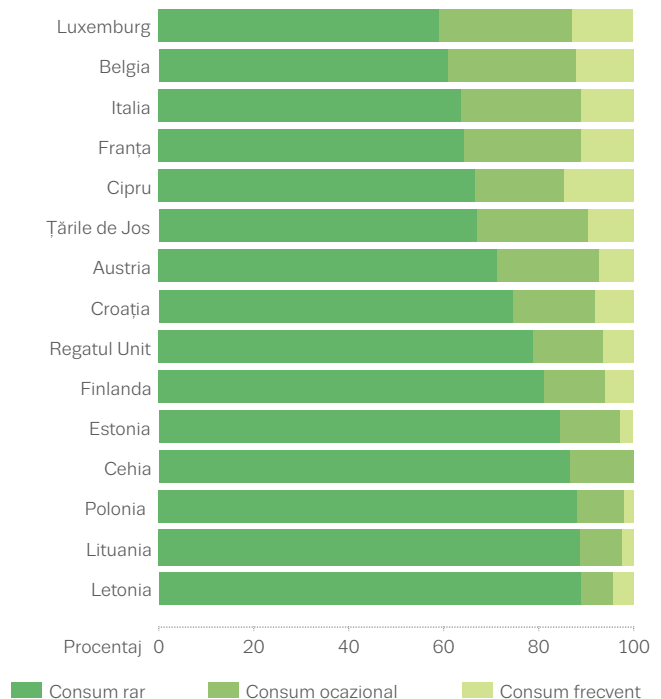
Datele obținute prin Sondajul european online privind drogurile oferă o perspectivă asupra modelelor de consum de cocaină în rândul diverselor categorii de consumatori, precum și asupra modului în care aceste modele pot varia de la o țară la alta. Atunci când se compară cantitățile consumate în diverse țări, este important de reținut că atât prețul, cât și puritatea cocainei de pe piață vor fi diferite de la o țară la alta, ceea ce poate avea un impact asupra cantităților consumate. Dintre respondenții care au declarat consum de cocaină, proporția celor care au consumat frecvent (în peste 50 de zile în ultimul an) a variat de la zero în Cehia la peste 10 % în Belgia, Cipru, Franța, Italia și Luxemburg (figura 2.5). Consumul de cocaină a diferit de la o țară la alta, variind de la o medie de 1,3 grame pe zi în Austria, Belgia și Franța până la 3,5 grame în Cipru. În general, persoanele care consumă frecvent au folosit cantități mai mari de drog în fiecare zi de consum în comparație cu persoanele care consumă mai puțin frecvent.

Consumul de cocaină cu risc ridicat: în ultima perioadă, numărul admițerilor la tratament a crescut în multe țări

Prevalența consumului de cocaină cu risc ridicat în rândul adulților din Europa este dificil de măsurat, deoarece numai 4 țări dispun de estimări recente. În plus, aceste estimări nu sunt direct comparabile, întrucât au fost generate utilizând definiții și metodologii diferite. În

FIGURA 2.5

Frecvența consumului de cocaină în rândul participanților la un sondaj online care au raportat consumul acestui drog în ultimul an



NB: Sondajul a fost efectuat în două etape: una în 2016 (Cehia, Franța, Croația, Țările de Jos, Regatul Unit) și una în 2017-2018 (în alte 10 țări ale UE). Consum în ultimul an: frecvent – peste 50 de zile; ocazional – între 11 și 50 de zile; rar – între 1 și 10 zile.
Sursa: Sondajul european online privind drogurile.

Spania, o nouă anchetă în rândul populației generale a folosit criteriul frecvenței mari a consumului pentru a estima consumul de cocaină cu risc ridicat la 0,3 % din persoanele în vârstă de 15-64 de ani în perioada 2017-2018. În 2015, pe baza unor întrebări asociate cu scara gravității dependenței, Germania a estimat consumul de cocaină cu risc ridicat în rândul populației adulte la 0,2 %. În 2017, utilizând datele referitoare la tratamente și date din sistemul de justiție penală, Italia a estimat că 0,69 % din populația adultă ar putea fi clasificată drept consumatoare de cocaină cu risc ridicat. În Franța, un studiu bazat pe metoda captură-recaptură a estimat prevalența consumului de cocaină crack cu risc ridicat la 0,07 %.

În Spania, Italia și Regatul Unit se înregistrează aproape trei sferturi (73 %) din totalul admițiilor la tratament specializat asociate consumului de cocaină raportate în Europa. Per ansamblu, cocaina a fost indicată ca drog principal de aproximativ 73 000 de consumatori care au început un tratament specializat pentru consum de droguri în 2017 și de peste 33 000 din consumatorii admiși la tratament pentru prima dată.

După o perioadă de scădere, în perioada 2014-2017 numărul total al persoanelor admise la tratament pentru prima dată ca urmare a consumului de cocaină a crescut cu 37 %. O mare parte din această creștere se înregistrează în Italia și în Regatul Unit, dar în total 19 țări au raportat creșteri în aceeași perioadă. Per ansamblu,

cele mai recente date europene arată o diferență de 11 ani între primul consum de cocaină, survenit în medie la vârsta de 23 de ani, și primul tratament pentru probleme asociate consumului de cocaină, în medie la vârsta de 34 de ani.

Majoritatea persoanelor care au început un tratament specializat pentru probleme legate de consumul de cocaină își administrează în principal cocaină pudră (55 000, adică 14 % din consumatorii de droguri din 2017). Majoritatea consumatorilor de cocaină ca drog principal solicită tratament pentru consumul acestui drog singur (46 % din consumatorii de cocaină pudră) sau în combinație cu cannabis (20 %), cu alcool (23 %) sau cu alte substanțe (10 %). În general, raportările arată că membrii acestui grup sunt relativ bine integrați în societate, locuiesc în condiții stabile și au un loc de muncă tipic, spre deosebire de cei care încep tratamentul pentru probleme asociate consumului de opioide. Acest lucru nu este însă valabil pentru persoanele admise la tratament pentru consumul de cocaină crack ca drog principal (11 000 de consumatori, adică 3 % din consumatorii de droguri din 2017), care par a fi marginalizați. Cele mai multe admiții la tratament legate de consumul de cocaină crack sunt raportate de Regatul Unit (65 %). Numeroși consumatori de cocaină crack ca drog principal indică heroina drept drog problematic secundar. Din 2014 până în prezent, în Belgia, Irlanda, Franța, Italia, Portugalia și Regatul Unit se raportează o creștere a numărului de consumatori de cocaină crack.

CONSUMATORI DE COCAINĂ ADMIȘI LA TRATAMENT

Caracteristici

15% 85%



23 Vârsta medie la primul consum

34 Vârsta medie la prima admitere la tratament

33 500

Persoane admise la tratament pentru prima dată

48%



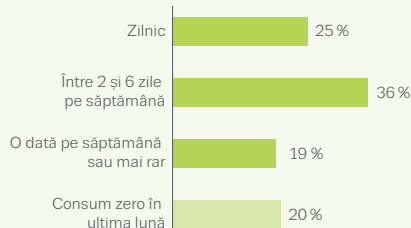
36 800

Persoane care au primit tratament și anterior

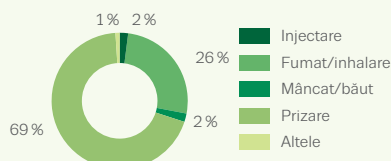
52%

Frecvența consumului în ultima lună

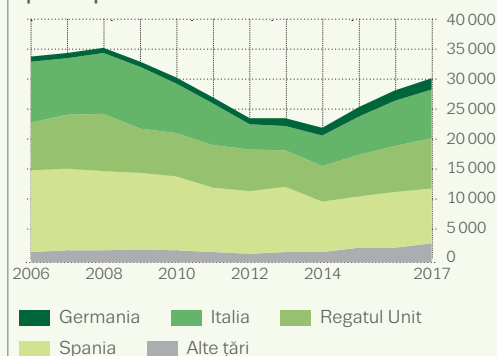
Consum mediu: 4 zile pe săptămână



Calea de administrare



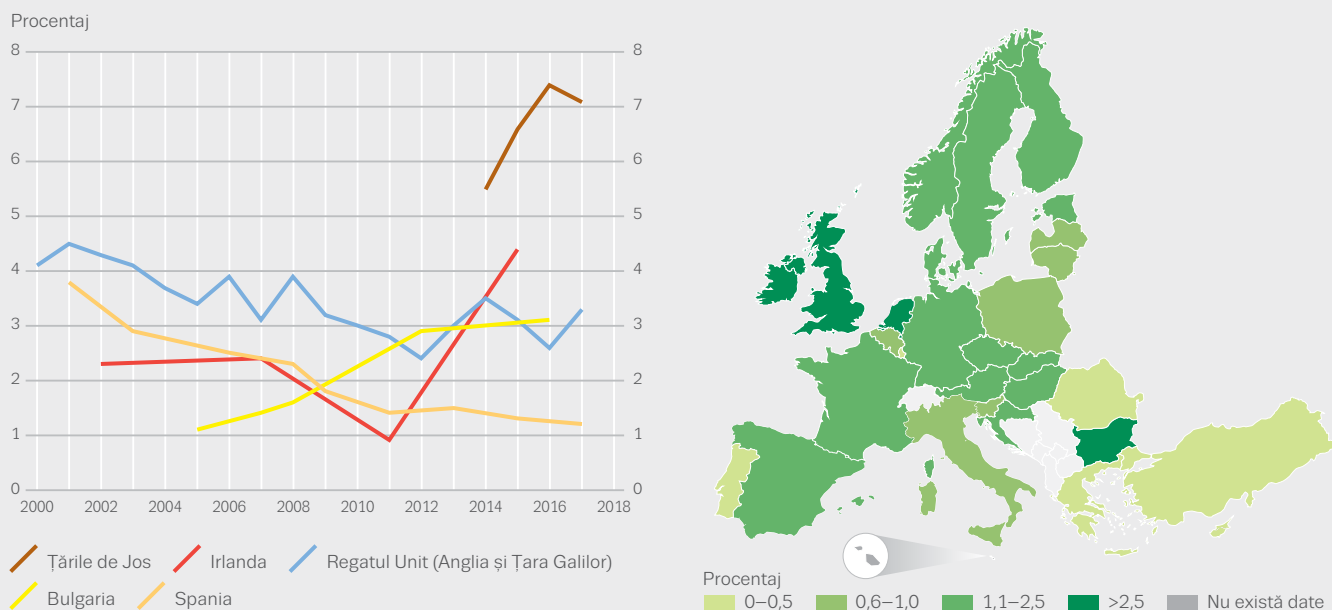
Tendințe pentru persoanele admise la tratament pentru prima dată



NB: Pe lângă tendințe, datele se referă la toate persoanele admise la tratament care au consumat cocaină ca drog principal. Tendințele referitoare la persoanele admise la tratament pentru prima dată se bazează pe datele din 24 de țări. Graficul privind tendințele cuprinde doar țările pentru care există date referitoare la cel puțin 11 din cei 12 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. Din cauza modificărilor survenite în sistemul de raportare, numărul total pentru Germania din 2017 este estimat pe baza datelor din 2016.

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



NB: Se raportează alte intervale de vârstă (nu 15-34) în Danemarca, Regatul Unit și Norvegia (16-34), Suedia (17-34), Germania, Franța, Grecia și Ungaria (18-34).

Dintre persoanele admise la tratament specializat pentru consumul de droguri în Europa în 2017, un număr de 56 000 au declarat consumul de cocaină în combinație cu heroină sau cu alte opioide. Acestea reprezintă 16 % din totalul persoanelor admise la tratament pentru care sunt disponibile informații atât despre drogul principal, cât și despre cel secundar.

Consumul de MDMA: o situație variată

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 13,7 milioane de adulți din Uniunea Europeană (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 rândul adulților tineri (15-34 de ani) arată că 2,1 milioane dintre aceștia au consumat MDMA în ultimul an (1,7 % din această grupă de vârstă), estimările la nivel național variind de la 0,2 % în Portugalia și România până la 7,1 % în Țările de Jos (figura 2.6). Estimările prevalenței în rândul persoanelor cu vârsta de 15-24 de ani sunt mai ridicate, estimându-se că 2,3 % din această grupă de vârstă (1,3 milioane de persoane) au consumat MDMA în ultimul an.

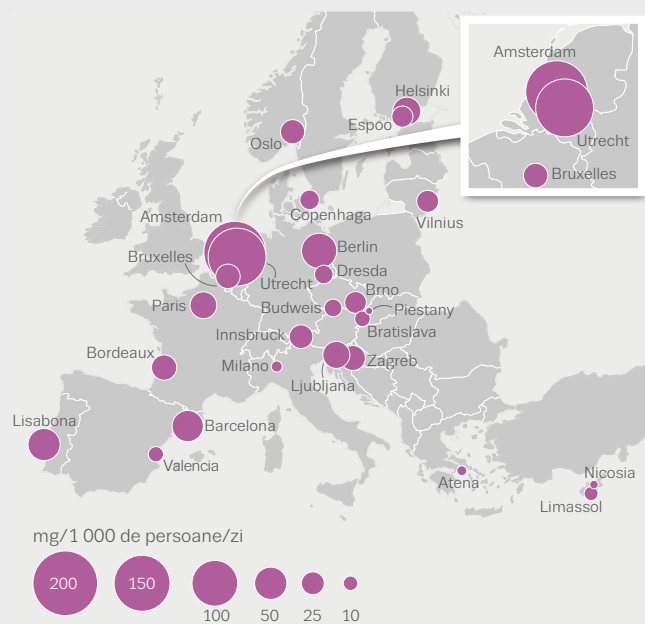
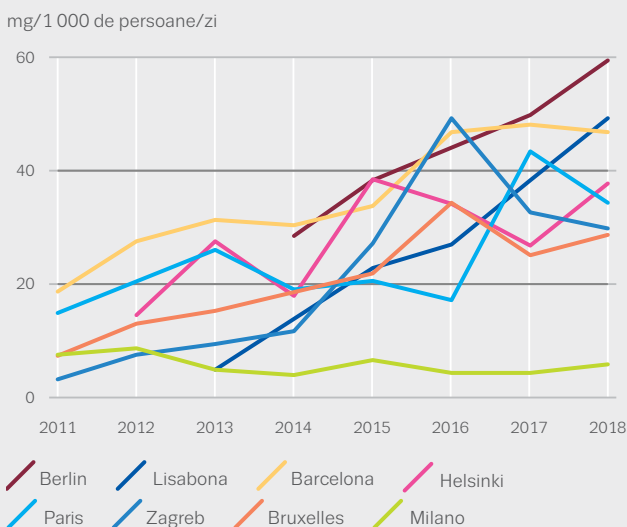
Până nu demult, în multe țări prevalența MDMA era în scădere față de nivelurile de vârf atinse în prima jumătate a anilor 2000. În schimb, în ultimii ani sursele de monitorizare indică o situație variată, în care nu există tendințe clare. Dintre țările care au realizat anchete noi din 2016 până în prezent și care au indicat intervale de încredere, 4 au raportat estimări mai ridicate decât în ancheta anterioară comparabilă, 6 au raportat o situație stabilă, iar 2 au 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 o imagine mixtă (figura 2.6). În Regatul Unit, cele mai recente date arată că prevalența consumului a revenit după scăderile din 2015 și 2016, care la rândul lor inversaseră creșterea înregistrată între 2012 și 2014. În Spania, tendința pe termen lung rămâne descendentă, deși valorile din ultimul timp sunt stabile. În Bulgaria, cele mai recente date indică o tendință ascendentă care se menține. Datele obținute din ancheta efectuată în 2017 în Țările de Jos confirmă nivelurile înalte semnalate de cele trei anchete anuale anterioare.

O analiză desfășurată în mai multe orașe în anul 2018 a depistat cele mai mari concentrații de MDMA în apele reziduale din orașele belgiene, germane și olandeze (figura 2.7). Din cele 37 de orașe pentru care există date referitoare la anii 2017 și 2018, 21 au raportat o creștere, 9 au raportat o situație stabilă și 7 au raportat o scădere. O analiză a tendințelor pe termen mai lung arată că, în majoritatea orașelor pentru care există date referitoare atât

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 eșantioanelor în aceste orașe s-a efectuat în decurs de o săptămână în fiecare an din 2011 până în 2018.
Sursa: Grupul de bază pentru analiza apelor reziduale – Europa (SCORE).

la anul 2011, cât și la 2018 (10 orașe), concentrațiile de MDMA în apele reziduale au fost mai mari în 2018 decât în 2011. În 2017, creșterile accentuate observate în perioada 2011-2016 păreau să se fi stabilizat, însă cele mai recente date din 2018 indică creșteri 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 mare varietate de tineri în locurile obișnuite unde se desfășoară viața de noapte, inclusiv în baruri și la petreceri private. Sondajul european online privind drogurile a constatat că, dintre persoanele care au consumat MDMA în anul anterior, proporția celor care au raportat un consum frecvent (în mai mult de 50 de zile în ultimul an) a variat de la zero în Cipru până la aproximativ 8 % în Austria și Croația.

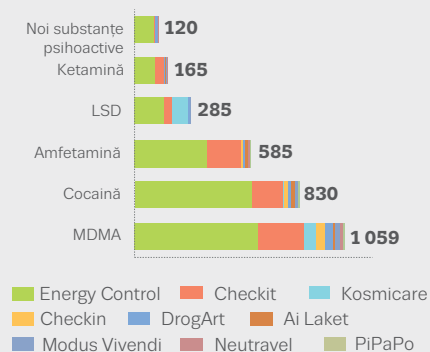
Consumul de MDMA este rareori menționat ca motiv de începere a tratamentului specializat pentru consum de droguri. În 2017, au declarat că sunt consumatoare de MDMA mai puțin de 1 % din persoanele admise la tratament pentru prima dată în Europa (aproximativ 2 700 de cazuri). Dintre acestea, 68 % au fost înregistrate în Franța, Ungaria, Regatul Unit și Turcia.

De multe ori, MDMA se consumă în combinație cu alte substanțe, inclusiv cu alcool

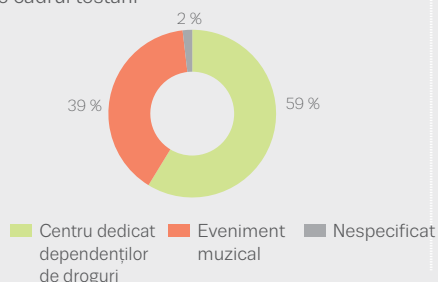
FIGURA 2.8

Mostre de droguri testate de serviciile de verificare a drogurilor în perioada ianuarie-iulie 2018

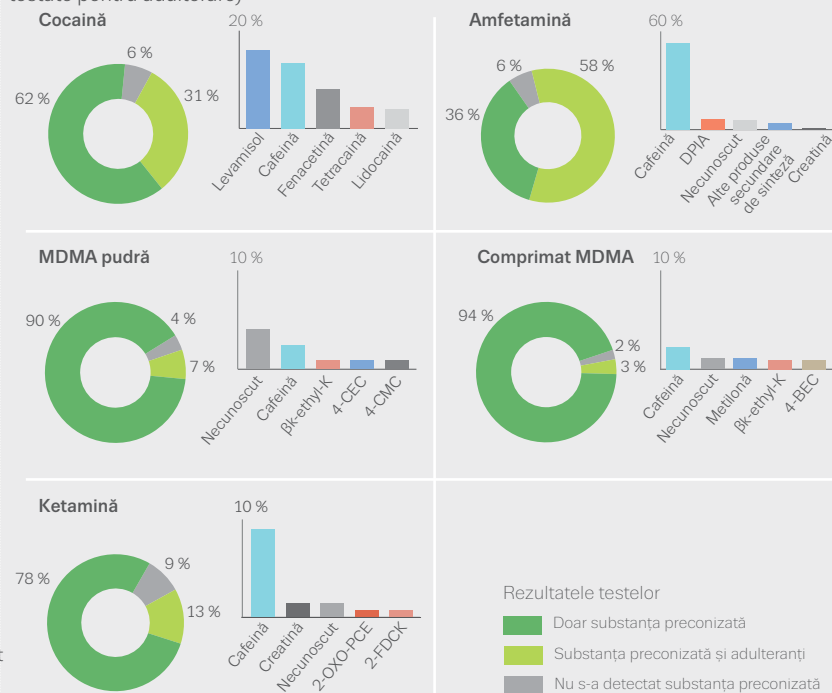
Număr de substanțe prezentate pentru testare



Substanțe prezentate pentru testare în funcție de cadrul testării



Substanțe detectate și adulteranți detectați cel mai frecvent (procent din totalul mostrelor testate pentru adulterare)



NB: Se numesc adulteranți numai substanțele care dețin proprietăți farmacologice active. Compușii inactivi nu sunt considerați adulteranți.

Sursa: Datele au fost oferite de serviciile de verificare a drogurilor din Austria (Checkit), Belgia (Modus Vivendi), Italia (Neutravel), Luxemburg (PiPaPo), Portugalia (Kosmicare și Checkin), Slovenia (DrogArt) și Spania (Energy Control și Ai Laket).

Monitorizarea consumului de droguri în spațiile recreaționale: metode inovatoare

Studiile constată în mod constant că anchetele efectuate în locuri unde se desfășoară viața de noapte (cum ar fi cluburi, baruri sau festivaluri de muzică) raportează mai frecvent consumul de droguri decât anchetele în rândul populației generale. Au apărut noi mijloace de monitorizare a consumului de droguri în spațiile recreaționale, care nu se bazează exclusiv pe datele anchetelor care culeg declarații de la consumatori, ci utilizează analiza chimică a unor probe obținute din surse variate: probe biologice, de exemplu mostre de respirație, urină și păr; conținutul coșurilor de gunoi destinate aruncării drogurilor fără a fi urmărit penal; și drogurile prezentate la unitățile de verificare a drogurilor.

Sunt disponibile rezultatele a 3 044 de analize pe eșantioanele de droguri prezentate de consumatori la 9 servicii de verificare a drogurilor care funcționează în 7 state membre ale UE, efectuate în perioada ianuarie-iulie 2018 și compilate de rețeaua transeuropeană de informații privind drogurile (TEDI). Aproximativ jumătate din eșantioane au fost testate la evenimente muzicale, iar aproximativ jumătate au fost testate în centrele dedicate dependenților de droguri. La aceste centre, majoritatea în

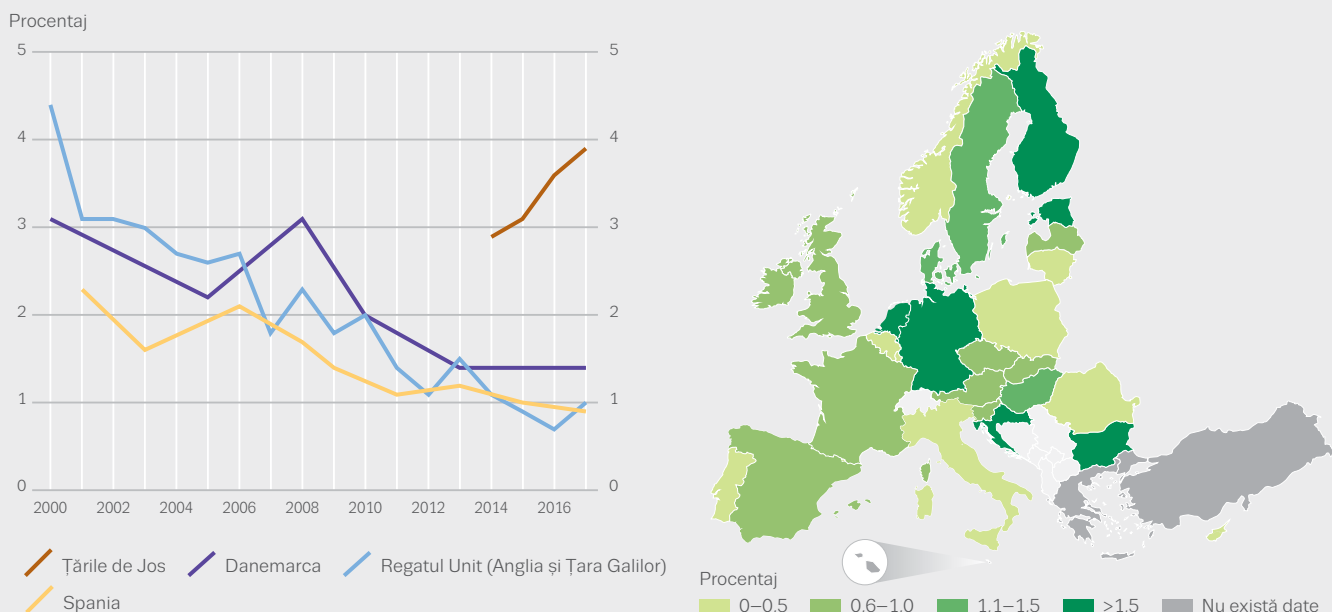
Spania, s-au prezentat de două ori mai multe mostre de cocaină decât la evenimentele muzicale.

În ansamblu, MDMA (sub formă de comprimate și de pudră), cocaina și amfetamina au fost cele trei droguri cel mai des prezentate pentru testare, deși au existat variații între țări. Amfetamina a fost rar prezentată pentru testare în Belgia și Portugalia, dar a reprezentat peste 25 % din probele prezentate în Italia și Austria. Noile substanțe psihoactive, în majoritate catinone sintetice, au reprezentat doar 3 % din totalul drogurilor prezentate pentru testare, deși unele, cum ar fi 4-CMC și 4-CEC (catinone sintetice), au fost depistate uneori ca adulteranți în eșantioanele prezentate ca MDMA (figura 2.8).

Datele privind puritatea drogurilor obținute în prima jumătate a anului 2018 de la 8 servicii de verificare a drogurilor confirmă raportările recente privind creșterea disponibilității cocainei și a MDMA de puritate ridicată, observată pe piețele drogurilor din vestul Europei. Cea mai mare doză medie de MDMA în comprimatele testate de serviciile de verificare a drogurilor a fost raportată în Belgia (182 mg). Cinci servicii au raportat comprimate individuale care conțineau cantități mari de MDMA (peste 250 mg). Per ansamblu, s-a înregistrat o probabilitate redusă ca eșantioanele prezentate serviciilor ca MDMA să conțină

FIGURA 2.9

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



NB: Se raportează alte intervale de vârstă (nu 15-34) în Danemarca, Regatul Unit și Norvegia (16-34), Suedia (17-34), Germania, Franța, Grecia și Ungaria (18-34).

o componentă activă nouă, pudra sau comprimatele de MDMA adulterate reprezentând sub 10 % din totalul eșantioanelor de MDMA testate. În aceste eșantioane, cel mai frecvent adulterant a fost cafeina. În ciuda nivelurilor ridicate de puritate medie a cocainei (73 %), probele prezentate drept cocaină au fost frecvent adulterate cu substanțe potențial nocive, cum ar fi levamisol și fenacetină, precum și cu anestezice locale, cum ar fi lidocaina și tetracaina. Dintre toate substanțele testate la serviciile de verificare a drogurilor, eșantioanele prezentate ca amfetamine au fost cele mai adulterate, având o puritate medie de 34 % și conținând adesea niveluri ridicate de cafeină.

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 Cehia 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 injectare

constituie o parte semnificativă a problemei drogurilor. Metamfetamina se poate și fuma, dar această cale de administrare nu este raportată frecvent în Europa.

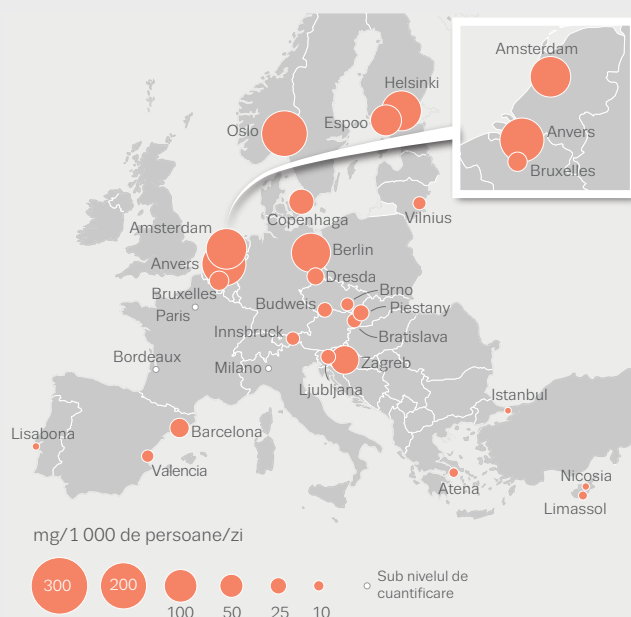
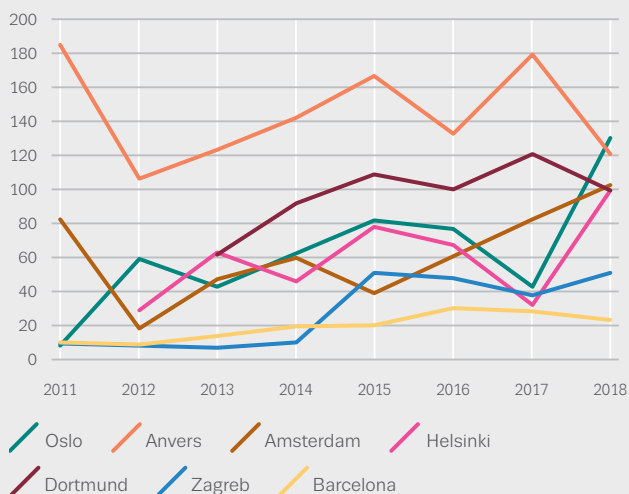
Se estimează că 12,4 milioane de adulți din Uniunea Europeană (15-64 de ani), adică 3,7 % din această grupă de vârstă, au încercat amfetaminele într-un moment al vieții. Cifrele referitoare la consumul recent în rândul adulților tineri (15-34 de ani) arată că 1,3 milioane dintre aceștia (1,0 %) au consumat amfetamine în ultimul an, cele mai recente estimări ale prevalenței naționale variind de la zero în Portugalia până la 3,9 % în Țările de Jos (figura 2.9). Datele disponibile sugerează că, de la începutul secolului, majoritatea țărilor europene au înregistrat o situație relativ stabilă a consumului de amfetamine. Dintre țările care au efectuat anchete noi din 2016 până în prezent și au indicat intervale de încredere, niciuna nu a raportat estimări mai ridicate; 8 au raportat o situație stabilă, iar 3 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 2.9), iar cea de a patra anchetă comparabilă din Țările de Jos sugerează o tendință ascendentă.

FIGURA 2.10

Urme de amfetamină în apele reziduale din câteva orașe europene: tendințe și cele mai recente date

mg/1 000 de persoane/zi



NB: Cantități medii zilnice de amfetamină, în miligrame la 1 000 de persoane. Prelevarea eșantioanelor în aceste orașe s-a efectuat în decurs de o săptămână în fiecare an din 2011 până în 2018.

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

Analiza apelor reziduale urbane efectuată în 2018 a constatat o variație considerabilă a concentrațiilor de amfetamină în Europa, cele mai ridicate niveluri înregistrându-se în orașele din nordul și estul Europei (figura 2.10). Nivelurile de amfetamină depistate în orașele din sudul Europei au fost mult mai scăzute.

Din cele 38 de orașe pentru care există date referitoare la anii 2017 și 2018, 21 au raportat o creștere, 7 au raportat o situație stabilă și 10 au raportat o scădere. Per ansamblu, datele provenite de la orașele care dețin date pentru perioada 2011-2018 arată o imagine variată a consumului de amfetamină, dar cu tendințe relativ stabile în majoritatea orașelor.

Consumul de metamfetamină, în general scăzut și în trecut concentrat în Cehia și Slovacia, pare să fie prezent acum și în Cipru, în estul Germaniei, în Spania și în nordul Europei (figura 2.11). În 2017 și 2018, din cele 40 de orașe pentru care există date referitoare la metamfetamina din apele reziduale, 5 au raportat o creștere, 20 au raportat o situație stabilă și 15 au raportat o scădere.

Consumul de amfetamine cu risc ridicat: număr ridicat de admiteri la tratament

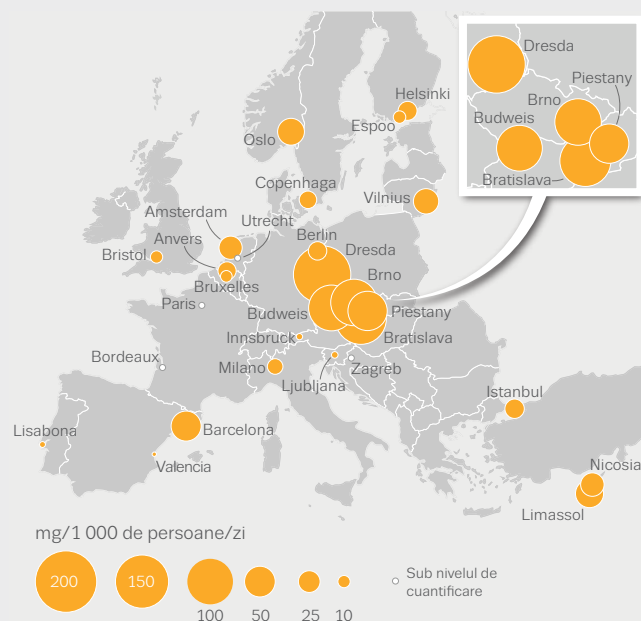
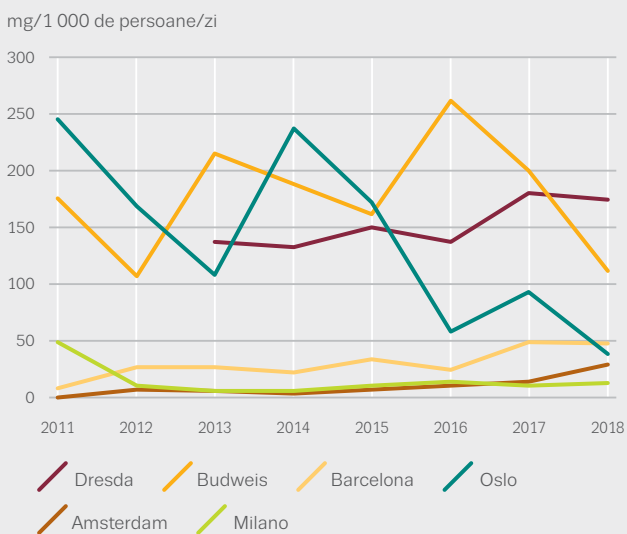
De-a lungul timpului, problemele asociate consumului de amfetamină pe termen lung, cronic și prin injectare s-au

evidențiat îndeosebi în țările din nordul Europei. În schimb, problemele asociate consumului de metamfetamină au fost cel mai evidente în Cehia și în Slovacia. O estimare din 2015 referitoare la Germania raporta un nivel de 0,19 %, adică 102 000 de consumatori adulți de amfetamine predispuși unui risc ridicat. Consumatorii de amfetamine reprezintă probabil majoritatea celor 2 234 (0,18 %) de consumatori de droguri stimulante predispuși unui risc ridicat raportați de Letonia în 2017, în scădere de la 6 540 (0,46 %) în 2010. În Cehia, consumul de metamfetamină cu risc ridicat în rândul adulților (15-64 de ani) a fost estimat la aproximativ 0,50 % în anul 2017 (adică 34 700 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 0,03 %, sau 176 de consumatori în 2017.

Aproximativ 30 000 dintre consumatorii admiși la tratament specializat în Europa în 2017 au menționat amfetaminele ca drog principal, iar aproximativ 12 000 dintre ei se adresau serviciilor de tratament pentru prima dată în viață. Dintre consumatorii care încep tratamentul pentru prima dată în Germania, Letonia, Polonia și Finlanda, 15 % sau mai mult sunt consumatori de amfetamină ca drog principal, iar în Germania se observă o tendință crescătoare începând din 2009. Consumatorii admiși la tratament care menționează metamfetamina ca drog principal sunt concentrați în Cehia, Slovacia, Polonia

FIGURA 2.11

Urme de metamfetamină în apele reziduale din câteva orașe europene: tendințe și cele mai recente date



NB: Cantități medii zilnice de metamfetamină, în miligrame la 1 000 de persoane. Prelevarea eșantioanelor în aceste orașe s-a efectuat în decurs de o săptămână în fiecare an din 2011 până în 2018.
Sursa: Grupul de bază pentru analiza apelor reziduale – Europa (SCORE).

și Turcia, în aceste țări aflându-se 88 % din cei 5 000 de consumatori de metamfetamină care încep tratament specializat în Europa. Amfetaminele sunt drogurile care prezintă cea mai mică diferență între ponderea femeilor și a bărbaților care le consumă, deși femeile tot nu reprezintă

decât aproximativ un sfert (26 %) din consumatorii de amfetamină. În ceea ce privește calea de administrare, 14 % din totalul consumatorilor admiși la tratament au menționat că le consumă pe cale orală, 65 % – prin prizare, iar 9 % – prin injectare.

CONSUMATORI DE AMFETAMINE ADMIȘI LA TRATAMENT

Caracteristici

26% 74%



20 Vârsta medie la primul consum
30 Vârsta medie la prima admitere la tratament

12 200

Persoane admise la tratament pentru prima dată

42%



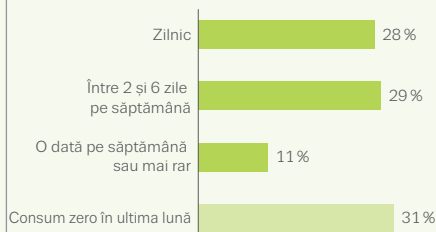
17 100

Persoane care au primit tratament și anterior

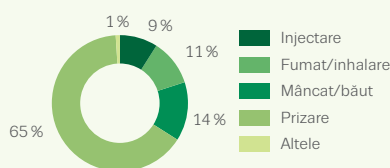
58%

Frecvența consumului în ultima lună

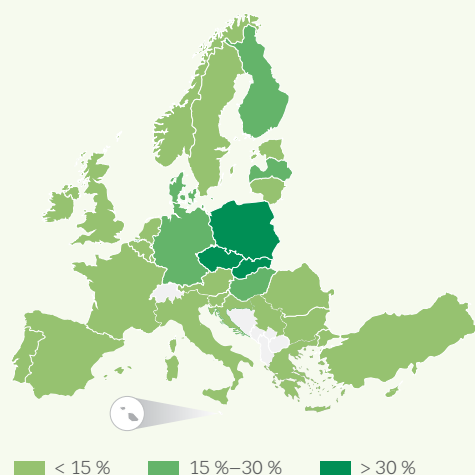
Consum mediu: 4,3 zile pe săptămână



Calea de administrare



Procentul persoanelor admise la tratament pentru prima dată pentru toate drogurile (%)



NB: Pe lângă hartă, datele se referă la toate persoanele admise la tratament care au consumat amfetamine ca drog principal. Datele pentru Germania, Suedia și Norvegia se referă la consumatorii care menționează alt stimulant decât cocaina ca drog principal.

Ketamina, GHB și substanțele halucinogene: consumul se menține scăzut

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

Consumul recreativ de ketamină și GHB (inclusiv precursorul acestuia GBL, gama-butilolactonă) 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 de ketamină în rândul adulților și al elevilor, consumul se menține scăzut. În ancheta sa din 2017, Norvegia a raportat o prevalență în ultimul an a consumului de GHB de 0,1 % la adulți (16-64 de ani). În 2017, prevalența consumului de ketamină înregistrat în ultimul an în rândul adulților tineri (16-34 de ani) a fost estimată la 0,6 % în Danemarca și la 1,7 % în Regatul Unit.

Prevalența generală a consumului de LSD și de ciuperci halucinogene în Europa este în general la un nivel scăzut și se menține 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 2017 sau în cel mai recent an de anchetă, excepție făcând Finlanda (1,9 %) și Țările de Jos (1,6 %) în cazul ciupercilor halucinogene și, respectiv, Norvegia (1,1 %) și Finlanda (1,3 %) în cazul LSD.

Noile substanțe psihoactive: consum redus și număr în scădere al admițerilor la tratament

Din 2011, peste jumătate din țările europene raportează estimări naționale privind consumul de noi substanțe psihoactive (fără a include ketamina și GHB) în anchetele realizate în rândul populației generale, dar diferențele în ceea ce privește metodele și întrebările folosite în sondaje limitează comparațiile între țări. În rândul tinerilor adulți (15-34 de ani), prevalența consumului acestor substanțe în ultimul an a variat de la 0,1 % în Norvegia până la 3,2 % în cele mai recente constatări din Țările de Jos (2016), 4-fluoroamfetamina (4FA) fiind substanța consumată cel mai frecvent. În ceea ce privește consumul de mefedronă, sunt disponibile date din anchetele efectuate în Regatul Unit (Anglia și Țara Galilor). În cea mai recentă anchetă (2017), consumul din ultimul an al acestui drog în rândul persoanelor de 16-34 de ani a fost estimat la 0,2 %, în scădere de la 1,1 % în perioada 2014-2015. În cele mai recente anchete, consumul estimat de canabinoizi sintetici în ultimul an în rândul persoanelor în vârstă de 15-34 de

ani a variat de la 0,1 % în Țările de Jos până la 1,5 % în Letonia.

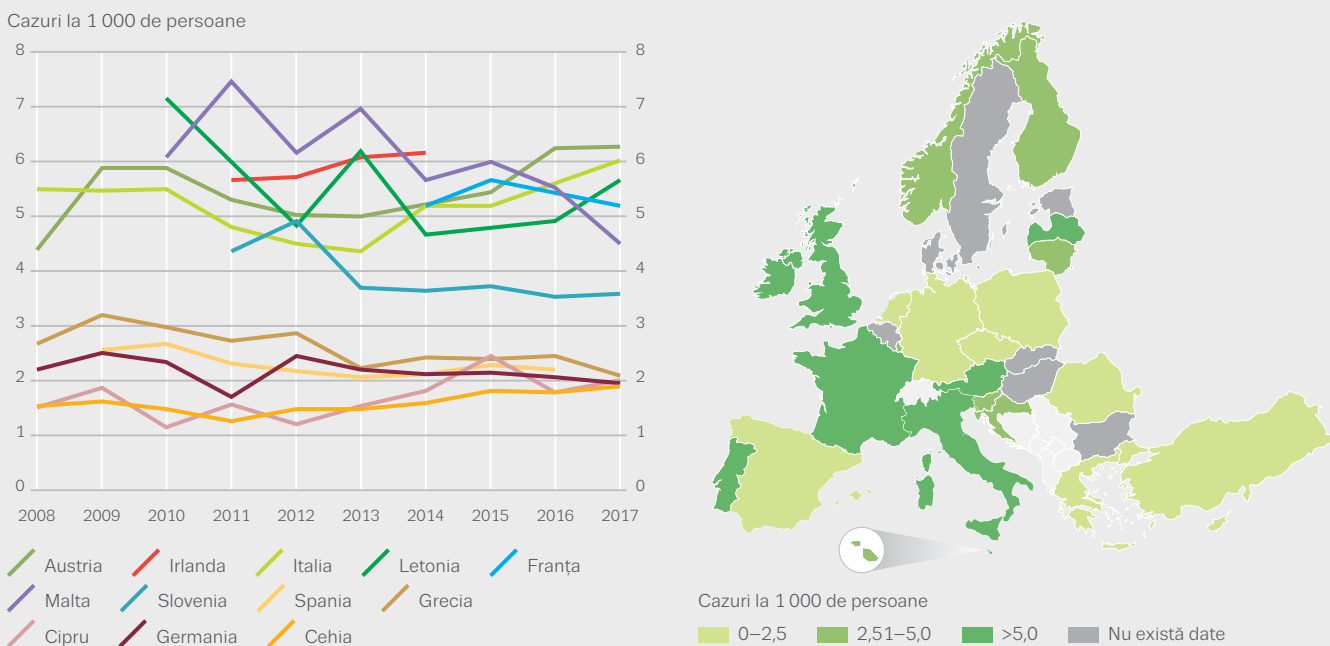
Deși nivelurile de consum ale noilor substanțe psihoactive sunt per ansamblu mici în Europa, într-un studiu al EMCDDA din 2016 peste două treimi dintre țări au semnalat îngrijorări legate de sănătate ca urmare a consumării lor de către consumatori de droguri predispuși unui risc ridicat. În special consumul de catinone sintetice de către consumatorii de opioide și droguri stimulante injectabile a fost asociat unor probleme sociale și de sănătate. În plus, fumatul canabinoizilor sintetici de către populațiile marginalizate, inclusiv de persoane fără adăpost și deținuți, a fost identificat ca o problemă în mai multe țări europene.

Per ansamblu, puține persoane sunt în prezent admise la tratament în Europa pentru probleme asociate consumului de noi substanțe psihoactive, însă 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 19 % din consumatorii din Turcia și a 6 % din consumatorii din Ungaria, iar 0,2 % din consumatorii care au început tratament în Regatul Unit au menționat probleme legate de consumul catinonelor sintetice ca drog principal. Totuși, în cele mai recente date, toate cele trei țări au raportat în ultimul timp o scădere a numărului de consumatori care apelează la tratament pentru probleme asociate consumului de noi substanțe psihoactive.



FIGURA 2.12

Estimări naționale privind prevalența anuală a consumului de opioide de mare risc: tendințe selectate și cele mai recente date



Consumul de opioide de mare risc: numărul celor care se prezintă pentru prima dată la medic pentru consum de heroină a scăzut în majoritatea țărilor

Grecia, Malta, Slovenia și Spania prezintă o scădere semnificativă statistic, iar Cehia și Irlanda (până în 2014) prezintă o creștere semnificativă statistic (figura 2.12).

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 a doua jumătate a anilor 1990. În ultimii ani s-a observat existența unei cohorte în curs de îmbătrânire de consumatori de opioide de mare risc, care au fost probabil în legătură (în mod regulat sau sporadic) cu serviciile de tratament de substituție sau cu alte servicii.

Prevalența medie a consumului de opioide de mare risc în rândul adulților (15-64 de ani) a fost estimată la 0,4 % din populația Uniunii Europene în 2017, ceea ce înseamnă 1,3 milioane de consumatori de opioide de mare risc. La nivel național, estimările privind prevalența consumului de opioide de mare risc variază de la sub 1 caz până la peste 8 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 % din locuitorii UE, se găsesc trei sferturi (77 %) din numărul estimat al consumatorilor de opioide de mare risc. Din cele 12 țări care au estimat periodic consumul de opioide de mare risc între 2008 și 2017,

În 2017, consumul de opioide a fost menționat ca motiv principal pentru începerea tratamentului specializat de către 171 000 de consumatori, adică 35 % din persoanele admise la tratament pentru consumul de droguri în Europa; dintre aceștia, 32 000 apelau la tratament pentru prima dată. Consumatorii de heroină ca drog principal au reprezentat 78 % din consumatorii de opioide ca drog principal care au început tratamentul (20 500 de persoane), o scădere cu 4 700 de persoane sau cu 17 % față de anul precedent.

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. Într-o perioadă de ani 2016 și 2017, numărul consumatorilor de heroină ca drog primar care au început tratamentul pentru prima dată a scăzut în 16 din cele 27 de țări pentru care există date.

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. În afară de heroină, printre opioidelor menționate de

persoanele admise la tratament pentru abuz de substanțe se numără metadona, buprenorfina, fentanilul, codeina, morfina, tramadolul și oxycodona. Aceste opioide sunt consumate în prezent de 22 % din persoanele care consumă opioide ca drog principal, iar în unele țări nu heroina, ci alte opioide sunt consumate cel mai frecvent de persoanele admise la tratament specializat. În 2017, 19 țări europene au raportat că peste 10 % din totalul consumatorilor de opioide admiși la servicii specializate s-au prezentat pentru probleme legate în principal de alte opioide decât heroina (figura 2.13). În Estonia, majoritatea persoanelor admise la tratament care au menționat un opioid ca drog principal consumaseră fentanil, iar în Finlanda opioidul menționat cel mai des ca drog principal de persoanele admise la tratament a fost buprenorfina. Abuzul de buprenorfina este menționat de aproximativ 22 % din consumatorii de opioide din Cehia, iar abuzul de metadona – de 33 % din consumatorii de opioide din Germania și de 19 % din cei din Danemarca. În Cipru și Polonia, între 20 % și 50 % din consumatorii de opioide sunt admiși la tratament pentru probleme asociate consumului de alte opioide, de exemplu oxycodona (Cipru) și „kompot” — heroină obținută din tulpina 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.

CONSUMATORI DE HEROINĂ ADMIȘI LA TRATAMENT

Caracteristici

20% 80%



24 Vârsta medie la primul consum
35 Vârsta medie la prima admitere la tratament

23 500

Persoane admise la tratament pentru prima dată

17%

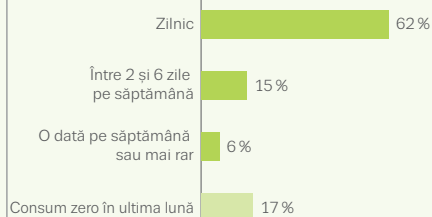
115 000

Persoane care au primit tratament și anterior

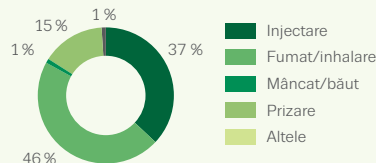
83%

Frecvența consumului în ultima lună

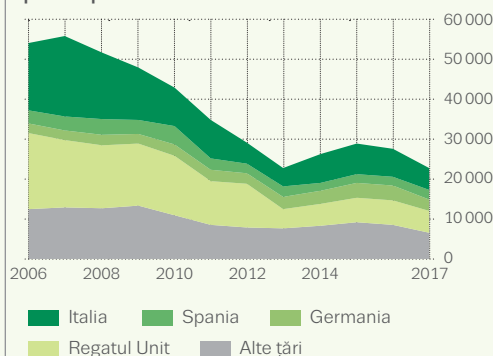
Consum mediu: 5,9 zile pe săptămână



Calea de administrare



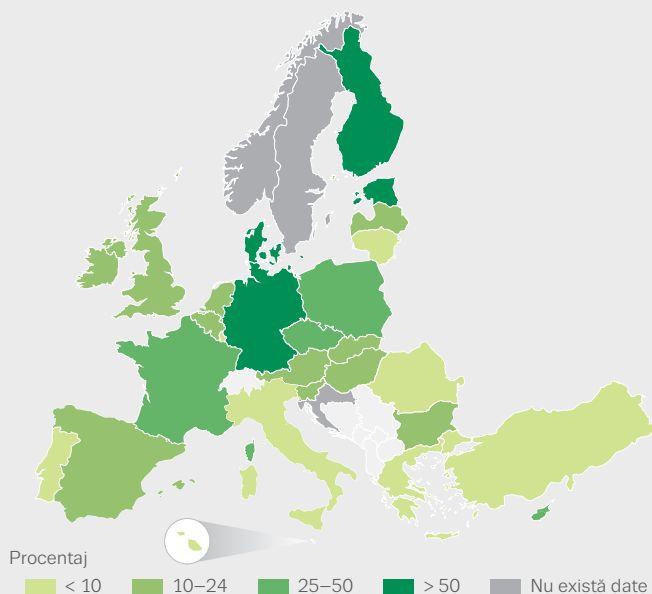
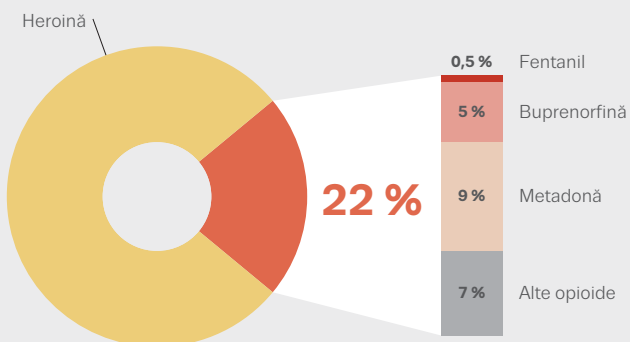
Tendințe pentru persoanele admise la tratament pentru prima dată



NB: Pe lângă tendințe, datele se referă la toate persoanele admise la tratament care au consumat heroină ca drog principal. Datele pentru Germania sunt pentru 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 24 de țări. Graficul privind tendințele cuprinde doar țările pentru care există date referitoare la cel puțin 11 din cei 12 ani. Valorile lipsă sunt interpolate din anii adiacenți. Din cauza modificărilor în fluxul de date la nivel național, datele pentru Italia din 2014 până în prezent nu sunt direct comparabile cu cele din anii anteriori. Din cauza modificărilor survenite în sistemul de raportare, numărul total pentru Germania din 2017 este estimat pe baza datelor din 2016.

FIGURA 2.13

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



Consumul de droguri injectabile: continuă să scadă în rândul noilor consumatori de heroină

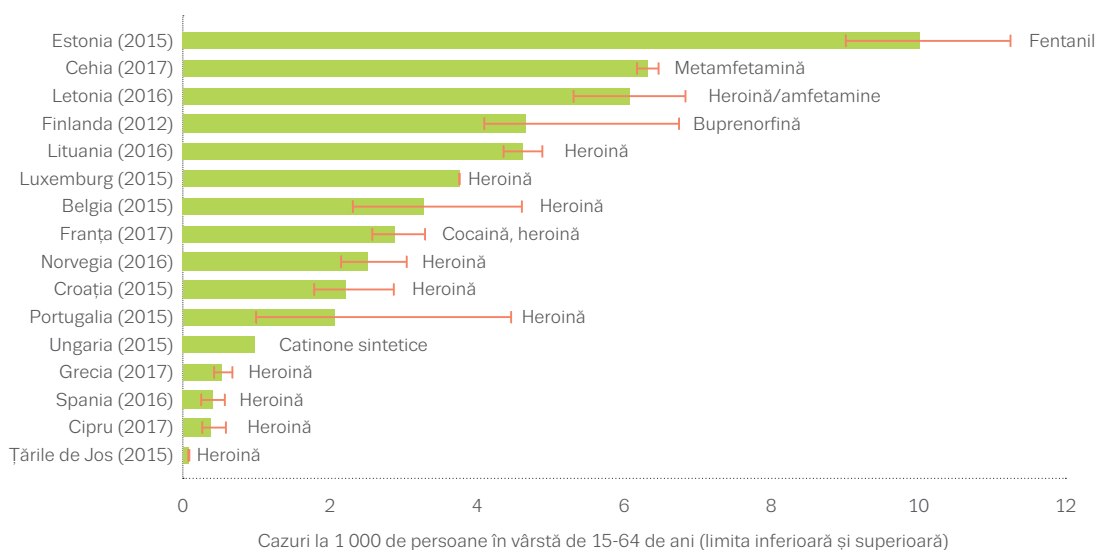
Consumul de droguri injectabile este asociat cel mai frecvent cu opioidele, deși în unele țări se întâlnește des și injectarea unor substanțe stimulante precum amfetaminele sau cocaina.

În cele doar 16 țări care dispun de estimări ale prevalenței consumului de droguri injectabile din 2012 până în prezent, acesta variază de la sub 1 caz până la peste 10 cazuri la 1 000 de persoane în vârstă de 15-64 de ani. În majoritatea acestor țări se poate identifica clar principalul drog consumat prin injectare, însă în unele țări se identifică două droguri principale, cu o prevalență similară a consumului. În majoritatea țărilor (14), raportările arată că principalul drog injectat este un opioid (vezi figura 2.14). Dintre acestea, în 12 țări se menționează heroina, iar în Finlanda este menționată buprenorfina. Drogurile stimulante sunt raportate ca principal drog consumat prin injectare în 4 țări, substanțele consumate fiind catinonele sintetice (Ungaria), cocaina (Franța), amfetamina (Letonia) și metamfetamina (Cehia).

Consumul de droguri injectabile este asociat cel mai frecvent cu opioidele

FIGURA 2.14

Consumul de droguri injectabile: cele mai recente estimări privind prevalența injectării oricărui tip de drog în ultimul an și principalul drog injectat

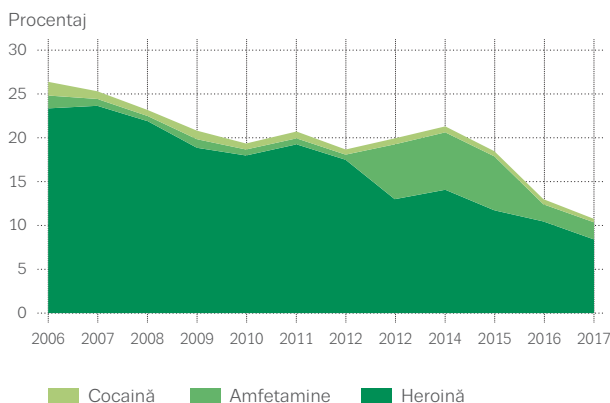


Dintre consumatorii de heroină ca drog principal admiși la tratament specializat pentru prima dată în 2017, 25 % au menționat injectarea ca principală cale de administrare, în scădere de la 43 % în 2006. În cadrul acestui grup, nivelurile consumului prin injectare variază de la o țară la alta, de la 8 % în Spania la 90 % sau mai mult în Letonia. Injectarea este menționată ca principală cale de administrare de mai puțin de 1 % din persoanele admise la tratament pentru prima dată pentru consum de cocaină și de 9 % din persoanele admise la tratament pentru prima dată pentru consumul de amfetamine ca drog principal. Însă tabloul general al amfetaminelor este puternic influențat de Cehia, unde se găsesc peste 50 % din 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 injectarea ca principală cale de administrare a scăzut de la 26 % în 2006 la 11 % în 2017 (figura 2.15).

Injectarea catinonelor sintetice, deși nu este un fenomen larg răspândit, continuă să fie semnalată în rândul anumitor populații, printre care consumatorii de opioide injectabile și persoanele aflate în 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 injectarea de catinone sintetice – adesea împreună cu alte substanțe stimulante și GHB. Această practică este menționată cel mai frecvent în contextul petrecerilor cu caracter sexual în rândul bărbaților care fac sex cu bărbați.

FIGURA 2.15

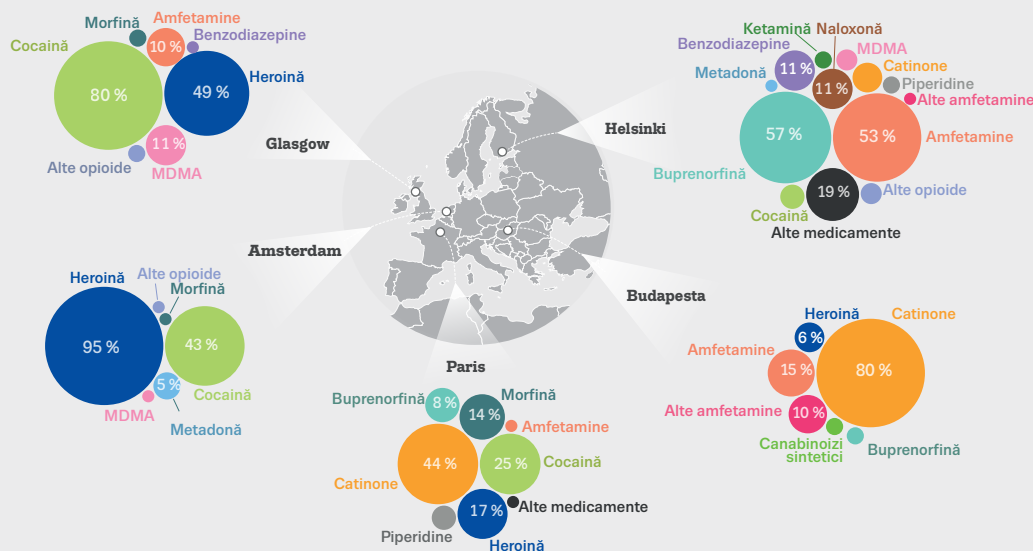
Injectarea de heroină, cocaină sau amfetamine ca drog principal de către persoanele admise la tratament pentru prima dată: procentul celor care menționează injectarea ca principală cale de administrare



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

FIGURA 2.16

Reziduuri de droguri în seringile folosite din câteva orașe europene



NB: Suprafața cercului este proporțională cu procentul seringilor din fiecare loc în care a fost detectată substanța. Într-o singură seringă poate fi detectate mai multe substanțe. Studiu efectuat în 2017.
 Sursa: Rețeaua ESCAPE (European Syringe Collection and Analysis Project Enterprise – Inițiativă proiect de culegere de seringi și analiză).

Ce ne spun datele privind conținutul rezidual al seringilor: drogurile stimulante sunt depistate frecvent

Datele provenite din tratamentul pentru droguri și din estimările privind consumul de droguri de mare risc pot fi completate de constatările rețelei care se ocupă de Inițiativa proiectului european de colectare și analiză a seringilor (ESCAPE), care colaționează informații despre substanțele injectate analizând conținutul rezidual al seringilor folosite. Seringile au fost colectate în 2017 din containerele distribuitorilor stradale automate de truse pentru injecții și de la serviciile de reducere a efectelor nocive într-o rețea de cinci orașe santinelă din UE: Amsterdam, Budapesta, Glasgow, Helsinki și Paris. Conținutul a 1 288 de seringi folosite a fost testat în cinci laboratoare.

Rezultatele sugerează că substanțele injectate variază de la un oraș la altul, dar și în cadrul aceluiași oraș (figura 2.16). O mare parte dintre seringile colectate în toate cele cinci orașe conțineau substanțe stimulante, adesea depistându-se și cocaină, amfetamine și catinone sintetice. Jumătate dintre seringile testate conțineau două sau mai multe droguri, cea mai frecventă combinație fiind între o substanță stimulantă și un opioid. În cazurile în care s-au depistat benzodiazepine, deseori acestea se găseau în seringi cu opioido.

Jumătate dintre seringile testate conțineau două sau mai multe droguri

MAI MULTE INFORMAȚII

Publicații EMCDDA

2019

Country Drug Reports 2019.

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

Drugs in syringes from six European cities: results from the ESCAPE project, Rapid communications.

2018

Medical use of cannabis and cannabinoids: questions and answers for policymaking, Rapid communications.

Trendspotter manual: a handbook for the rapid assessment of emerging drug-related trends, Manuals.

Cannabis and driving: questions and answers for policymaking, Rapid communications.

Monitoring drug use in recreational settings across Europe: conceptual challenges and methodological innovations, Technical reports.

Misuse of benzodiazepines among high-risk opioid users, 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.

Publicații comune EMCDDA și ESPAD

2016

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

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

3

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

Efectele nocive ale drogurilor și intervențiile conexe

Consumul de droguri ilegale reprezintă un factor recunoscut care contribuie la încărcătura existentă la nivel global în ceea ce privește bolile. 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 injectabil. Prin comparație, deși problemele de sănătate cauzate de consumul de cannabis sunt 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 răspuns.

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).

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. Pe măsură ce problemele legate de droguri se modifică, este necesar să fie elaborate și evaluate noi abordări, dintre care unele sunt discutate mai jos.

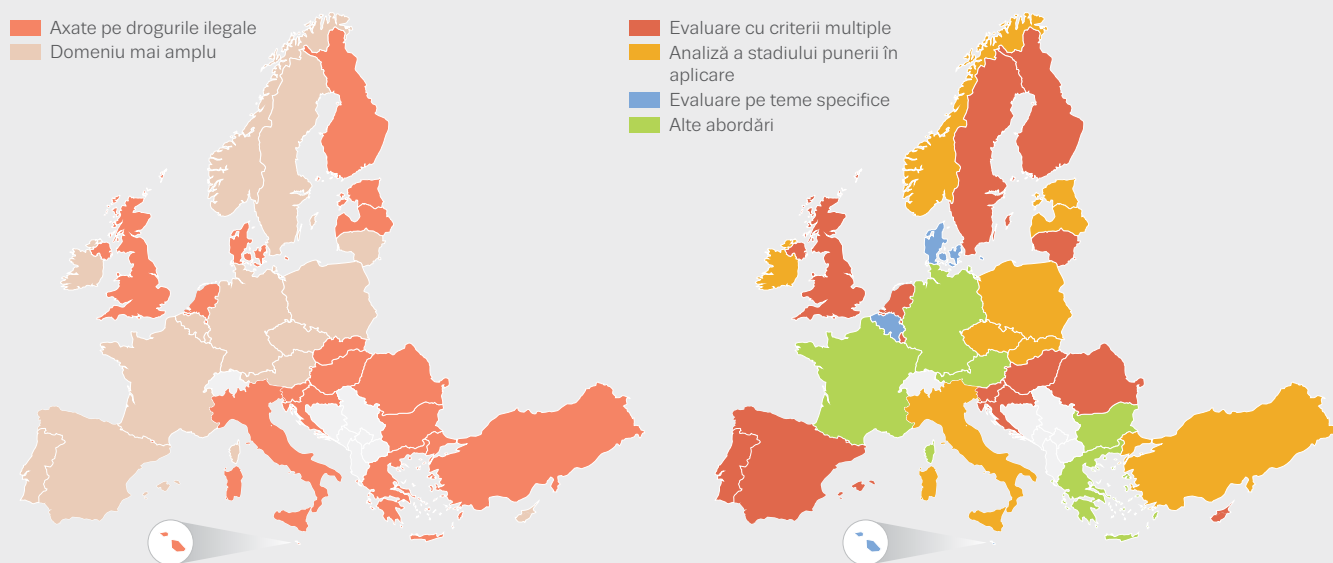
Strategiile în materie de droguri: abordările folosite pentru evaluare

În prezent, aproape jumătate dintre cele 30 de țări monitorizate de EMCDDA dispun de strategii naționale în materie de droguri care includ, 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 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 14 țări, politicile au un domeniu de aplicare mai amplu, acordând atenție și altor substanțe și comportamente care provoacă dependență (vezi figura 3.1). De asemenea, în Regatul Unit administrațiile descentralizate ale Scoției, Țării Galilor și Irlandei de Nord au documente strategice cu domeniu amplu. Numărând și aceste trei documente, numărul total al strategiilor cu caracter amplu în materie de droguri ilegale ajunge la 17. Aceste documente se referă în general la drogurile ilegale, prezentând diferențe în modul de abordare a altor substanțe și dependențe. Toate documentele abordează alcoolul, 10 dintre ele iau în considerare tutunul, 9 includ medicamentele, 8 includ și alte comportamente care provoacă dependență, cum ar fi jocurile de noroc. Indiferent de domeniul de aplicare, toate strategiile naționale în materie de droguri susțin explicit 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

FIGURA 3.1

Domeniul documentelor strategice naționale în materie de droguri (stânga) și metoda de evaluare (dreapta) în 2018



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 Scoția, Țara Galilor și Irlanda de Nord au documente strategice mai ample, care includ și alcoolul.

pun accentul atât pe reducerea cererii, cât și pe reducerea ofertei de droguri. 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.

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 2018 s-a raportat realizarea recentă a 13 evaluări cu criterii multiple, a 9 analize ale stadiului punerii în aplicare și a 3 evaluări pe teme specifice, iar 5 țări au folosit alte abordări, de exemplu o combinație de evaluări pe bază de indicatori și proiecte de cercetare (vezi figura 3.1). Tendința către utilizarea unor strategii cu caracter amplu se reflectă din ce în ce mai mult și în realizarea de evaluări cu un domeniu la fel de amplu. În prezent, Franța, Luxemburg, Suedia și Norvegia au publicat evaluări ale unor strategii cu caracter amplu.

Prevenirea consumului de substanțe: abordări axate pe context

Prevenirea consumului de droguri și a problemelor asociate cu drogurile în rândul tinerilor reprezintă obiectivul principal al strategiilor naționale în materie de droguri ale statelor Europei și se poate realiza printr-o gamă largă de metode. Strategiile universale și cele axate pe context vizează populația în ansamblu, prevenirea selectivă se adresează categoriilor vulnerabile care pot fi mai susceptibile de a se confrunța cu probleme asociate consumului de droguri, iar prevenirea indicată se axează pe persoanele cu risc.

„Modelul islandez” de prevenire, care presupune aplicarea consecventă a unei combinații de principii de prevenire eficiente la nivelul populației, a beneficiat în ultima perioadă de o atenție sporită pe plan internațional. Această abordare presupune petrecerea timpului liber de după școală în mod supravegheat, cu acces universal la activități sportive și culturale pentru tineri, precum și monitorizare parentală și ore-limită de stat afară pentru cei mai mici de 18 ani. În Europa, modelul islandez a fost implementat în unele localități din Spania, Țările de Jos și România. Vor fi necesare evaluări suplimentare pentru a clarifica dacă scăderea semnificativă a consumului de substanțe observată în Islanda în ultimul deceniu, care oglindește scăderea consumului de substanțe în rândul adolescenților din câteva alte țări europene, este legată în primul rând de strategia de prevenire a țării și de politica

acesteia privind alcoolul sau dacă alți factori sunt importanți.

Modelul islandez se bazează pe abordarea prevenirii prin prisma contextului, promovând ideea că este posibilă schimbarea unui comportament nedorit prin modificarea acelor aspecte fizice, economice și normative ale contextului care creează ocazia apariției comportamentului respectiv sau, dimpotrivă, îl descurajează. Acest lucru, la rândul său, poate duce la o scădere a acceptabilității, a normalității și a vizibilității ocaziilor respective. Reglementarea disponibilității și a prețului substanțelor, reducerea porțiilor de alcool și reducerea densității punctelor de distribuție reprezintă exemple de măsuri în acest sens.

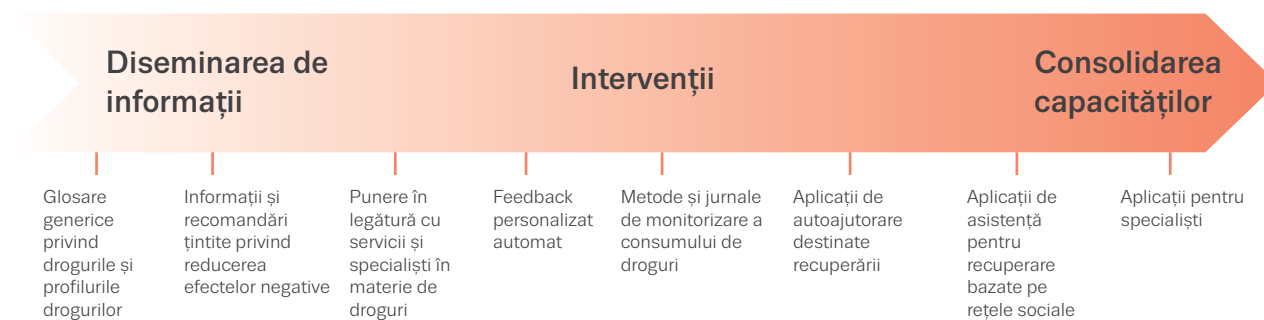
Principiile prevenirii axate pe context reprezintă o idee centrală și în cazul Jocului comportamentului bun (Good Behavior Game), un program însoțit de un manual destinat copiilor din ciclul primar, despre care unele studii de cercetare au demonstrat că are efecte benefice. Acesta are scopul de a reduce comportamentele de risc prin utilizarea de stimulente comportamentale la nivel de grup pentru a consolida normele și regulile pozitive. La un nivel mai larg, schimbarea statutului țigărilor și reducerea fumatului în multe state ale UE poate fi indicată ca exemplu practic al unei abordări de prevenire axată pe context.

Și formarea profesională are un rol important în introducerea cu succes a abordărilor preventive. O inițiativă recentă a dus la lansarea unei programe școlare europene de prevenire universală, bazată pe dovezi și pe standardele internaționale și destinată factorilor de decizie și formatorilor de opinie de la nivel local sau regional. În 2018, programa se aplica la diferite niveluri într-o treime din statele membre ale UE.

**Toate țările europene
își evaluează strategiile
naționale în materie de droguri**

FIGURA 3.2

Gama aplicațiilor de tip m-sănătate bazate pe obiectivele lor principale



Intervențiile pentru consum de droguri: noi tehnologii

Intervențiile pentru prevenirea și tratamentul consumului de droguri sunt în continuă evoluție și se constată o creștere a utilizării de noi soluții digitale care presupun folosirea tehnologiilor informatice. Intervențiile digitale („aplicațiile”) pot utiliza dispozitive variate, de la computerele de birou la dispozitive mobile și, din ce în ce mai mult, telefoane inteligente. Aceste aplicații mobile sau de „m-sănătate” se folosesc pentru o gamă largă de scopuri, printre care prevenirea consumului de droguri, reducerea efectelor nocive, intervenții de proximitate digitale pe platformele de comunicare socială, monitorizarea și supravegherea pacienților și furnizarea tratamentului (figura 3.2). Unele aplicații oferă asistență practică, de exemplu glosare privind drogurile, informații și recomandări. Un exemplu inovator este utilizarea geolocalizării pentru a ajuta persoanele care consumă droguri injectabile să găsească puncte de schimb de ace și seringi. Alte aplicații se bazează pe tehnici eficiente de prevenire, de exemplu metode bazate pe normele sociale și combaterea impresiilor eronate privind consumul de droguri de către persoanele de aceeași vârstă. Deși există în prezent multe aplicații de m-sănătate la dispoziția publicului, un studiu recent al EMCDDA a constatat faptul că puține au fost evaluate științific, standardele de calitate lipsesc și există motive de îngrijorare legate de protecția datelor.

O altă posibilitate aflată în curs de investigare este aceea de a aplica tehnologia realității virtuale și medii de furnizare a terapiei prin expunere. Folosind ochelari pentru realitatea virtuală, se creează în mod realist și imersiv medii asociate consumului de droguri, care induc pofta de a consuma, iar pacienții sunt învățați tehnici prin care să reziste tentației.

Tratamentul pentru consum de droguri: predomină serviciile în regim ambulatoriu

Tratamentul pentru consum de droguri rămâne principala intervenție utilizată în cazul persoanelor care se confruntă cu probleme legate de consumul de droguri, inclusiv cu dependență. Prin urmare, 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 constituind cel mai mare furnizor de servicii de acest tip din punctul de vedere al numărului de consumatori tratați (figura 3.3). 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 generalişti, prescriptori importanți ai tratamentelor de substituție pentru opioide în unele țări mari precum Franța și Germania. În alte zone, de exemplu în Polonia și 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.

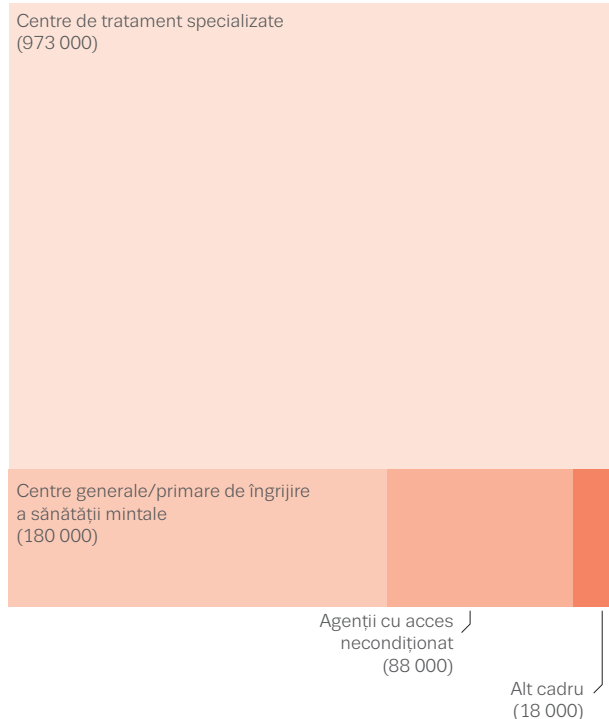
Accesarea serviciilor de tratament pentru consum de droguri: cel mai frecvent din proprie inițiativă

Se estimează că aproximativ 1,2 milioane de persoane au primit tratament pentru consumul de droguri ilegale în Uniunea Europeană în 2017 (1,5 milioane dacă se includ

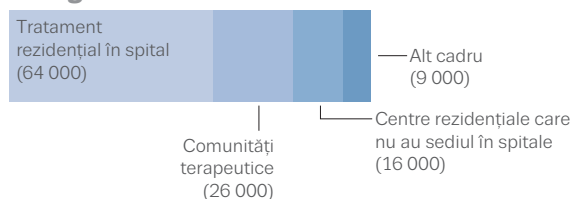
FIGURA 3.3

Numărul persoanelor tratate pentru consumul de droguri în Europa în 2017, după cadrul în care are loc tratamentul

În regim ambulatoriu



În regim de internare



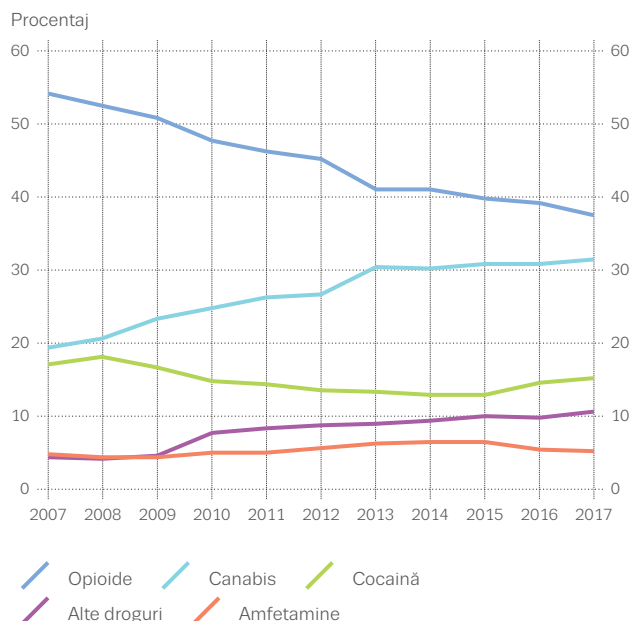
Închisori



Norvegia și Turcia). Cel mai frecvent, persoanele apelează din proprie inițiativă la serviciile de tratament specializat pentru consum de droguri. Aproape jumătate (54 %) dintre persoanele admise la tratament specializat pentru consum de droguri în Europa în 2017 s-au adresat acestor servicii din proprie inițiativă, incluzându-se aici și recomandarea din partea membrilor familiei sau prietenilor. Aproximativ 17 % dintre pacienți au fost trimiși de sistemul de justiție penală, iar 15 % au fost trimiși de servicii medicale, educaționale și sociale, inclusiv de alte centre de tratament pentru consum de droguri. În mai multe țări au fost instituite sisteme de tipul justiției terapeutice pentru persoanele care comit infracțiuni la regimul drogurilor, acestea nemaifiind trimise în sistemul judiciar penal, ci către programe de tratament. Acest lucru se poate face printr-o hotărâre judecătorească care prevede frecventarea

FIGURA 3.4

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



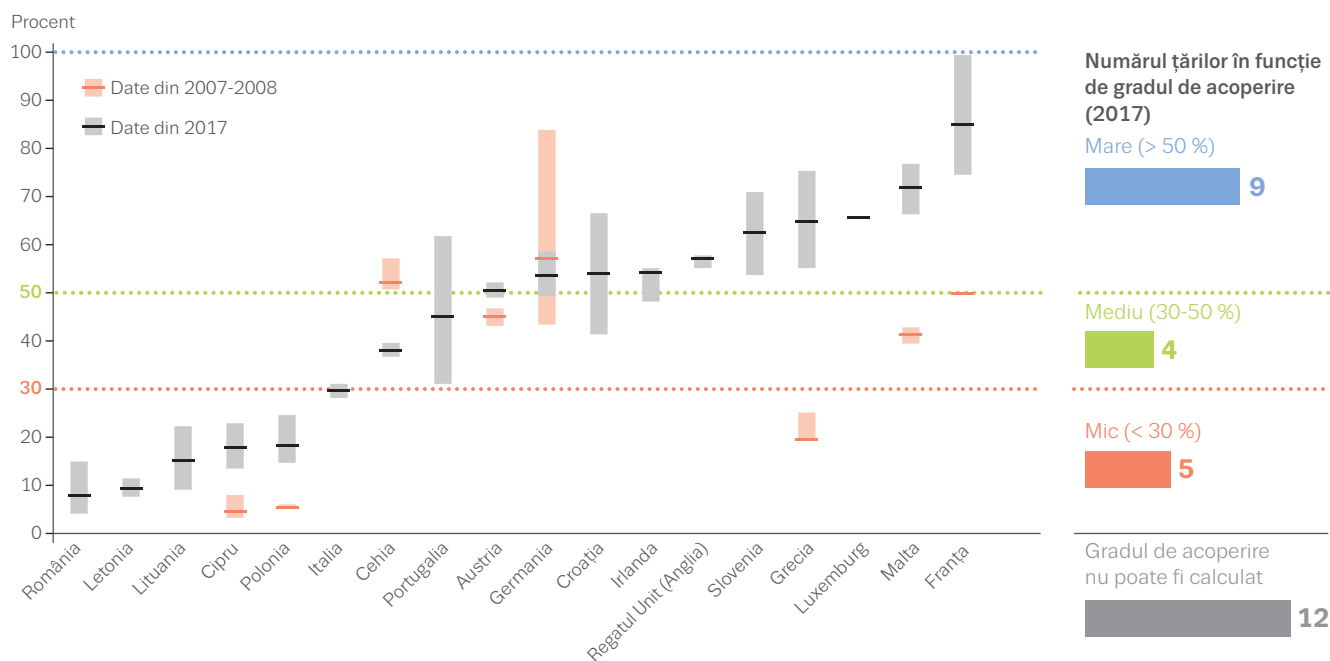
unui tratament sau suspendarea condiționată a pedepsei și frecventarea programului de tratament.

În 2017, în țările cu peste 100 de persoane trimise la tratament prin sistemul judiciar penal, procentajul pacienților admiși la tratament prin această modalitate a variat de la mai puțin de 5 % în Cehia, Grecia, Țările de Jos și Polonia până la aproximativ 70 % în Ungaria. Per ansamblu, consumatorii de cannabis ca drog principal au cele mai mari șanse de a fi trimiși la tratament prin sistemul judiciar penal, iar consumatorii de opioide ca drog principal au cele mai mici șanse în acest sens.

Parcursul urmat de consumatorii de droguri de-a lungul tratamentului este adesea caracterizat de frecventarea unor servicii diferite, de admiteri multiple la tratament și de o durată variabilă a tratamentului. Consumatorii de opioide reprezintă cel mai mare grup de persoane care sunt admise la tratament specializat și consumă cea mai mare parte a resurselor de tratament disponibile, în special sub forma tratamentului de substituție. În ordinea descrescătoare a mărimii, următoarele grupuri admise la tratament sunt formate din consumatorii de cannabis și de cocaină (figura 3.4). Serviciile oferite acestor pacienți sunt de regulă mai diverse, dar de obicei se bazează pe o formă de intervenție psihosocială. O perspectivă asupra acestui parcurs este oferită de rezultatele unei analize a datelor privind tratamentul specializat, efectuată în perioada 2014-2017 în 10 țări europene. Dintre cei 300 000 de pacienți menționați ca fiind sub tratament în aceste țări, mai mult de jumătate se aflau sub tratament continuu de peste 1 an, mulți dintre ei având probleme legate de consumul de opioide, în special de heroină. Restul

FIGURA 3.5

Gradul de acoperire al tratamentului de substituție pentru opioide (procentul consumatorilor de opioide cu risc ridicat care beneficiază de intervenție) în 2017 sau în cel mai recent an și în 2007-2008



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

fuseseră admiși la tratament în anul respectiv. Dintre aceștia, 16 % fuseseră admiși la tratament pentru prima dată în viață, iar 28 % fuseseră readmiși, după ce beneficiaseră de tratament într-un alt an. Aceste date reflectă natura recurentă și îndelungată a multor tulburări legate de consumul de droguri.

Tratamentul de substituție pentru opioide: nivelurile de acoperire variază

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.

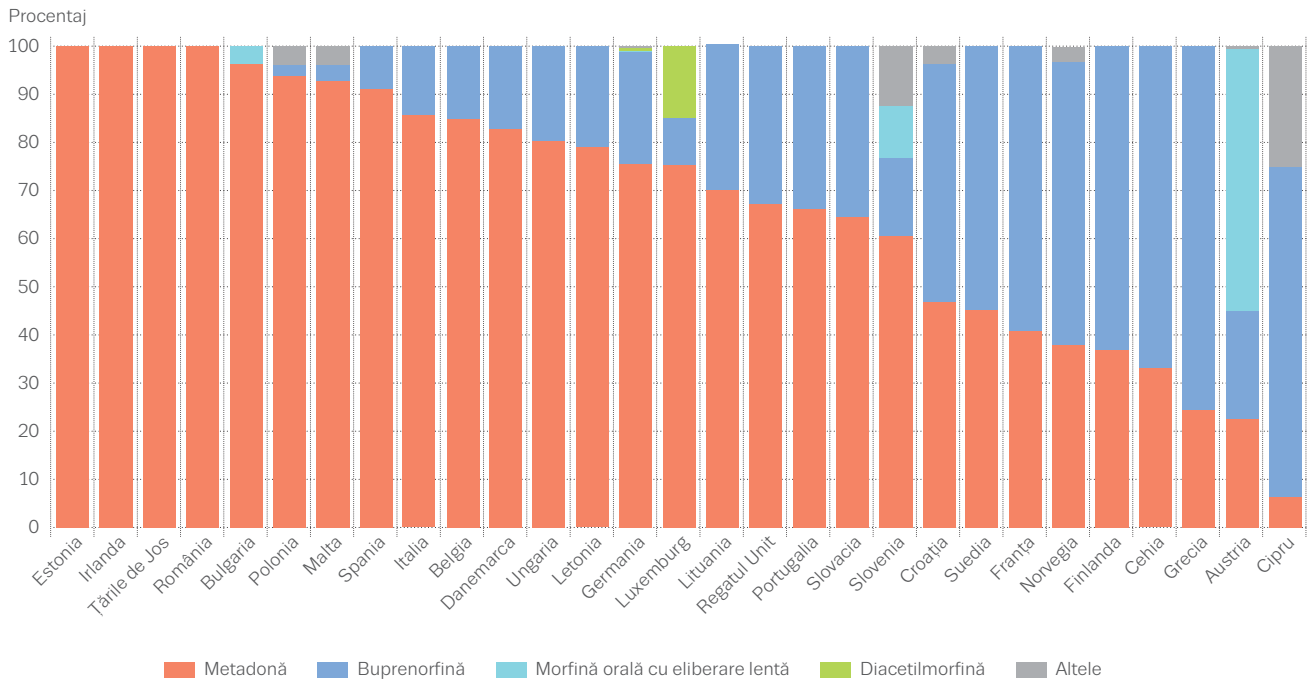
Se estimează că, în 2017, aproximativ 654 000 de consumatori de opioide au beneficiat de tratament de substituție în Uniunea Europeană (662 000 dacă se include și Norvegia). După o scădere continuă între 2010 și 2015, numărul total de persoane tratate în UE în 2017 prezintă o creștere cu 4 % față de anul precedent. Între 2015 și 2017 s-au înregistrat creșteri în 17 țări, printre care Suedia (21 %), România (21 %) și Italia (16 %), iar pentru 9 țări s-au raportat scăderi, printre acestea numărându-se Lituania (18 %) și Cipru (17 %).

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 în ceea ce privește acoperirea (figura 3.5), unele menținându-se sub nivelurile recomandate. Per ansamblu, dacă se iau în considerare țările pentru care sunt disponibile date comparabile din 2007 sau din 2008, în general s-a înregistrat o creștere a gradului de acoperire.

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 34 % sunt tratați cu medicamente pe bază de buprenorfină, în 8 țări acesta fiind principalul medicament utilizat în tratamentul de substituție (figura 3.6). Alte substanțe, precum morfina cu eliberare lentă sau diacetilmorfina (heroina), sunt prescrise doar ocazional și se estimează că sunt permise de doar 3 % din pacienții care primesc tratament de substituție în Europa. Cohorta de pacienți europeni care primesc tratament de substituție îmbătrânește, majoritatea pacienților având în prezent peste 40 de ani și primind de regulă tratament de peste 2 ani. În toate țările europene sunt disponibile opțiuni de tratament alternative pentru consumatorii de opioide, însă acestea se folosesc mai puțin frecvent. În cele 11 țări pentru care sunt disponibile date, între 2 % și 17 % din consumatorii de opioide care urmează tratament primesc intervenții care nu implică tratament de substituție.

FIGURA 3.6

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



NB: În Țările de Jos, aproximativ 10 % din pacienții cărora li se prescrie metadonă primesc și diacetilmorfină. În Finlanda, buprenorfină se prescrie în monoterapie sau în combinație cu naloxonă. Datele pentru Regatul Unit provin doar din Țara Galilor.

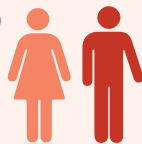
CONSUMATORI AFLAȚI ÎN TRATAMENT DE SUBSTITUȚIE PENTRU OPIOIDE

Populația

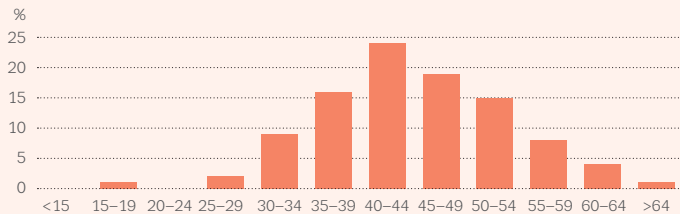
654 000 UE

662 000 UE + Norvegia

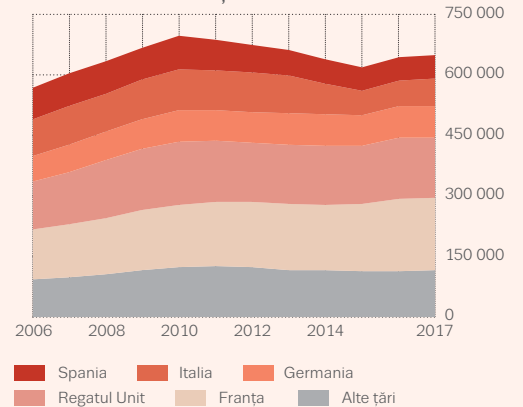
25% 75%



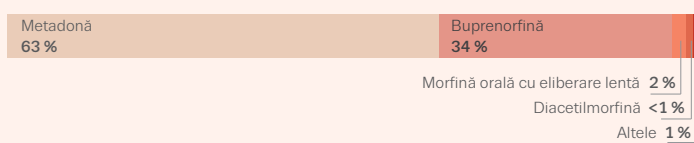
Distribuția pe vârste



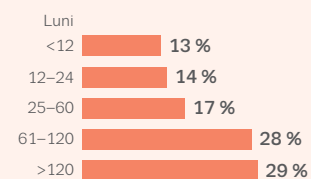
Tendențe privind numărul persoanelor care urmează un tratament de substituție



Tipul de medicament



Durata tratamentului



NB: Graficul privind tendințele cuprinde doar țările pentru care există date referitoare la cel puțin 8 din cei 11 ani. Valorile lipsă sunt interpolate din anii adiacenți.

Intervențiile pentru probleme asociate drogurilor: cheltuieli și mecanisme de implementare

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, 26 de țări au realizat estimări ale cheltuielilor publice în materie de droguri. Estimările variază ca sferă de cuprindere și se situează 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.

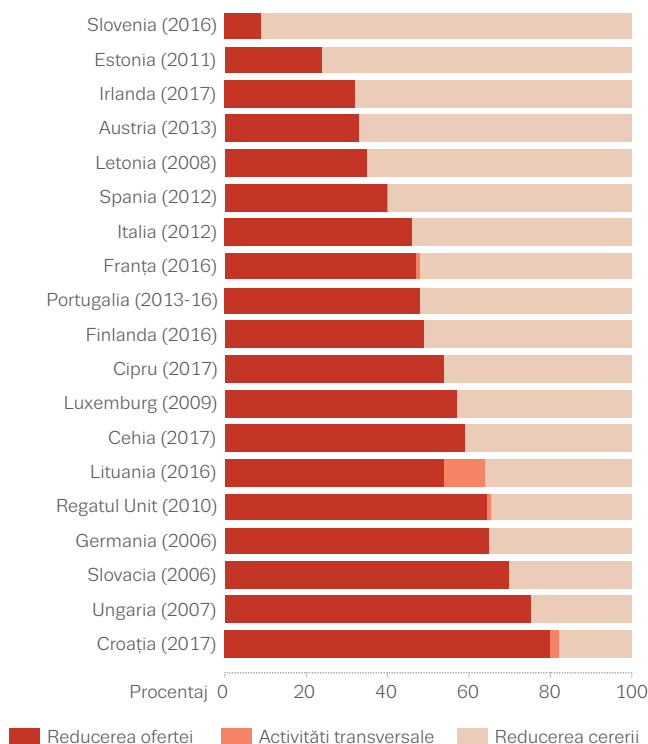
Între 2006 și 2017, 19 țări au elaborat o estimare a cheltuielilor destinate inițiativelor de reducere a cererii, ca procentaj din cheltuielile generale legate de politicile privind drogurile. Estimările variază substanțial între țări, situându-se între 8 % și 80 % (figura 3.7). În cazul în care sunt cunoscute, cheltuielile pentru tratarea dependenței de droguri reprezintă o mare parte din cheltuielile estimative privind reducerea cererii.

Pentru implementarea reușită a programelor este necesar ca intervențiile să se concentreze, printre altele, pe costuri, standarde și formare. Analiza cost-eficacitate a intervențiilor de tratament pentru dependența de droguri poate contribui la optimizarea alocării resurselor financiare. Chiar și luând în considerare costurile regimului ambulatoriu și ale prescripțiilor asociate cu farmacoterapia pentru dependența de opioide, tot se înregistrează o scădere a costurilor totale cu asistența medicală. Acest lucru se datorează faptului că beneficiarii tratamentului recurg mai rar la servicii cu costuri ridicate cum ar fi asistența medicală de urgență și spitalizarea.

O anchetă recentă a EMCDDA a constatat că, cel puțin 80 % dintre țările raportoare au publicat ghiduri de diverse tipuri pentru a sprijini punerea în aplicare a intervențiilor de reducere a cererii, iar 60 % menționează utilizarea standardelor de calitate. Existența unor sisteme de acreditare care condiționează autorizarea furnizării de servicii în cadrul sistemelor finanțate din fonduri publice de punerea în aplicare a standardelor de calitate este raportată de 70 % din țări. În plus, majoritatea țărilor (80 %) declară că este disponibilă formare pentru profesioniști. Sunt menționate, mai puțin frecvent, registrele sau inventarele programelor bazate pe dovezi sau cele de bune practici, însă acestea există într-un sfert din țările incluse în anchetă. Pe o notă pozitivă, în comparație cu anii precedenți s-a înregistrat o creștere substanțială a proporției țărilor care raportează în prezent că au publicat ghiduri și standarde pentru intervenții și că au

FIGURA 3.7

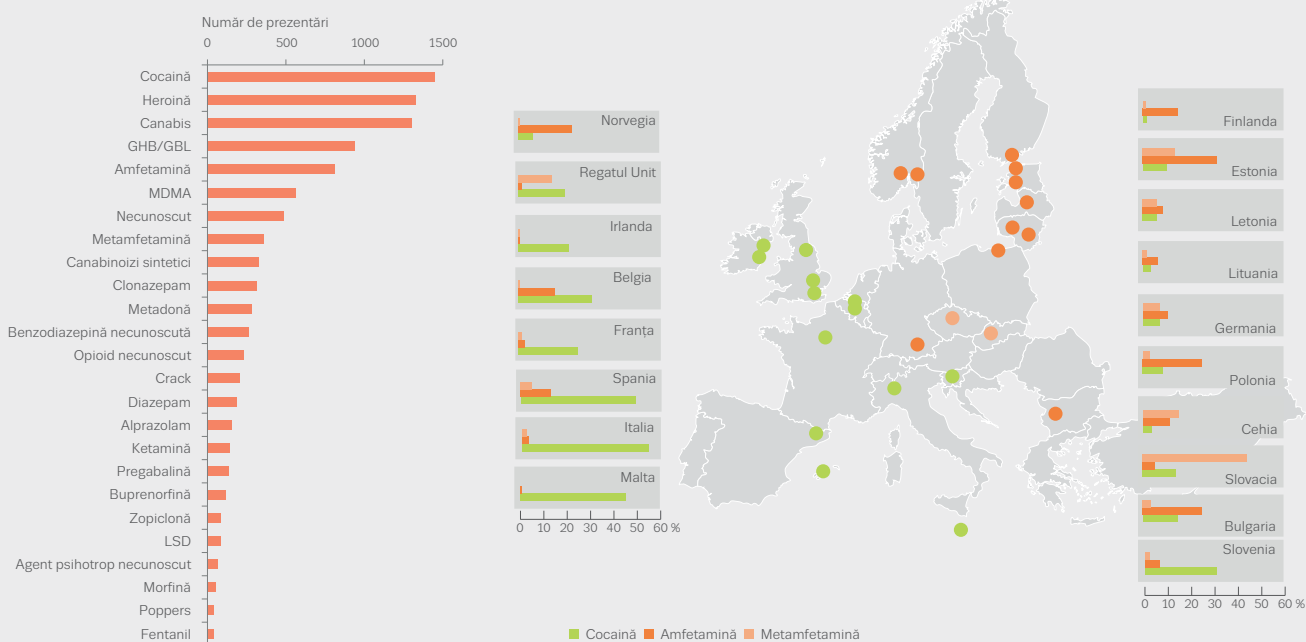
Cheltuieli publice în materie de droguri: defalcare estimativă între reducerea cererii și reducerea ofertei



instituit diverse tipuri de sisteme de acreditare pentru furnizarea serviciilor. În general, se pare că se înmulțesc posibilitățile de formare pentru profesioniștii care lucrează în domeniul drogurilor, deși este recunoscut ca un domeniu în care ar fi benefice investiții suplimentare.

FIGURA 3.8

Top 25 droguri înregistrate în urma prezentărilor de urgență la spitale santinelă în 2017 (stânga) și frecvența prezentărilor asociate consumului de cocaină și amfetamine (procentajul prezentărilor), date agregate pe țări (dreapta)



NB: Rezultate obținute în urma a 7 267 de prezentări la 26 de spitale (santinelă) Euro-Den Plus din 18 țări europene.
 Sursa: Rețeaua europeană privind urgențele cauzate de consumul de droguri (Euro-DEN Plus).

Efectele nocive acute ale drogurilor: cocaina este în creștere, iar heroina în scădere

Datele referitoare la urgențele spitalicești pot oferi o perspectivă asupra efectelor nocive acute ale drogurilor și asupra impactului pe care îl are consumul lor pentru sănătatea publică din Europa. În 26 de spitale (santinelă) din 18 țări europene, prezentările la urgențe pentru intoxicație acută asociată consumului de droguri sunt monitorizate de Rețeaua europeană privind urgențele cauzate de consumul de droguri (Euro-DEN Plus). În 2017, spitalele au înregistrat 7 267 de prezentări la urgențe, majoritatea bărbați (76 %). Aproape trei sferturi din pacienții prezentați au fost aduși la spital de ambulanță, iar majoritatea (78 %) au fost externati în mai puțin de 12 ore. O mică parte au fost internați în secția de terapie intensivă (6 %) sau într-o secție de psihiatrie (4 %). În cadrul eșantionului s-au înregistrat 30 de decese în spital, din care 17 cauzate de opioide.

Cocaina a fost drogul cel mai frecvent implicat în prezentările la urgențe din 2017, urmată de heroină și de canabis (figura 3.8). Aproape un sfert din prezentările la urgențe au fost cauzate de abuzul de medicamente eliberate pe bază de prescripție sau fără prescripție medicală (cel mai adesea benzodiazepine și opioide), peste 10 % au fost legate de GHB/GBL, iar 4 % au implicat noi substanțe psihoactive.

Diferențele dintre drogurile care au determinat prezentarea la urgență în diversele spitale par să reflecte diferențele dintre zonele deservite de spital și dintre modelele locale de consum. De exemplu, urgențele care au implicat amfetamine au fost înregistrate cel mai frecvent în nordul și estul Europei, în timp ce prezentările asociate consumului de cocaină au fost predominante în sudul și vestul Europei.

FIGURA 3.9

Tendința generală constatată în cele 15 centre care au raportat date pentru perioada 2014-2017 indică o scădere a numărului de prezentări legate de heroină și o creștere a celor legate de cocaina pudră și crack (figura 3.9). În aceeași perioadă s-a înregistrat o scădere generală a prezentărilor asociate consumului de catinone sintetice și o creștere a celor asociate consumului de canabinoizi sintetici.

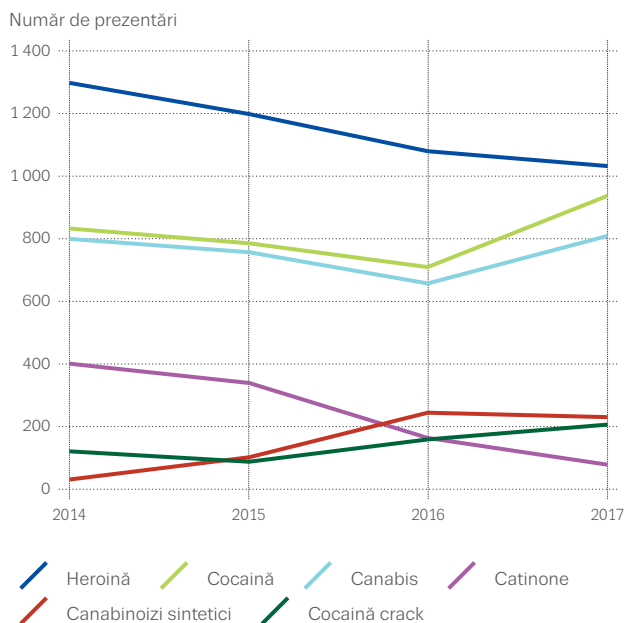
Urgențele acute cauzate de consumul de droguri sunt monitorizate la nivel național în doar câteva țări. Dintre acestea, Cehia, Danemarca, Lituania și Slovenia au raportat o tendință descendentă a numărului de urgențe asociate consumului de heroină. Între 2013 și 2017, Danemarca a raportat o creștere a numărului de intoxicații asociate consumului de opioide (altele decât heroina și metadona) și o dublare a numărului de intoxicații asociate consumului de cocaină. În Spania, cocaina a fost implicată în aproape jumătate din urgențele cauzate de consum de droguri raportate în 2016, în timp ce raportarea regională santinelă din Țările de Jos a constatat o scădere a numărului de urgențe asociate consumului de MDMA și de substanța stimulantă 4-fluoroamfetamină (4-FA) la posturile de prim ajutor în 2016 și 2017. Aproape o treime din apelurile la ambulanță pentru consum de droguri din Țările de Jos au fost legate de consumul de GHB.

Cocaina și cocaina crack: răspunsuri în domeniul sănătății

Sunt disponibile intervenții pentru tratarea persoanelor care consumă cocaină sau cocaină crack. În Europa, aceste măsuri tind să se axeze pe intervenții psihosociale, care cuprind terapie comportamentală cognitivă, interviuri motivaționale, intervenții de scurtă durată, managementul contingențelor și tratament farmacologic simptomatic. Alte opțiuni de tratament care sunt în prezent explorate constau în folosirea unor medicamente stimulante, de exemplu modafinil și lisdexamfetamină, pentru a reduce dorința de consum și simptomele de sevraj și a unui vaccin pentru cocaină în scopul reducerii efectelor euforice și plăcute conferite de consumul de cocaină.

În prezent, baza de dovezi privind intervențiile care constituie opțiuni de tratament eficiente pentru problemele legate de consumul de cocaină rămâne relativ slabă, acesta fiind un domeniu în care este nevoie de mai multă cercetare și dezvoltare. În consecință, există o disponibilitate redusă de programe specializate care să se adreseze în mod specific consumatorilor de cocaină din Europa, însă ca răspuns la creșterea numărului de persoane care solicită tratament pentru probleme asociate consumului de cocaină, unele țări declară că elaborează

Tendințe privind numărul de prezentări la spitale santinelă din cauza consumului anumitor droguri



NB: Date obținute de la 15 spitale santinelă Euro-Den Plus, care au transmis raportări anuale în perioada 2014-2017.
Sursa: Euro-Den Plus.

intervenții adaptate. Printre acestea se numără programe care combină metode de consolidare a comunității cu managementul contingențelor (Belgia) și adaptarea orelor de program la nevoile consumatorilor de cocaină (Luxemburg, Austria).

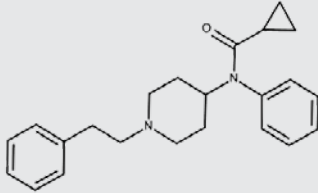
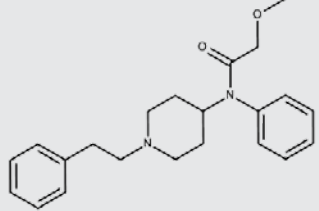
În unele țări sunt disponibile și intervenții de reducere a efectelor nocive ale consumului de cocaină și cocaină crack, care vizează riscurile pentru sănătate asociate injectării de cocaină, fumatului de crack și comportamentelor sexuale riscante. Printre aceste intervenții se numără camere pentru consum de droguri sub supraveghere în Danemarca, Germania, Franța, Luxemburg și Țările de Jos, precum și furnizarea de truse pentru consumul de cocaină crack (pipe și filtre în Franța și Portugalia). În unele țări din UE există servicii de verificare a drogurilor, menite să reducă riscurile aferente cocainei de mare puritate sau adulterate.

Investigații comune și evaluarea riscurilor

În 2017, Comitetul științific al EMCDDA a efectuat analiza de risc oficială a 9 substanțe psihoactive noi, din care 5 derivați de fentanil (acriloilfentanil, furanilfentanil, 4-fluoroisobutrilfentanil, tetrahidrofuranilfentanil și carfentanil). De atunci sunt controlate la nivel internațional conform convenției ONU din 1961.

În urma investigațiilor comune EMCDDA-Europol lansate în 2017 cu privire la ciclopropilfentanil și metoxiacetilfentanil, EMCDDA a efectuat în cursul anului 2018 (tabelul 1) analiza de risc oficială a acestor doi derivați ai fentanilului, implicați în peste 90 de decese. Pe baza concluziilor rapoartelor de evaluare a riscurilor și la inițiativa Comisiei Europene, Consiliul UE și Parlamentul European au decis ca aceste două substanțe să fie supuse unor măsuri de control în toată Europa.

Tabelul 1. Principalele constatări rezultate din evaluarea riscurilor efectuată în 2018 pentru doi derivați de fentanil

Denumirea comună	Ciclopropilfentanil	Metoxiacetilfentanil
Denumirea chimică	<i>N</i> -fenil- <i>N</i> -[1-(2-feniletil)piperidin-4-il]ciclopropancarboxamidă	2-metoxi- <i>N</i> -fenil- <i>N</i> -[1-(2-feniletil)piperidin-4-il]acetamidă
Structura chimică		
Notificarea oficială către sistemul de alertă timpurie al UE	4 august 2017	9 decembrie 2016
Numărul raportat de decese asociate cu consumul	78	13
Numărul țărilor în care au avut loc decese asociate	3	4
Numărul capturilor realizate de autoritățile de aplicare a legii	144	48
Numărul țărilor în care a fost capturată substanța (UE, Turcia și Norvegia)	6	10
Cantitatea totală capturată	1,76 kg de pudră; 772 ml de lichid; 329 de comprimate	180 g de pudră; 352 ml de lichid; 119 comprimate

Drogurile noi: opioide sintetice cu potență ridicată

Noile substanțe psihoactive, printre care se numără opioidele sintetice, canabinoizii sintetici și catinonele sintetice, continuă să fie asociate cu decese și intoxicații acute în Europa și, în pofida unei serii de măsuri noi introduse în acest domeniu, rămân o provocare pentru modelele actuale de politici în materie de droguri.

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 raportate la EMCDDA. Aceste substanțe pot fi extrem de puternice, putând să provoace în cantități minuscule o intoxicație

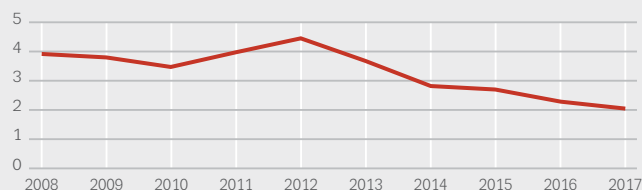
potențial letală provocând rapid o depresie respiratorie severă. Printre cazurile de supradoze raportate se regăsesc persoane care credeau că au cumpărat heroină, alte droguri ilicite sau analgezice. În plus față de riscul acut de supradoză, în cazul căreia poate fi indicată utilizarea naloxonei, s-a mai semnalat că derivații de fentanil creează o puternică predispoziție pentru abuz și au potențialul de a da dependență.

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

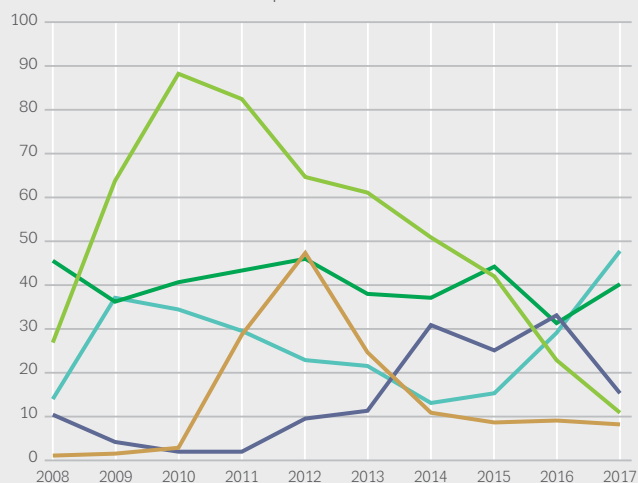
FIGURA 3.10

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

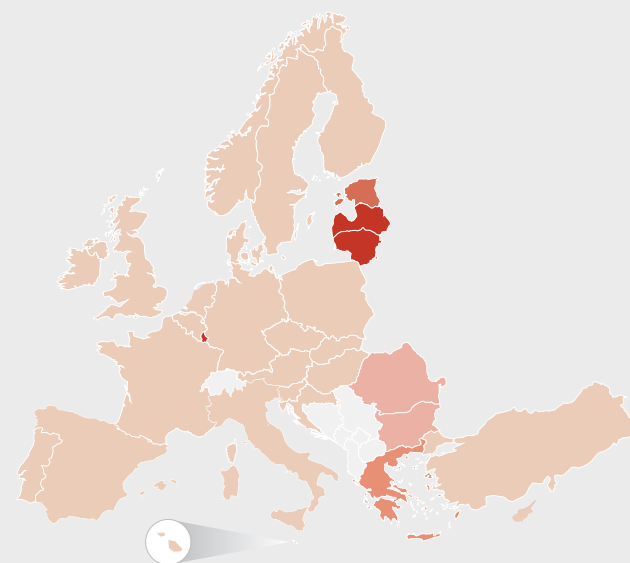
Număr de cazuri la un milion de persoane (Uniunea Europeană)



Număr de cazuri la un milion de persoane



— Lituania — Letonia — Luxemburg — Estonia
— Grecia



Număr de cazuri la un milion de persoane

— <3 — 3,1–6 — 6,1–9 — 9,1–12 — >12

Sursa: ECDC. Datele se referă la anul 2017.

Efectele nocive cronice ale drogurilor: focare locale de HIV, diagnosticare tardivă

Pe lângă riscurile legate de contactul sexual neprotejat, persoanele care consumă droguri, în special prin injectare, sunt expuse riscului de a contracta infecții, de exemplu cu virusul hepatitei C (VHC) și virusul imunodeficienței umane (HIV), ca urmare a folosirii în comun a materialelor necesare consumului de droguri. În consecință, prevalența HIV în rândul persoanelor care consumă droguri injectabile este mai mare decât în rândul populației generale.

Potrivit estimărilor, în 2017 în Uniunea Europeană au fost notificate 1 046 de noi diagnosticări cu HIV care pot fi atribuite consumului de droguri injectabile, 83 % din persoanele diagnosticate fiind bărbați, majoritatea în vârstă de peste 35 de ani. Numărul reprezintă 5 % din totalul diagnosticărilor cu HIV pentru care se cunoaște calea de transmitere. Această proporție s-a menținut scăzută și stabilă în ultimul deceniu. Numărul notificărilor privind infecțiile cu HIV nou diagnosticate în rândul consumatorilor de droguri injectabile a scăzut în majoritatea țărilor europene între 2008 și 2017, însă consumul de droguri injectabile rămâne o modalitate importantă de transmitere în unele țări (figura 3.10). În 2017, conform datelor raportate Centrului European de

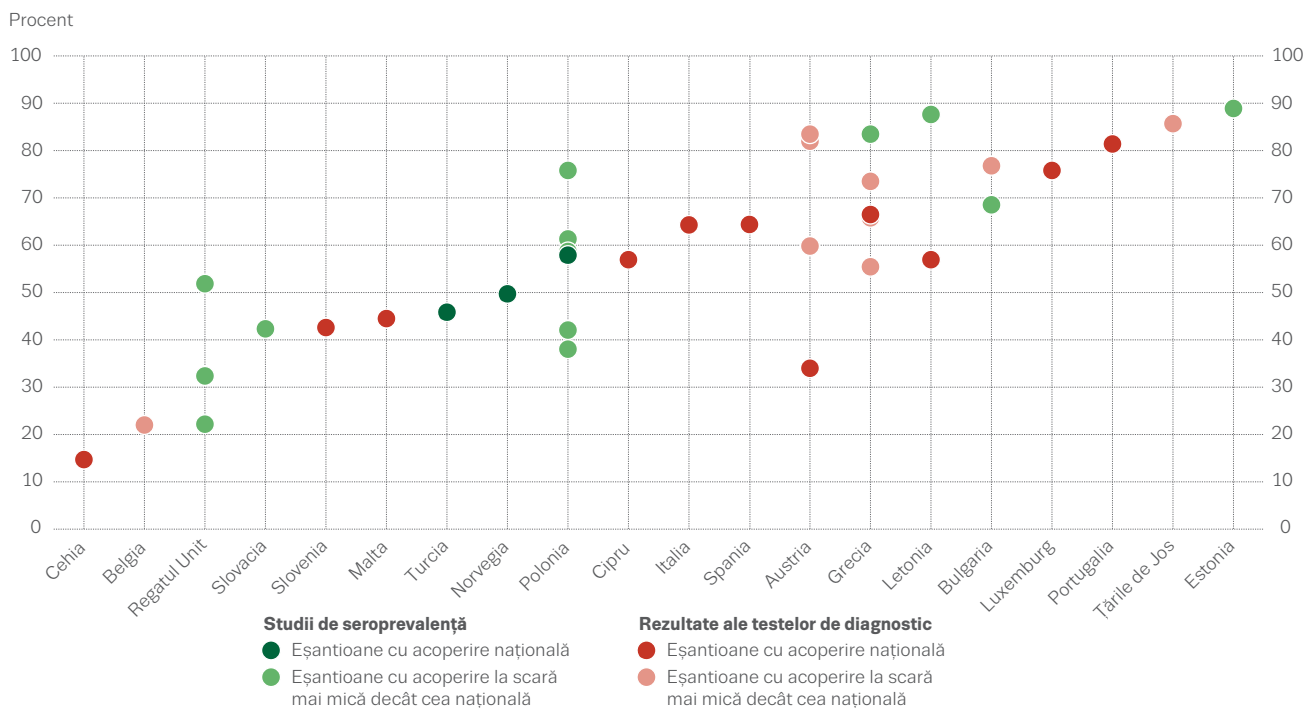
Prevenire și Control al Bolilor, 62 % din cazurile de HIV recent diagnosticate în Lituania și 33 % în Letonia au fost asociate consumului de droguri prin injectare. Studiile de seroprevalență – bazate pe probe de sânge de la persoanele care își injectează droguri – efectuate în Estonia, Letonia și Polonia în anii 2016-2017 au constatat că peste 10 % din cei testați erau HIV-pozitivi.

Au fost documentate focare de HIV localizate în cadrul unor populații marginalizate de consumatori de droguri injectabile din Dublin (2014-2015), Luxemburg (2014-2016), Munchen (2015-2016) și Glasgow (2015-2018). Toate cele patru focare au fost asociate cu injectarea de substanțe stimulante.

Potrivit informațiilor disponibile, jumătate din cazurile de HIV nou diagnosticate atribuite consumului de droguri prin injectare din Uniunea Europeană în 2017 au fost diagnosticate tardiv – când virusul începuse deja să afecteze sistemul imunitar. Diagnosticarea tardivă a infecției cu HIV este asociată cu întârzieri în inițierea terapiei antiretrovirale și rată mare a morbidității și mortalității. Politica de testare și tratament pentru HIV („test-and-treat”), prin care terapia antiretrovirală este inițiată imediat după diagnosticarea cu HIV, poate avea ca rezultat reducerea numărului de transmițeri și este

FIGURA 3.11

Prevalența anticorpilor VHC în rândul consumatorilor de droguri injectabile: studii de seroprevalență (SP) și rezultate ale testelor de diagnostic (TD) cu acoperire națională și subnațională, 2016-2017



deosebit de importantă în rândul grupurilor cu comportament mai riscant, de exemplu al persoanelor care își injectează drogurile. Diagnosticarea timpurie și inițierea imediată a terapiei antiretrovirale le oferă celor infectați o speranță de viață normală.

În 2017, 14 % din noile cazuri de SIDA raportate în Uniunea Europeană a căror cale de transmitere este cunoscută au fost atribuite consumului de droguri injectabile. Aceste 379 de cazuri notificate asociate cu consumul de droguri injectabile reprezintă mai puțin de un sfert din numărul raportat cu un deceniu în urmă.

Prevalența VHC: tendințele variază de la o țară la alta

Hepatita virală, în special infecția cauzată de virusul hepatitei C (VHC), este extrem de frecventă în rândul persoanelor care își injectează droguri din Europa. Din 100 de persoane infectate cu VHC, în 75-80 de cazuri infecția se va croniciza. Acest lucru are consecințe importante pe termen lung, deoarece infecția cronică cu VHC, adesea agravată de consumul mare de alcool, va determina un număr tot mai mare de decese și boli grave de ficat, inclusiv ciroză și cancer, în rândul unei populații de consumatori la risc crescut și în curs de îmbătrânire.

Prevalența anticorpilor la VHC constatată în rândul persoanelor care își injectează droguri, care indică

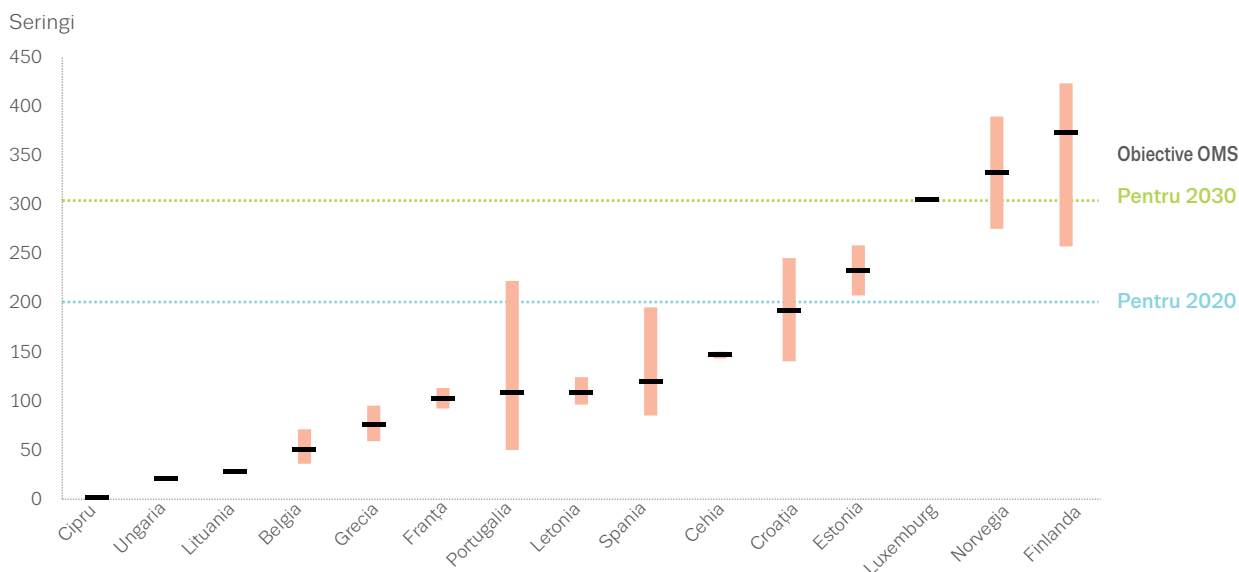
o infecție prezentă sau trecută, se estimează pe baza studiilor de seroprevalență sau a analizelor de diagnosticare de rutină oferite de serviciile de tratament pentru consumul de droguri. În perioada 2016-2017, prevalența anticorpilor la VHC înregistrată în eșantioanele naționale de persoane care își injectează droguri a variat între 15 % și 82 %, 8 din cele 14 țări care dispun de date naționale raportând o rată a prevalenței de peste 50 % (figura 3.11). Dintre țările care dispun de date naționale privind tendințele pentru perioada 2011-2017, 6 țări au raportat scăderea prevalenței VHC în rândul persoanelor care își injectează droguri, iar 3 țări au raportat o creștere.

În rândul persoanelor care își injectează droguri, infecția cu virusul hepatitei B (VHB) este mai puțin răspândită decât infecția cu VHC, fiind totuși mai des întâlnită decât în populația generală, în pofida disponibilității unui vaccin eficace. Prezența antigenului de suprafață al VHB indică prezența infecției, care poate fi acută sau cronică. În cele 7 țări care dispun de date naționale pentru perioada 2016-2017, s-a estimat că între 1 % și 9 % din persoanele care își injectează droguri sunt în prezent infectați cu VHB.

Consumul de droguri injectabile constituie un factor de risc și pentru alte boli infecțioase; în Cehia și Germania s-au raportat în 2016 focare de hepatită A asociate consumului de droguri. În Regatul Unit, numărul notificat al cazurilor de streptococi din grupa A asociat cu consumul de droguri injectabile a crescut din 2013 și se raportează în continuare cazuri de botulism al plăgilor în Europa.

FIGURA 3.12

Gradul de acoperire al programelor specializate de schimb de seringi: estimarea numărului de seringi distribuite pentru fiecare persoan[care își injectează droguri



NB: Datele sunt afișate ca estimări punctuale și intervale de incertitudine. Obiectivele sunt cele definite în Strategia globală a OMS pentru sectorul sănătății privind hepatita virală 2016-2021

Prevenirea bolilor infecțioase: disponibilitatea măsurilor eficace este inegală

Pentru reducerea bolilor infecțioase asociate consumului de droguri în rândul persoanelor care le consumă prin injectare se recomandă o serie de măsuri. Printre acestea se numără tratamentul de substituție pentru opioide, distribuirea de seringi și ace sterile și de alte echipamente sterile de injectare, vaccinarea, testarea și tratamentul pentru hepatitele virale și HIV, precum și intervențiile de promovare a sănătății axate pe reducerea consumului prin injectare și a comportamentelor sexuale de risc.

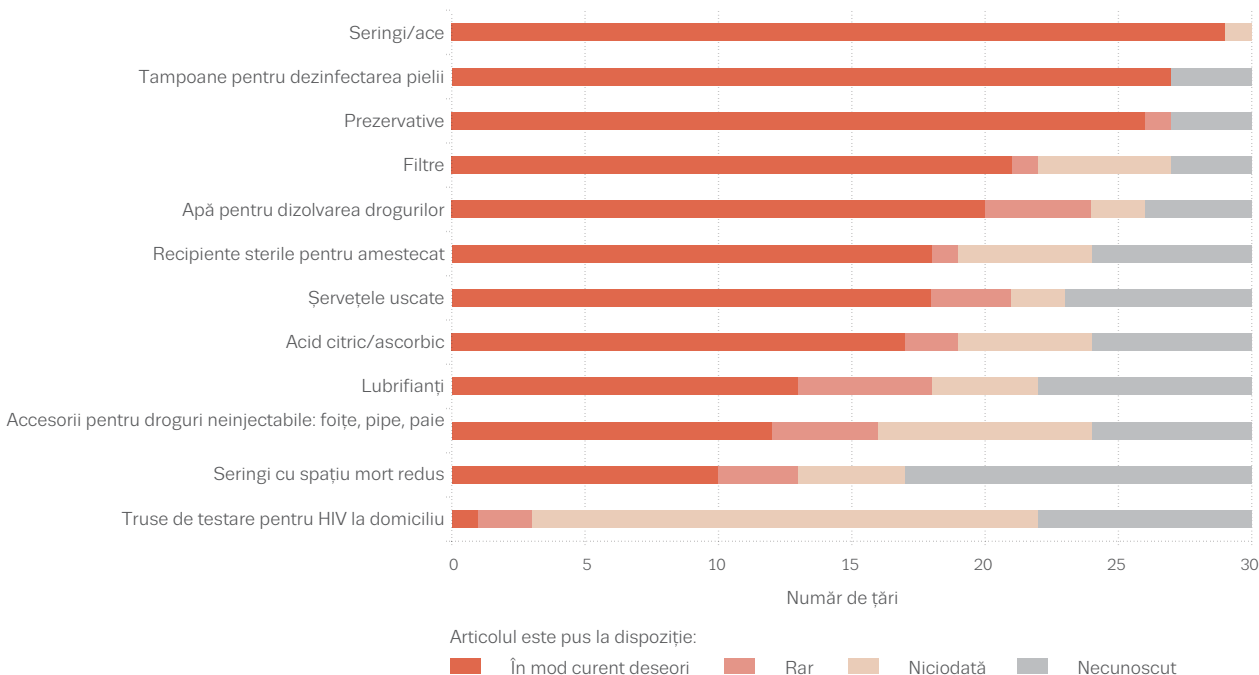
Pentru cei care își injectează opioide, tratamentul de substituție reduce considerabil riscul de infectare, iar unele analize indică creșterea efectului de protecție atunci când unui tratament larg răspândit i se alătură furnizarea unui număr mare de seringi. Dovezile arată că programele de distribuire de ace și seringi sunt eficace în privința reducerii transmiterii HIV în rândul persoanelor care își injectează droguri. Toate cele 30 de țări monitorizate de EMCDDA, cu excepția Turciei, furnizează gratuit echipamente sterile de injectare la puncte de distribuție specializate. Pentru 25 de țări sunt disponibile informații privind furnizarea de seringi prin programe specializate, în total raportându-se distribuirea a 53 milioane de seringi în cel mai recent an pentru care există date (2015-2017). Această cifră reprezintă o subestimare majoră, deoarece o serie de țări mari, cum ar fi Germania, Italia și Regatul Unit, nu raportează date naționale complete cu privire la furnizarea seringilor. În plus, în unele țări seringile pot fi

achiziționate de la farmacie. Se pare, că există însă variații mari în ceea ce privește acoperirea sistemelor de distribuție a seringilor în cele 15 țări pentru care sunt disponibile date care să permită o comparație cu estimările recente ale numărului de persoane care își injectează droguri (figura 3.12).

Pe lângă seringi și ace sterile, în multe țări serviciile de reducere a riscurilor distribuie adesea sau în mod curent tampoane pentru dezinfectarea pielii, apă pentru dizolvarea drogurilor și recipiente curate pentru amestecare (figura 3.13), iar mai puțin frecvent accesorii pentru consumul de droguri neinjectabile, de exemplu foite și pipe. Trusele de testare HIV la domiciliu pot ajuta persoanele care își injectează droguri să realizeze o diagnosticare timpurie a infecției. Trusele sunt disponibile pentru cumpărare din farmacii într-un număr tot mai mare de țări europene, iar în unele țări sunt furnizate de serviciile de reducere a riscurilor.

FIGURA 3.13

Disponibilitatea echipamentelor pentru consum/sex în condiții mai sigure în 30 de țări europene



NB: Pe baza avizelor experților.

Eliminarea VHC: îmbunătățirea accesului la analize și tratament

Europa și-a propus să elimine hepatita virală ca amenințare la adresa sănătății publice, în conformitate cu Agenda globală 2030 pentru dezvoltare durabilă. Sporirea accesului persoanelor care își injectează drogurile la prevenire, analize și tratament pentru VHB și VHC este esențială pentru atingerea acestui obiectiv. În 2018, 17 state ale UE și Norvegia aveau strategii sau planuri de acțiune naționale pentru hepatită.

Analizele pentru depistarea VHC reprezintă punctul de acces la serviciile de îngrijire și tratament eficiente al hepatitei pentru persoanele testate și au un rol crucial în prevenirea transmiterii. Există și obstacole care îngreunează efectuarea analizelor și acceptarea tratamentului, atât la nivel de sistem, cât și la nivelul furnizorilor de servicii și al pacienților, printre acestea putându-se număra factori precum constrângerile financiare, cunoștințele reduse despre tratamentul VHC, precum și stigmatizarea și marginalizarea consumatorilor de droguri. Pentru a depăși aceste dificultăți sunt necesare metode inovatoare, iar agențiile pentru medicamente disponibile la nivelul comunității reprezintă locul ideal pentru testarea și trimiterea către serviciile de îngrijire a persoanelor care își injectează droguri.

Ghidurile experților europeni recomandă oferirea fără întârziere a tratamentului împotriva VHC acelor persoane la risc mare de transmitere a virusului, printre care se numără deținuții și persoanele active care își injectează droguri. Noile scheme de tratament cu administrare orală de agenți antivirali cu acțiune directă determină vindecare în 8-12 săptămâni în 95 % din cazuri. După ce prețul acestor medicamente s-a redus, numărul țărilor europene care oferă în prezent acces nerestricționat la antivirale cu acțiune directă pentru toate categoriile de pacienți și toate genotipurile virusului, indiferent de stadiul infecției, este în creștere.

Intervențiile în penitenciare: disponibilitatea la nivel național este diferită

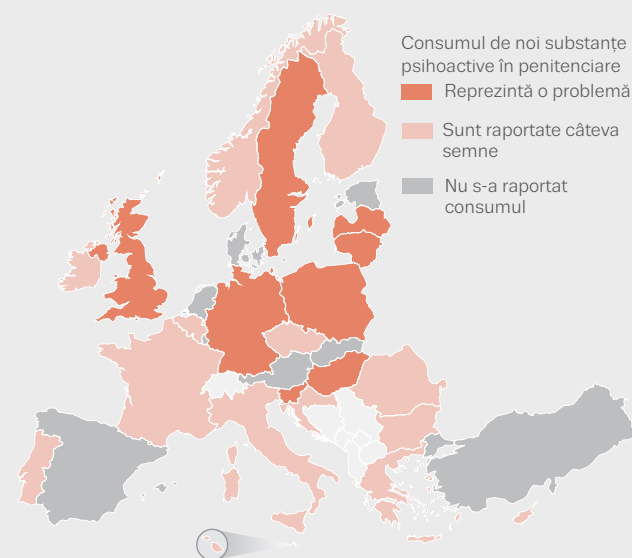
Deținuții menționează rate mai mari ale consumului de droguri de-a lungul vieții și modele de consum mai dăunătoare (de exemplu, prin injectare) decât populația generală, de aceea penitenciarele reprezintă un mediu important pentru intervențiile care vizează consumul de droguri. O analiză recentă a EMCDDA a depistat consumul de noi substanțe psihoactive în închisorile din 22 de țări (figura 3.14), canabinoizii sintetici fiind identificați ca fiind cele mai periculoase. Noile substanțe psihoactive au fost asociate unei mari varietăți de efecte nocive asupra sănătății fizice și psihice, fie prin intoxicație acută, fie prin consum cronic. În Letonia, consumul noilor opioide sintetice în penitenciare a avut ca efect creșterea numărului de supradoze, precum și de cazuri de injectare și folosire în comun a acelor.

Testarea pentru boli infecțioase (HIV, VHB, VHC și tuberculoză) este disponibilă în penitenciare în majoritatea țărilor, dar ea poate fi limitată la efectuarea de analize la momentul intrării în închisoare sau doar pentru persoanele care prezintă simptome. Furnizarea tratamentului pentru hepatita C este raportată în 24 de țări, dar numai în 5 țări beneficiază de tratament peste 60 % din cei care au nevoie de el. În 16 țări se raportează existența unor programe de vaccinare împotriva hepatitei B. Furnizarea de echipament steril de injectare este mai puțin frecventă, doar 3 țări raportând punerea în aplicare a unor programe de distribuție de seringi. O analiză a prevalenței virusurilor HIV și VHC în rândul persoanelor care își injectează droguri din 17 țări europene, efectuată pentru perioada 2006-2017, a indicat rate de prevalență semnificativ mai mari în rândul foștilor deținuți.

Acoperirea intervențiilor de tratament oferite deținuților variază considerabil de la o țară la alta, printre ele putându-se număra dezintoxicarea, consilierea individuală și de grup, tratamentul în comunități terapeutice și în secții speciale în regim de internare. Unele țări europene au instituit parteneriate între agenții, la care participă servicii 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 după intrarea în arest și după eliberare. Pregătirea pentru eliberarea din închisoare, care include și reintegrarea socială, este raportată de toate țările. În 5 țări sunt raportate programe de prevenire a riscului de supradoză, care este deosebit de mare în rândul persoanelor care își injectează opioide în perioada de după ieșirea din închisoare; deținuții sunt instruiți să recunoască și să reacționeze în cazuri de supradoză și primesc naloxonă la eliberare.

FIGURA 3.14

Consumul de noi substanțe psihoactive în rândul deținuților



NB: Pe baza rapoartelor întocmite de experții naționali.

În 2017, 28 de țări au raportat că permit asigurarea tratamentului de substituție pentru opioide în închisori; cu toate acestea, acoperirea este adesea scăzută. Tratamentul de substituție pentru opioide poate fi inițiat în detenție în 24 de țări, iar în 5 țări este posibilă doar continuarea tratamentului inițiat în comunitate.

Deținuții menționează rate mai mari ale consumului de droguri de-a lungul vieții și modele de consum mai dăunătoare

Supradoza: o cauză principală de deces în rândul persoanelor care își injectează droguri de mare risc

Consumul de droguri este recunoscut ca fiind o cauză evitabilă de mortalitate în rândul adulților europeni. În general, persoanele care consumă opioide din Europa au un risc de deces de 5-10 ori mai mare decât alte persoane de aceeași vârstă și de același sex. Importanța reducerii mortalității asociate supradozelor în rândul celor care consumă opioide este recunoscută pe scară largă, însă există și alte cauze de deces legate indirect de consumul de droguri, de exemplu infecții, accidente, violență – inclusiv omuciderea și sinuciderea –, care sunt factori majori ai mortalității în această categorie. Sunt frecvente afecțiunile pulmonare și hepatice cronice, precum și problemele cardiovasculare, care determină în prezent o proporție din ce în ce mai mare din numărul deceselor înregistrate în rândul consumatorilor cronici de vârstă mai înaintată.

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, diferențele în ceea ce privește realizarea examenelor toxicologice și procedurile de înregistrare care pot determina întârzieri în raportare. Prin urmare, estimările anuale reprezintă o valoare minimă provizorie.

Se estimează că, în 2017, în Uniunea Europeană s-au produs cel puțin 8 238 de decese prin supradoză în care a fost implicat cel puțin un drog ilegal. Numărul deceselor crește la aproximativ 9 461 dacă se includ cele din Norvegia și Turcia, indicând o situație stabilă în raport cu numărul estimat în 2016, care a fost revizuit la 9 397. Totalul general în UE este, de asemenea, stabil comparativ cu anul 2016. Ca și în anii precedenți, Regatul Unit (34 %) și Germania (13 %) însumează aproape jumătate din decesele prin supradoză raportate în UE, Norvegia și Turcia. Această cifră trebuie interpretată în contextul dimensiunii populațiilor cu risc din aceste țări, dar și în contextul subraportării din alte țări. Peste trei sferturi din persoanele care decedează în urma unei supradoze sunt bărbați (78 %).

Vârsta medie la momentul decesului a continuat să crească, ajungând la 39,4 de ani în 2017, ea fiind cu 2 ani mai mică în cazul bărbaților decât al femeilor. Aceasta reflectă îmbătrânirea populației europene care consumă opioide cu risc maxim de deces din cauza supradozei de droguri. În unele țări, o parte din decesele asociate opioidelor pot fi cazuri în care acestea au fost consumate pentru controlul durerii, pe termen lung.

DECESE INDUSE DE DROGURI

Caracteristici

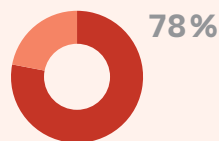
22% 78%



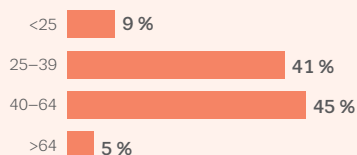
Vârsta medie la momentul decesului

39
de ani

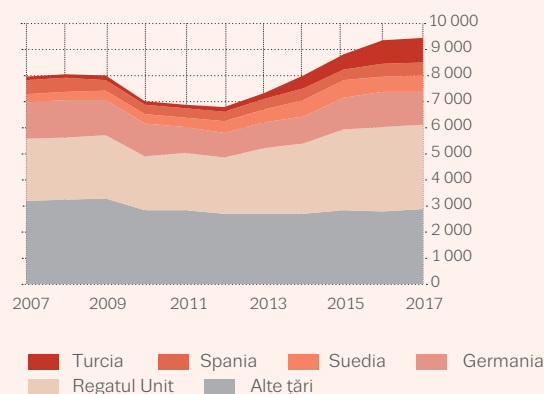
Decese la care s-a înregistrat prezența opioidelor



Vârsta la momentul decesului



Tendențele deceselor cauzate de supradoze



Număr de decese

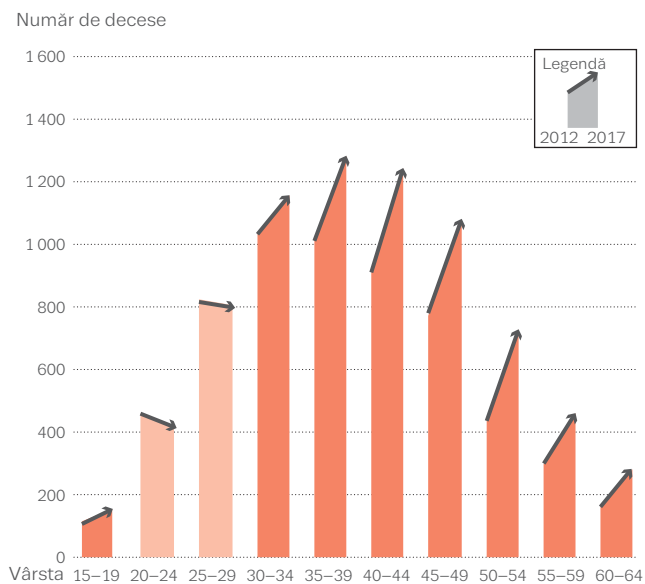
8 238 UE

9 461 UE + 2

NB: Datele se referă la statele membre ale UE, Turcia și Norvegia (UE + 2).

FIGURA 3.15

Numărul deceselor induse de droguri raportate în Uniunea Europeană în 2012 și 2017 sau în cel mai recent an, pe grupe de vârstă



În perioada 2012-2017, numărul deceselor prin supradoză din Uniunea Europeană a crescut la toate categoriile de vârstă peste 30 de ani (figura 3.15). Numărul deceselor la grupele de vârstă de peste 50 de ani a crescut în ansamblu cu 62 %, în timp ce numărul deceselor la grupele de vârstă mai mici s-a menținut în general stabil. O analiză

a supradozelor fatale raportate de Turcia în 2017 arată un profil de vârstă mai mică decât media Uniunii Europene, cu o vârstă medie de 32 de ani (figura 3.16).

Mortalitatea indusă de consumul de droguri: în nordul Europei se raportează rate peste medie

În 2017, rata medie a mortalității cauzate de supradoze în Europa a fost estimată la 22,6 decese la un milion de persoane în vârstă de 15-64 de ani. La bărbați (35,8 cazuri la un milion de bărbați), rata este aproape de patru ori mai mare decât la femei (9,3 cazuri la un milion de femei). Ratele naționale ale mortalității și tendințele naționale variază în mod considerabil (figura 3.17), fiind influențate de factori cum ar fi prevalența și modelele consumului de droguri, în special consumul de opioide injectabile, factorii de risc și de protecție, cum ar fi disponibilitatea tratamentului, precum și de practicile naționale de raportare, înregistrare a informațiilor și codificare a cazurilor de supradoză în bazele de date naționale privind mortalitatea (incluzându-se aici nivelurile variate de subraportare). Potrivit celor mai recente date disponibile, în 8 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 (130 la un milion) și Suedia (92 la un milion) (figura 3.17).

FIGURA 3.16

Răspândirea deceselor induse de droguri raportate în 2017 sau în cel mai recent an, pe intervale de vârstă de câte 10 ani

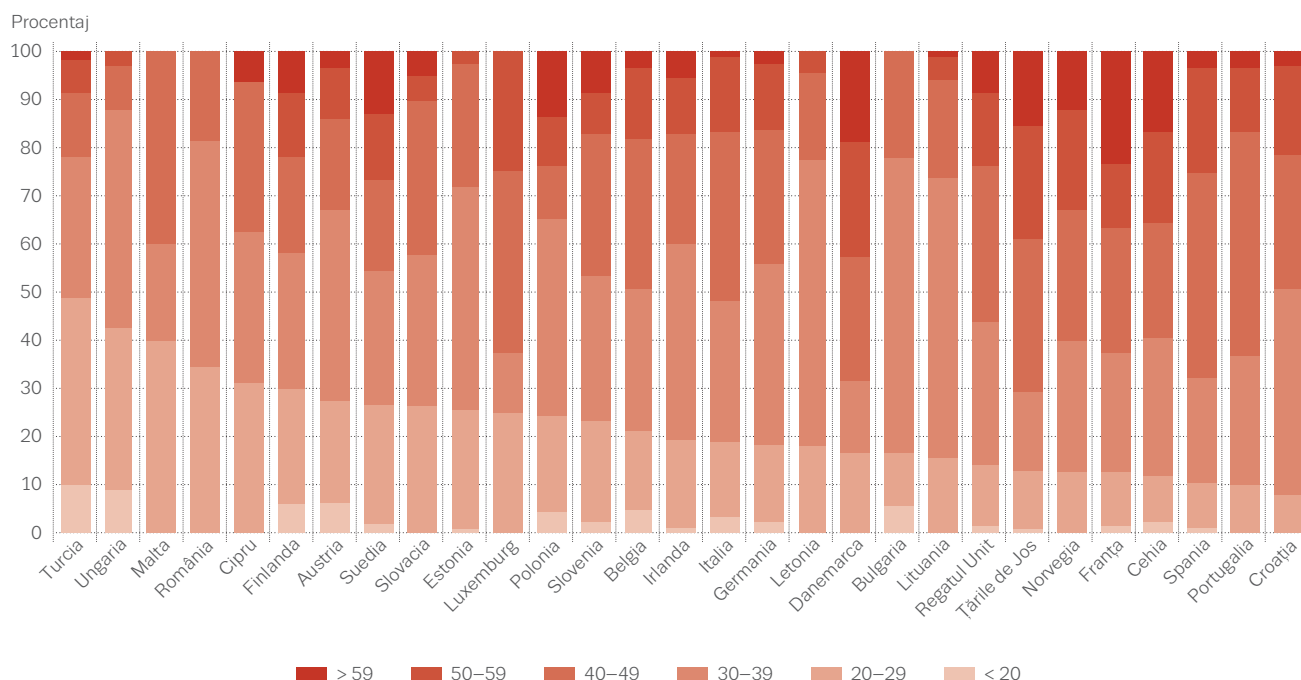
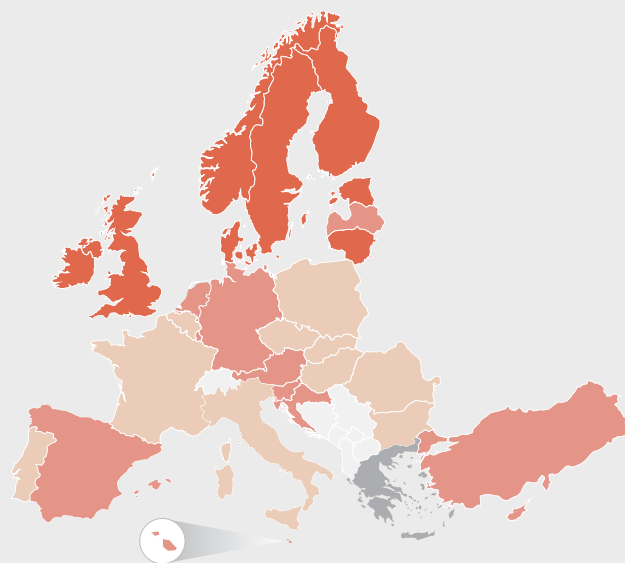
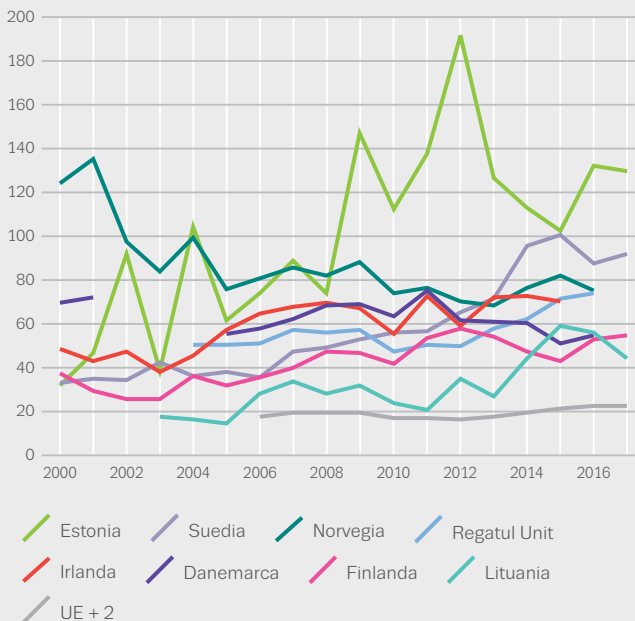


FIGURA 3.17

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

Număr de cazuri la un milion de persoane



Număr de cazuri la un milion de persoane

<10 10-40 >40 Nu există date

NB: Tendințele din cele opt țări care au raportat cele mai mari valori în 2017 sau 2016 și tendința generală la nivel european. UE + 2 cuprinde statele membre ale UE împreună cu Turcia și Norvegia.

Supradozele fatale: în majoritatea deceselor sunt implicate opioide

Opioidele, în principal heroina sau metaboliții ei, 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 opioide în unele țări europene, de exemplu în Regatul Unit, unde 9 decese din 10 (89 %) implică o formă sau alta de opioide.

În Franța, heroina a fost implicată în 26 % din decesele cauzate de supradoze în 2016, față de 15 % în 2012, în timp ce metadona a fost prezentă în peste o treime (36 %) din decese. 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 din decesele prin supradoză în unele țări. Creșterea numărului de decese prin supradoză raportate în Cehia în 2017 s-a datorat în principal creșterii numărului de cazuri asociate unor substanțe asemănătoare fentanilului, morfinei și codeinei; creșterea înregistrată în Slovacia a implicat în cea mai mare parte tramadolul.

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 Franța, o cincime din decese au fost asociate consumului de cocaină, iar în jumătate au fost implicate și opioide. În Slovenia, unde în majoritatea deceselor a fost implicată heroina, s-a depistat cocaină în aproximativ o treime din cazuri. În 2017, Turcia a raportat 185 de decese asociate consumului de MDMA, în scădere față de 2016.

Tot în Turcia s-a raportat o creștere mare a numărului de decese asociate consumului de canabinoizi sintetici: de la 137 în 2015 la 563 în 2017. Canabinoizii sintetici au fost prezenți în 60 % din decesele asociate consumului de droguri raportate în această țară, majoritatea persoanelor decedate fiind bărbați tineri cu vârsta cuprinsă între 20 și 30 de ani. În peste un sfert din cazuri s-a depistat și cannabis. În Regatul Unit, în special în Scoția, s-a raportat creșterea numărului de decese care au implicat noi substanțe psihoactive de tipul benzodiazepinelor.

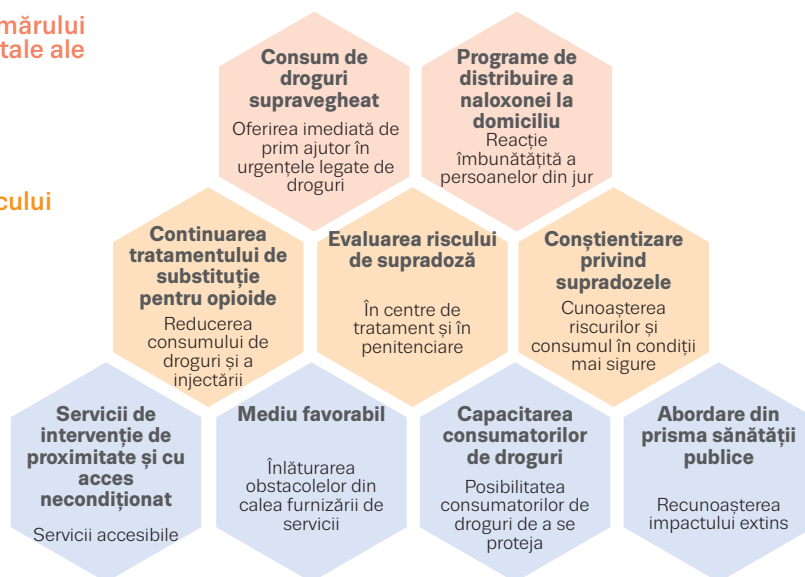
FIGURA 3.18

Principalele metode de reducere a deceselor asociate consumului de opioide

Reducerea numărului de rezultate fatale ale supradozelor

Reducerea riscului de supradoză

Reducerea vulnerabilității



Prevenirea supradozelor și a deceselor asociate consumului de droguri: abordări esențiale

Reducerea morbidității și a mortalității cauzate de supradoze constituie o provocare majoră în domeniul sănătății publice în Europa. În această privință, se urmărește ca printr-un răspuns mai amplu în domeniul sănătății publice să se reducă vulnerabilitatea persoanelor care consumă droguri, mai ales prin înlăturarea obstacolelor și prin accesibilizarea serviciilor, precum și prin încurajarea acestor persoane să-și asume mai puține riscuri (figura 3.18). Evaluarea riscului de supradoză în rândul persoanelor care consumă droguri și sensibilizarea lor cu privire la acest risc, în combinație cu un tratament eficient pentru consumul de droguri, contribuie la prevenirea cazurilor de supradoză. Perioadele de timp cunoscute ca fiind de mare risc, de exemplu cele ulterioare eliberării din închisoare și externării sau renunțării la tratament, necesită o atenție specială. Crearea unor camere de consum de droguri sub supraveghere și programele de distribuire a naloxonei pentru administrare la domiciliu reprezintă intervenții specifice care au ca scop creșterea probabilității de supraviețuire în caz de supradoză. Importanța tratamentului de substituție pentru opioide ca instrument de reducere a mortalității reiese în mod evident dintr-o metaanaliză din 2018 a studiilor efectuate în acest domeniu.

Camerele 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. Unitățile

respective oferă și ocazia de a interacționa cu populații deseori marginalizate și greu accesibile de persoane care consumă droguri, cărora li se oferă asistență și consiliere cu privire la droguri și la sănătate în general. De regulă, camerele de consum constituie și un punct de acces și de trimitere către alte servicii medicale și sociale, inclusiv către serviciile de tratament pentru dependența de droguri. De asemenea, s-a adus argumentul că, prin reducerea consumului de droguri în spațiul public, ele contribuie la îmbunătățirea mediului social în zonele caracterizate de consum, de exemplu în piețele de droguri ale orașelor.

Unitățile individuale pot supraveghea un număr mare de acte de consum – unele dintre unitățile mari raportează 80 000 de acte de consum pe an – care, în lipsa lor, ar fi avut loc pe stradă sau în alt cadru riscant. Prima generație de camere pentru consum de droguri, înființate în anii 1980 și 1990, s-a concentrat în principal pe supravegherea consumului de heroină prin injectare. În prezent însă, aceste unități pot supraveghea și persoanele care prizează, fumează sau inhalează droguri. În Uniunea Europeană și în Norvegia funcționează camere de consum supravegheat în 51 de orașe, în total fiind funcționale 72 de astfel de unități.

Anihilarea efectelor supradozei de opioide: naloxona distribuită pentru administrare la domiciliu

Naloxona este un medicament antagonist al opioidelor utilizat în unitățile de urgență din spitale și de către personalul ambulanțelor pentru a anihila efectele supradozei de opioide. În ultimii ani s-a produs o extindere a programelor de distribuire a naloxonei pentru administrare la domiciliu, care oferă instruire pentru gestionarea cazurilor de supradoză și asigură disponibilitatea medicației pentru posibila martori ai unei supradoze cu opioide.

În urma unor analize sistematice recente cu privire la eficacitatea programelor de furnizare a naloxonei pentru administrare la domiciliu s-a constatat că aceasta reduce mortalitatea asociată supradozelor dacă este însoțită de intervenții educative și de instrucțiuni specifice.

În 2018, în 10 țări europene existau programe comunitare de distribuire a naloxonei pentru administrare la domiciliu. Aceste programe sunt gestionate în mod obișnuit de serviciile de sănătate și de asistență pentru persoanele care consumă droguri, cu excepția Italiei, unde naloxona este un medicament care nu necesită prescripție medicală. Deținuții sunt incluși ca populație țintă în programele de furnizare a naloxonei pentru administrare la domiciliu în Estonia, Franța, Regatul Unit și Norvegia.

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

MAI MULTE INFORMAȚII

Publicații EMCDDA

2019

Country Drug Reports 2019.

Drug prevention: exploring a systems perspective, Technical reports.

An analysis of practices of post-mortem toxicology practices in drug-related deaths cases in Europe, Technical reports.

2018

Recent changes in Europe's cocaine market: results from an EMCDDA trendspotter study, Rapid communications.

m-Health applications for responding to drug use and associated harms, EMCDDA Papers.

New psychoactive substances in prison, Rapid communications.

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

Environmental substance use prevention interventions in Europe, Technical reports.

Preventing overdose deaths in Europe, Perspectives on Drugs.

Report on the risk assessment of CUMYL-4CN-BINACA, Risk assessments.

Report on the risk assessment of ADB-CHMINACA, Risk assessments.

Report on the risk assessment of THF-F, Risk assessments.

Report on the risk assessment of 4F-iBF, Risk assessments.

Report on the risk assessment of AB-CHMINACA, Risk assessments.

Report on the risk assessment of 5F-MDMB-PINACA, Risk assessments.

Report on the risk assessment of carfentanil, Risk assessments.

Report on the risk assessment of cyclopropylfentanyl, Risk assessments.

Report on the risk assessment of methoxyacetylfentanyl, Risk assessments.

2017

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

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.

New developments in national drug strategies in Europe, EMCDDA Papers.

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.

Treatment of cannabis-related disorders in Europe, Insights.

Publicații comune EMCDDA și ECDC

2018

Public health guidance on active case finding of communicable diseases in prison settings.

Public health guidance on prevention and control of blood-borne viruses in prison settings.

Systematic review on the prevention and control of blood-borne viruses in prison settings.

Guidance in brief: prevention and control of blood-borne viruses in prison settings.

Toate publicațiile sunt disponibile la adresa:
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 aflați sub tratament, admiterile la tratament, consumul de droguri injectabile, decesele cauzate de consumul de droguri, bolile infecțioase asociate consumului de droguri, distribuția de seringi și capturile. Datele naționale prezentate aici sunt extrase din [Buletinul statistic](#) pentru 2019 al EMCDDA și reprezintă un subset al acestuia. Buletinul mai conține note și metadate. Sunt indicați și anii la care se referă datele.

TABELUL A1

OPIOIDE

Țara	Estimarea consumului de opioide de mare risc		Persoane admise la tratament în cursul anului						Consumatori care urmează un tratament de substituție
			Consumatorii de opioide ca procentaj din persoanele admise la tratament			Procentajul beneficiarilor care au consumat opioide prin injectare (ca principală cale de administrare)			
			Total persoane admise la tratament	Persoane admise la tratament pentru prima dată	Persoane care au primit tratament și anterior	Total persoane admise la tratament	Persoane admise la tratament pentru prima dată	Persoane care au primit tratament și anterior	
Anul estimării	cazuri la 1 000 de persoane	% (total)	% (total)	% (total)	% (total)	% (total)	% (total)	total	
Belgia	–	–	22,5 (2 493)	8,2 (345)	32 (2 048)	14,1 (309)	9 (28)	15,2 (272)	16 546
Bulgaria	–	–	67,8 (1 136)	55,9 (100)	89,7 (600)	64,4 (437)	53,8 (50)	66,7 (377)	3 247
Cehia	2017	1,8-2,0	19,1 (799)	10,9 (192)	25,6 (565)	63,9 (470)	57,4 (101)	66,1 (347)	5 000
Danemarca	–	–	12 (587)	7,5 (170)	16,5 (399)	17,5 (94)	5,6 (9)	22 (80)	7 050
Germania (¹)	2016-17	0,9-3,0	29,9 (–)	9,6 (–)	–	20,1 (–)	17,9 (–)	–	78 800
Estonia	–	–	93,4 (271)	87,4 (76)	95,5 (150)	69,3 (187)	72 (54)	80,7 (121)	1 186
Irlanda	2014	6,1-7,0	44,9 (3 837)	24,8 (807)	58,8 (2 860)	31,7 (1 180)	23 (184)	33,6 (930)	10 316
Grecia	2017	1,8-2,5	60,9 (2 593)	38,9 (652)	74,8 (1 892)	28,7 (733)	22,2 (143)	31 (581)	9 388
Spania	2016	1,5-2,9	26,8 (12 235)	13,3 (3 043)	42,6 (8 573)	14,9 (1 796)	7 (212)	17,2 (1 454)	58 749
Franța	2017	4,5-5,9	27,3 (12 899)	13,7 (1 813)	44 (8 039)	16,4 (1 842)	10,4 (174)	19,3 (1 360)	178 665
Croația	2015	2,5-4,0	–	21,2 (203)	–	–	30,9 (56)	–	4 792
Italia	2017	5,7-6,4	43,1 (20 095)	28,3 (5 921)	55,3 (14 174)	40,9 (7 137)	28,4 (1 395)	45,8 (5 742)	69 642
Cipru	2017	1,6-2,6	25,2 (212)	13,8 (58)	41,8 (137)	50,5 (104)	40,4 (23)	56 (75)	209
Letonia	2017	4,7-7,0	49,4 (399)	28,7 (123)	72,8 (276)	82,8 (323)	73,8 (90)	86,9 (233)	669
Lituania	2016	2,7-6,5	85,3 (1 448)	57 (138)	91,1 (1 298)	85,5 (1 236)	86,9 (119)	85,4 (1 108)	1 136
Luxemburg	2015	4,5	60,9 (109)	60,4 (29)	59,5 (47)	41,7 (43)	50 (14)	41,9 (18)	1 142
Ungaria	2010-11	0,4-0,5	4 (192)	1,8 (61)	9,4 (104)	40,5 (66)	36,2 (21)	43,9 (43)	669
Malta	2017	4,2-4,9	69,7 (1 274)	32,8 (76)	75,1 (1 198)	55,2 (690)	21,1 (16)	57,5 (674)	1 025
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)	5 241
Austria	2017	6,1-6,5	48,7 (1 793)	27,8 (432)	63,8 (1 361)	37,7 (529)	21,8 (70)	42,5 (459)	18 632
Polonia	2014	0,4-0,7	15,8 (1 122)	5,9 (211)	26,2 (898)	57,4 (636)	37,4 (79)	62,2 (550)	2 685
Portugalia	2015	3,8-7,6	41,4 (1 247)	23 (376)	63,3 (871)	13,1 (155)	9,3 (33)	14,7 (122)	16 888
România	2017	0,8-2,9	25,7 (918)	14,1 (359)	56,9 (551)	84,7 (729)	83,3 (295)	85,8 (429)	1 530
Slovenia	2017	3,2-4,2	86,5 (211)	67,7 (42)	93,4 (169)	44,1 (93)	21,4 (9)	49,7 (84)	3 042
Slovacia	–	–	26,3 (760)	12 (154)	39,5 (601)	70,7 (525)	53,6 (81)	75,2 (442)	620
Finlanda	2012	3,8-4,5	51,1 (363)	36,5 (92)	59,2 (271)	76 (275)	66,3 (61)	79,3 (214)	3 329
Suedia (²)	–	–	24,2 (9 387)	15,5 (2 140)	29 (7 247)	–	–	–	4 468
Regatul Unit (³)	2014-15	8,3-8,7	49,8 (57 430)	21,8 (8 051)	63,1 (49 252)	31,8 (12 407)	16,5 (746)	33,9 (11 633)	149 420
Turcia	2011	0,2-0,5	58,6 (6 817)	43,4 (2 451)	72,9 (4 366)	27,3 (1 858)	17,8 (437)	32,5 (1 421)	–
Norvegia (⁴)	2013	2,0-4,2	17 (973)	11,2 (302)	22,1 (672)	–	–	–	7 622
Uniunea Europeană	–	–	35,1 (163 557)	16,6 (28 845)	47,9 (129 944)	29,1 (38 450)	20,8 (4 988)	31,3 (32 839)	654 086
UE, Turcia și Norvegia	–	–	35,4 (171 347)	17,4 (31 598)	48,2 (134 982)	29,0 (40 308)	20,5 (5 425)	31,4 (34 260)	661 708

Datele cu privire la persoanele admise la tratament se referă la anul 2017 sau la cel mai recent an disponibil: Estonia și Spania – 2016; Țările de Jos – 2015.

Datele cu privire la consumatorii care urmează un tratament de substituție sunt pentru anul 2017 sau cel mai recent an disponibil: Spania și Slovenia – 2016; Danemarca, Ungaria, Țările de Jos și Finlanda – 2015. Numărul menționat pentru Suedia nu indică numărul total de consumatori.

(¹) Din cauza modificărilor survenite în sistemul de raportare a admițiilor la tratament, sunt prezentate doar procentajele.

(²) Datele privind consumatorii admiși la tratament se referă la îngrijirea spitalicească și la centrele specializate cu regim ambulatoriu. Datele indicate nu reprezintă tabloul național complet.

(³) În estimarea consumului de opioide de mare risc nu este inclusă Irlanda de Nord. Numărul de consumatori care urmează un tratament de substituție se referă la Anglia și Țara Galilor.

(⁴) Procentul de consumatori care urmează tratament pentru probleme asociate consumului de opioide reprezintă o valoare minimă, care nu cuprinde și consumatorii de opioide înregistrați ca policonsumatori de droguri.

TABELUL A2

COCAINĂ

Țara	Estimări privind prevalența				Persoane admise la tratament în cursul anului					
	Populația generală			Populația școlară	Consumatorii de cocaină ca procent din numărul persoanelor admise la tratament			Procentul beneficiarilor care au consumat cocaină prin injectare (ca principală cale de administrare)		
	Anul anche-tei	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 consuma-tori	Persoane admise la tratament pentru prima dată	Persoane care au primit tratament și anterior
		%	%	%	% (total)	% (total)	% (total)	% (total)	% (total)	% (total)
Belgia	2013	–	0,9	1	24,3 (2 690)	23,9 (1 007)	24,2 (1 552)	6,2 (124)	1,4 (11)	8,6 (97)
Bulgaria	2016	0,9	0,5	2	2,7 (46)	3,9 (7)	1,6 (11)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Cehia	2017	2,4	0,2	1	0,7 (28)	0,7 (12)	0,7 (15)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Danemarca	2017	6,4	3,9	2	15,9 (776)	17,9 (407)	14 (338)	2,1 (15)	0,3 (1)	4,1 (13)
Germania (¹)	2015	3,8	1,2	3	4,8 (–)	6,4 (–)	–	1,5 (–)	0,8 (–)	–
Estonia	2008	–	1,3	1	0,3 (1)	1,1 (1)	–	–	–	–
Irlanda	2015	7,8	2,9	3	16,8 (1 431)	23 (748)	12,8 (623)	1,3 (18)	0 (0)	2,6 (16)
Grecia	2015	1,3	0,6	1	8,1 (345)	10,3 (172)	6,8 (172)	9,9 (34)	4,7 (8)	15,2 (26)
Spania	2017	10,3	2,8	3	39,2 (17 889)	39,7 (9 052)	38,2 (7 678)	0,8 (134)	0,4 (33)	1,3 (98)
Franța	2017	5,6	3,2	4	8,4 (3 988)	7,8 (1 035)	9,8 (1 801)	8,8 (324)	3,8 (37)	13,6 (229)
Croația	2015	2,7	1,6	2	–	3,2 (31)	–	–	3,2 (1)	–
Italia	2017	6,9	1,7	2	33 (15 394)	38,1 (7 993)	28,9 (7 401)	2 (299)	1,1 (86)	3 (213)
Cipru	2016	1,4	0,4	3	14,7 (124)	12,1 (51)	19,8 (65)	5 (6)	2 (1)	7,9 (5)
Letonia	2015	1,5	1,2	2	0,5 (4)	0,7 (3)	0,3 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Lituania	2016	0,7	0,3	2	0,8 (13)	2,1 (5)	0,5 (7)	11,1 (1)	33,3 (1)	0 (0)
Luxemburg	2014	2,5	0,6	2	21,8 (39)	14,6 (7)	25,3 (20)	40,5 (15)	57,1 (4)	42,1 (8)
Ungaria	2015	1,2	0,9	2	3,5 (167)	3,9 (132)	2,4 (26)	2,5 (4)	2,3 (3)	4 (1)
Malta	2013	0,5	–	3	18,6 (340)	41,8 (97)	15,2 (243)	13,4 (43)	4,1 (4)	17,5 (39)
Țările de Jos	2017	6,2	4,5	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	9,2 (339)	10,1 (156)	8,6 (183)	9,3 (30)	5,4 (8)	12,6 (22)
Polonia	2014	1,3	0,4	4	2,3 (163)	2,5 (88)	2,1 (72)	2,5 (4)	1,2 (1)	2,9 (2)
Portugalia	2016	1,2	0,3	2	17,3 (522)	20,8 (341)	13,2 (181)	2,6 (13)	0,6 (2)	6,3 (11)
România	2016	0,7	0,2	3	1,2 (44)	1,4 (36)	0,6 (6)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Slovenia	2012	2,1	1,2	2	4,5 (11)	6,5 (4)	3,9 (7)	45,5 (5)	25 (1)	57,1 (4)
Slovacia	2015	0,7	0,3	2	1,1 (31)	1,9 (24)	0,3 (5)	3,3 (1)	–	25 (1)
Finlanda	2014	1,9	1,0	1	0,1 (1)	0 (0)	0,2 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Suedia (²)	2017	–	2,5	1	1,4 (552)	2,7 (371)	0,7 (181)	–	–	–
Regatul Unit	2017	10,7	4,7	3	17,6 (20 290)	22,1 (8 185)	15,4 (12 054)	1,9 (259)	0,5 (31)	2,9 (226)
Turcia	2017	0,2	0,1	–	3,9 (456)	4,4 (247)	3,5 (209)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Norvegia	2017	5,1	2,1	1	1,8 (102)	2,7 (72)	1 (30)	–	–	–
Uniunea Europeană	–	5,4	2,1	–	15,5 (72 424)	19,1 (33 178)	16,5 (36 594)	2,1 (1 550)	0,8 (259)	3,1 (1 241)
UE, Turcia și Norvegia	–	–	–	–	15,1 (72 982)	18,4 (33 497)	15,9 (36 833)	2,1 (1 550)	0,8 (259)	3,1 (1 241)

Estimările privind prevalența în rândul populației școlare sunt extrase din ancheta ESPAD 2015, exceptând Belgia (2017, doar Flandra), Bulgaria (2017), Germania (2011), Italia (2017), Luxemburg (2014, vârsta 15 ani), Spania (2016), Suedia (2017) și Regatul Unit (2016, doar Anglia, vârsta 15 ani). Din cauza lipsei de siguranță privind procedurile de culegere a datelor, este posibil ca datele din Letonia să nu fie comparabile.

Estimările privind prevalența în rândul populației generale din Regatul Unit se referă doar la Anglia și Țara Galilor. Interval de vârstă pentru ratele prevalenței în rândul populației generale: Franța, Germania, Grecia și Ungaria – 18-64, 18-34; Danemarca și Norvegia – 16-64, 16-34; Malta – 18-65; Suedia – 17-34; Regatul Unit – 16-59, 16-34.

Datele pentru persoanele admise la tratament sunt pentru anul 2017 sau cel mai recent an disponibil: Estonia și Spania – 2016; Țările de Jos – 2015.

(¹) Din cauza modificărilor survenite în sistemul de raportare a admițiilor la tratament, sunt prezentate doar procente.

(²) Datele privind consumatorii admiși la tratament se referă la îngrijirea spitalicească și la centrele specializate cu regim ambulatoriu. Datele indicate nu reprezintă tabloul național complet.

TABELUL A3

AMFETAMINE

Țara	Estimări privind prevalența				Persoane admise la tratament în cursul anului					
	Populația generală			Populația școlară	Consumatorii de amfetamine ca procent din numărul persoanelor admise la tratament			Procentajul beneficiarilor care au consumat amfetamine prin injectare (ca principală cale de administrare)		
	Anul anchetei	De-a lungul vieții, adulți (15-64)	Ultimele 12 luni, adulți tineri (15-34)	De-a lungul vieții, elevi (15-16)	Total persoane admise la tratament	Persoane admise la tratament pentru prima dată	Persoane care au primit tratament și anterior	Total persoane admise la tratament	Persoane admise la tratament pentru prima dată	Persoane care au primit tratament și anterior
	%	%	%	% (total)	% (total)	% (total)	% (total)	% (total)	% (total)	
Belgia	2013	–	0,5	1	9,1 (1 011)	7,5 (315)	10,6 (681)	11,8 (96)	6,2 (16)	14,6 (80)
Bulgaria	2016	1,5	1,8	3	12,6 (211)	12,8 (23)	2,7 (18)	4,9 (2)	0 (0)	11,8 (2)
Cehia	2017	3,3	0,7	1	49,6 (2 078)	52,8 (933)	47,2 (1 041)	62,8 (1 256)	57,6 (520)	67,2 (683)
Danemarca	2017	7,0	1,4	1	6,2 (303)	5,4 (122)	7 (170)	1,8 (5)	0,9 (1)	2,5 (4)
Germania (¹)	2015	3,6	1,9	4	14,5 (–)	15,3 (–)	–	2,1 (–)	1,9 (–)	–
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	0,4 (38)	0,6 (19)	0,3 (17)	–	–	–
Grecia	–	–	–	2	0,8 (33)	1,3 (22)	0,4 (11)	18,2 (6)	22,7 (5)	9,1 (1)
Spania	2017	4	0,9	2	1,7 (754)	1,9 (431)	1,4 (291)	0,9 (7)	0,9 (4)	1 (3)
Franța	2017	2,2	0,6	2	0,4 (212)	0,5 (63)	0,5 (91)	9,7 (18)	8,5 (5)	10,8 (9)
Croația	2015	3,5	2,3	3	–	3,4 (33)	–	–	0 (0)	–
Italia	2017	2,4	0,3	2	0,2 (93)	0,3 (55)	0,1 (38)	1,2 (1)	2 (1)	0 (0)
Cipru	2016	0,5	0,1	3	6,8 (57)	6,2 (26)	9,5 (31)	9,1 (5)	4 (1)	13,3 (4)
Letonia	2015	1,9	0,7	3	17,5 (141)	22,9 (98)	11,3 (43)	64,1 (84)	54,9 (50)	85 (34)
Lituania	2016	1,2	0,5	1	3,5 (59)	9,9 (24)	2 (29)	29,6 (16)	13,6 (3)	48,1 (13)
Luxemburg	2014	1,6	0,1	1	–	–	–	–	–	–
Ungaria	2015	1,7	1,4	3	11,1 (534)	11,2 (378)	11,3 (124)	9,7 (51)	4,8 (18)	27 (33)
Malta	2013	0,3	–	2	0,2 (3)	0,4 (1)	0,1 (2)	66,7 (2)	100 (1)	50 (1)
Țările de Jos	2017	5,4	3,9	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)	7,2 (111)	4,3 (92)	2,2 (4)	1 (1)	3,6 (3)
Polonia	2014	1,7	0,4	4	29,4 (2 085)	31,6 (1 126)	26,9 (924)	2,7 (55)	1,3 (15)	4,3 (39)
Portugalia	2016	0,4	0,0	1	0,1 (3)	0,1 (2)	0,1 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
România	2016	0,3	0,1	1	0,8 (30)	1 (26)	0,4 (4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Slovenia	2012	0,9	0,8	1	0,8 (2)	3,2 (2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Slovacia	2015	1,4	0,8	1	40,8 (1 182)	44 (566)	38,1 (580)	30,9 (350)	26,8 (148)	34,9 (192)
Finlanda	2014	3,4	2,4	1	18,9 (134)	20,2 (51)	18,1 (83)	71,2 (94)	52 (26)	82,9 (68)
Suedia (²)	2017	–	1,2	1	5,3 (2 076)	7,3 (1 007)	4,3 (1 069)	–	–	–
Regatul Unit	2017	9,9	1,0	1	2,1 (2 476)	2,7 (1 015)	1,9 (1 450)	18,9 (295)	11,7 (70)	23,6 (225)
Turcia	2017	0,0	–	–	6,5 (751)	9,7 (549)	3,4 (202)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Norvegia	2017	3,9	0,8	1	13 (744)	10,3 (277)	15,4 (467)	–	–	–
Uniunea Europeană	–	3,7	1,0	–	6,1 (28 291)	6,6 (11 393)	5,9 (16 465)	9,4 (2 871)	8,8 (1 015)	9,3 (1 714)
UE, Turcia și Norvegia	–	–	–	–	6,2 (29 786)	6,7 (12 219)	6,0 (17 134)	9,2 (2 871)	8,4 (1 015)	9,2 (1 714)

Estimările privind prevalența în rândul populației școlare sunt extrase din ancheta ESPAD 2015, exceptând Belgia (2017, doar Flandra), Bulgaria (2017), Germania (2011), Italia (2017), Luxemburg (2014, vârsta 15 ani), Spania (2016), Suedia (2017) și Regatul Unit (2016, doar Anglia, vârsta 15 ani). Din cauza lipsei de siguranță privind procedurile de culegere a datelor, este posibil ca datele din Letonia să nu fie comparabile.

Estimările privind prevalența în rândul populației generale din Regatul Unit se referă doar la Anglia și Țara Galilor. Interval de vârstă pentru ratele prevalenței în populația generală: Franța, Germania și Ungaria – 18-64, 18-34; Danemarca și Norvegia – 16-64, 16-34; Malta – 18-65; Suedia – 17-34; Regatul Unit – 16-59, 16-34.

Datele pentru persoanele admise la tratament sunt pentru anul 2017 sau cel mai recent an disponibil: Estonia și Spania – 2016; Țările de Jos – 2015. Datele pentru Germania, Suedia și Norvegia se referă la consumatorii de „droguri stimulante diferite de cocaină”.

(¹) Din cauza modificărilor survenite în sistemul de raportare a admițiilor la tratament, sunt prezentate doar procente.

(²) Datele privind consumatorii admiși la tratament se referă la îngrijirea spitalicească și la centrele specializate cu regim ambulatoriu. Datele indicate nu reprezintă tabloul național complet.

TABELUL A4

MDMA

Țara	Estimări privind prevalența				Persoane admise la tratament în cursul anului		
	Anul anchetei	Populația generală		Populația școlară	Consumatorii de MDMA ca procent din numărul persoanelor admise la tratament		
		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 (53)	0,8 (32)	0,3 (19)
Bulgaria	2016	2,1	3,1	2	1,7 (29)	1,1 (2)	0 (0)
Cehia	2017	5,8	2,1	3	0,6 (27)	1 (17)	0,4 (9)
Danemarca	2017	3,2	1,5	1	0,3 (16)	0,6 (14)	0,1 (2)
Germania	2015	3,3	1,3	2	–	–	–
Estonia	2008	–	2,3	3	0,3 (1)	–	0,6 (1)
Irlanda	2015	9,2	4,4	4	0,5 (42)	0,9 (29)	0,3 (13)
Grecia	2015	0,6	0,4	1	0,2 (10)	0,4 (7)	0,1 (3)
Spania	2017	3,6	1,2	2	0,2 (89)	0,3 (66)	0,1 (16)
Franța	2017	3,9	1,3	2	0,4 (168)	0,4 (54)	0,3 (56)
Croația	2015	3,0	1,4	2	–	0,8 (8)	–
Italia	2017	2,7	0,8	1	0,1 (59)	0,2 (34)	0,1 (25)
Cipru	2016	1,1	0,3	3	0,1 (1)	–	–
Letonia	2015	2,4	0,8	3	0,4 (3)	0,2 (1)	0,5 (2)
Lituania	2016	1,7	1,0	2	0,1 (2)	0 (0)	0,1 (2)
Luxemburg	2014	1,9	0,4	1	0,6 (1)	2,1 (1)	–
Ungaria	2015	4,0	2,1	2	2,3 (111)	1,7 (57)	3,7 (41)
Malta	2013	0,7	–	2	0,7 (12)	0,9 (2)	0,6 (10)
Țările de Jos	2017	9,4	7,1	3	0,7 (80)	1 (67)	0,3 (13)
Austria	2015	2,9	1,1	2	0,9 (32)	1,2 (19)	0,6 (13)
Polonia	2014	1,6	0,9	3	0,3 (23)	0,3 (12)	0,3 (9)
Portugalia	2016	0,7	0,2	2	0,2 (7)	0,2 (3)	0,3 (4)
România	2016	0,5	0,2	2	0,9 (33)	1,2 (30)	0,2 (2)
Slovenia	2012	2,1	0,8	2	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Slovacia	2015	3,1	1,2	3	0,1 (4)	0,1 (1)	0,1 (2)
Finlanda	2014	3,0	2,5	1	0,1 (1)	0,4 (1)	0 (0)
Suedia	2017	–	2,0	1	–	–	–
Regatul Unit	2017	10,0	3,3	4	0,5 (616)	1,1 (415)	0,3 (200)
Turcia	2017	0,4	0,2	–	2 (230)	2,9 (161)	1,2 (69)
Norvegia	2017	4,1	2,2	1	–	–	–
Uniunea Europeană	–	4,1	1,7	–	0,3 (1 428)	0,5 (872)	0,2 (442)
UE, Turcia și Norvegia	–	–	–	–	0,3 (1 658)	0,6 (1 033)	0,2 (511)

Estimările privind prevalența în rândul populației școlare sunt extrase din ancheta ESPAD 2015, exceptând Belgia (2017, doar Flandra), Bulgaria (2017), Germania (2011), Italia (2017), Luxemburg (2014, vârsta 15 ani), Spania (2016), Suedia (2017) și Regatul Unit (2016, doar Anglia, vârsta 15 ani). Din cauza lipsei de siguranță privind procedurile de culegere a datelor, este posibil ca datele din Letonia să nu fie comparabile.

Estimările privind prevalența în rândul populației generale din Regatul Unit se referă doar la Anglia și Țara Galilor. Interval de vârstă pentru ratele prevalenței în populația generală: Franța, Germania, Grecia și Ungaria – 18-64, 18-34; Danemarca și Norvegia – 16-64, 16-34; Malta – 18-65; Suedia – 17-34; Regatul Unit – 16-59, 16-34.

Datele pentru persoanele admise la tratament sunt pentru anul 2017 sau cel mai recent an disponibil: Estonia și Spania – 2016; Țările de Jos – 2015.

TABELUL A5

CANABIS

Țara	Estimări privind prevalența				Persoane admise la tratament în cursul anului		
	Populația generală			Populația școlară	Consumatorii de cannabis ca procent 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	34,2 (3 786)	50,7 (2 132)	23,2 (1 487)
Bulgaria	2016	8,3	10,3	20	9,9 (166)	5 (9)	2,5 (17)
Cehia	2017	28,6	19,3	37	23,6 (988)	28,4 (501)	19,6 (433)
Danemarca	2017	38,4	15,4	12	62,7 (3 069)	65,9 (1 501)	59,5 (1 435)
Germania (¹)	2015	27,2	13,3	19	43,1 (-)	64,1 (-)	-
Estonia	2008	-	13,6	25	1 (3)	2,3 (2)	0,6 (1)
Irlanda	2015	27,9	13,8	19	24,6 (2 102)	39 (1 270)	14,6 (712)
Grecia	2015	11,0	4,5	9	26,9 (1 148)	46,1 (773)	14,7 (373)
Spania	2017	35,2	18,3	31	29,2 (13 304)	40,7 (9 278)	15,9 (3 208)
Franța	2017	44,8	21,8	31	59,6 (28 205)	74,4 (9 828)	41,1 (7 517)
Croația	2015	19,4	16,0	21	-	62,9 (602)	-
Italia	2017	32,7	20,9	19	21,8 (10 155)	30,9 (6 483)	14,3 (3 672)
Cipru	2016	12,1	4,3	7	52,7 (444)	67,5 (284)	28,4 (93)
Letonia	2015	9,8	10,0	17	24 (194)	36 (154)	10,6 (40)
Lituania	2016	10,8	6,0	18	6,5 (110)	22,7 (55)	3,5 (50)
Luxemburg	2014	23,3	9,8	20	16,2 (29)	22,9 (11)	13,9 (11)
Ungaria	2015	7,4	3,5	13	63 (3 031)	68,2 (2 310)	49,2 (542)
Malta	2013	4,3	-	13	9,1 (167)	19 (44)	7,7 (123)
Țările de Jos	2017	26,6	17,5	22	47,3 (5 202)	55,5 (3 625)	35,4 (1 577)
Austria	2015	23,6	14,1	20	33,2 (1 222)	51,7 (802)	19,7 (420)
Polonia	2014	16,2	9,8	24	31,2 (2 209)	39 (1 390)	23,2 (796)
Portugalia	2016	11,0	8,0	15	37,2 (1 120)	51,8 (848)	19,8 (272)
România	2016	5,8	5,8	8	49,3 (1 764)	62,4 (1 585)	15,8 (153)
Slovenia	2012	15,8	10,3	25	6,1 (15)	19,4 (12)	1,7 (3)
Slovacia	2015	15,8	9,3	26	25,7 (743)	38,5 (495)	14,3 (218)
Finlanda	2014	21,7	13,5	8	18 (128)	31,3 (79)	10,7 (49)
Suedia (²)	2017	-	9,6	6	10 (3 878)	15,4 (2 125)	7 (1 753)
Regatul Unit	2017	30	12,3	19	24,2 (27 920)	45,3 (16 733)	14,2 (11 114)
Turcia	2017	2,7	1,9	-	6,4 (745)	9,2 (520)	3,8 (225)
Norvegia	2017	24,5	10,1	7	28,8 (1 651)	36,8 (989)	21,8 (662)
Uniunea Europeană	-	27,4	14,4	-	32,7 (152 373)	47,0 (81 566)	17,5 (58 103)
UE, Turcia și Norvegia	-	-	-	-	32,0 (154 769)	45,7 (83 075)	17,2 (58 990)

Estimările privind prevalența în rândul populației școlare sunt extrase din ancheta ESPAD 2015, exceptând Belgia (2017, doar Flandra), Bulgaria (2017), Germania (2011), Italia (2017), Luxemburg (2014, vârsta 15 ani), Spania (2016), Suedia (2017) și Regatul Unit (2016, doar Anglia, vârsta 15 ani). Din cauza lipsei de siguranță privind procedurile de culegere a datelor, este posibil ca datele din Letonia să nu fie comparabile.

Estimările privind prevalența în rândul populației generale din Regatul Unit se referă doar la Anglia și Țara Galilor. Interval de vârstă pentru ratele prevalenței în populația generală: Franța, Germania, Grecia și Ungaria – 18-64, 18-34; Danemarca și Norvegia – 16-64, 16-34; Malta – 18-65; Suedia – 17-34; Regatul Unit – 16-59, 16-34.

Datele pentru persoanele admise la tratament sunt pentru anul 2017 sau cel mai recent an disponibil: Estonia și Spania – 2016; Țările de Jos – 2015.

(¹) Din cauza modificărilor survenite în sistemul de raportare a admițiilor la tratament, sunt prezentate doar procente.

(²) Datele privind consumatorii admiși la tratament se referă la îngrijirea spitalicească și la centrele specializate cu regim ambulatoriu. Datele indicate nu reprezintă tabloul național complet.

TABELUL A6

ALȚI INDICATORI

Țara	Decese induse de consumul de droguri			Diagnosticări cu HIV asociate consumului de droguri injectabile (ECDC)	Estimare privind consumul de droguri injectabile		Seringi distribuite prin programe specializate
	Anul	Toate vârstele	15-64 de ani		anul estimării	cazuri la 1 000 de persoane	
		total	cazuri la un milion de persoane (total)	cazuri la un milion de persoane (total)			total
Belgia	2014	61	8 (60)	0,6 (7)	2015	2,32-4,61	1 203 077
Bulgaria	2017	18	4 (18)	4,4 (31)	–	–	52 927
Cehia	2017	42	5 (35)	0,5 (5)	2017	6,18-6,47	6 409 862
Danemarca ⁽¹⁾	2016	237	55 (202)	1 (6)	–	–	–
Germania ⁽¹⁾ ⁽²⁾	2017	1 272	21 (1 120)	1,5 (127)	–	–	–
Estonia	2017	110	130 (110)	10,6 (14)	2015	9,01-11,25	1 997 158
Irlanda	2015	224	69 (215)	2,9 (14)	–	–	519 578
Grecia	2017	62	– (–)	8 (86)	2017	0,43-0,68	278 415
Spania ⁽³⁾	2016	483	16 (482)	2,3 (105)	2016	0,25-0,57	1 503 111
Franța ⁽⁴⁾	2015	373	7 (299)	0,6 (43)	2017	2,58-3,29	11 907 416
Croația	2017	65	23 (64)	0 (0)	2015	1,79-2,87	244 299
Italia	2017	294	8 (293)	1,6 (94)	–	–	–
Cipru	2017	16	26 (15)	0 (0)	2017	0,38-0,59	245
Letonia	2017	22	17 (22)	40 (78)	2016	5,31-6,83	833 817
Lituania	2017	83	44 (83)	47,8 (136)	2016	4,37-4,89	251 370
Luxemburg	2017	8	19 (8)	15,2 (9)	2015	3,77	447 681
Ungaria	2017	33	5 (33)	0,1 (1)	2015	0,98	137 580
Malta	2017	5	16 (5)	0 (0)	–	–	315 541
Țările de Jos	2017	262	22 (243)	0,1 (2)	2015	0,07-0,09	–
Austria	2017	154	26 (151)	1,4 (12)	–	–	6 293 593
Polonia ⁽¹⁾	2016	204	7 (181)	0,7 (27)	–	–	59 958
Portugalia	2016	30	4 (30)	1,7 (18)	2015	1,00-4,46	1 421 666
România ⁽⁵⁾	2017	32	2 (32)	4,4 (86)	–	–	1 095 284
Slovenia	2017	47	32 (44)	0 (0)	–	–	578 926
Slovacia	2017	19	5 (18)	0 (0)	–	–	395 877
Finlanda	2017	200	55 (189)	1,8 (10)	2012	4,1-6,7	5 824 467
Suedia	2017	626	92 (574)	2 (20)	–	–	517 381
Regatul Unit ⁽⁶⁾	2016	3 256	74 (3 108)	1,7 (115)	2004-11	2,87-3,22	–
Turcia ⁽¹⁾	2017	941	17 (907)	0,2 (14)	–	–	–
Norvegia	2016	282	75 (258)	1,3 (7)	2016	2,15-3,04	2 884 230
Uniunea Europeană	–	8 238	23 (7 634)	2,0 (1 046)	–	–	–
UE, Turcia și Norvegia	–	9 461	22,6 (8 799)	1,8 (1 067)	–	–	–

(1) În unele cazuri, intervalul de vârstă nu este specificat; aceste cazuri nu au fost luate în calcul la determinarea ratei mortalității: Germania (147), Danemarca (5), Polonia (1), Turcia (22).

(2) Datele privind infectările cu HIV în Germania se referă la anul 2016.

(3) Datele privind seringile distribuite prin programe specializate se referă la anul 2016.

(4) Datele privind seringile distribuite prin programe specializate se referă la anul 2015.

(5) Decesele induse de consumul de droguri: acoperire la scară mai mică decât cea națională.

(6) Datele din Regatul Unit privind seringile: Anglia – nu există date; Scoția – 4 401 387; Țara Galilor – 2 630 382 (ambele valori din 2017); Irlanda de Nord – 310 005 (2016).

TABELUL A7

CAPTURI

Țara	Heroină		Cocaină		Amfetamine		MDMA, MDA, MDEA	
	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	53	1 790	44 752	4 695	163	2 855	491 183 (-)	1 692
Bulgaria	698	32	42	30	406	80	2 335 (322)	41
Cehia	19	90	27	227	95	1 703	15 279 (5)	387
Danemarca	16	561	151	4 786	322	2 244	2 731 476 (34)	933
Germania	298	-	8 166	-	1 784	-	693 668 (-)	-
Estonia	<0,1	3	17	154	33	454	- (6)	310
Irlanda	-	765	-	792	-	91	- (-)	344
Grecia	359	1 952	234	596	164	16	589 (6)	83
Spania	524	7 283	40 960	42 206	272	4 505	363 138 (-)	3 569
Franța	658	4 544	17 500	12 214	405	773	1 130 839 (-)	1 073
Croația	27	140	466	418	38	775	- (9)	743
Italia	610	2 296	4 084	7 812	72	271	10 844 (8)	267
Cipru	0,4	4	8	118	1	73	159 (3)	13
Letonia	0,2	66	2	61	21	502	3 660 (28)	169
Lituania	4	173	623	98	28	278	- (22)	140
Luxemburg	1	69	3	222	0,2	26	956 (<0,1)	25
Ungaria	21	34	6	276	25	973	51 836 (1)	650
Malta	13	25	0,3	232	<0,1	1	405 (<0,1)	99
Țările de Jos (*)	1 110	-	14 629	-	146	-	- (1 250)	-
Austria	70	967	71	1 571	55	1 488	446 465 (4)	1 183
Polonia	2	2	69	9	608	33	- (-)	-
Portugalia	29	492	2 734	816	1	51	1 598 (2)	282
România	4	222	8	169	2	115	18 810 (0,9)	477
Slovenia	11	286	12	277	6	242	1 537 (1)	63
Slovacia	0,6	41	3	42	4	661	2 448 (<0,1)	74
Finlanda	0,4	138	7	383	259	2 263	66 420 (-)	695
Suedia	45	675	162	3 640	770	5 524	34 919 (24)	1 993
Regatul Unit	844	11 075	5 697	18 912	1 356	4 043	513 259 (2)	3 483
Turcia	17 385	12 932	1 476	3 829	7 268	9 405	8 606 765 (-)	6 663
Norvegia	99	628	80	1 185	503	5 734	33 657 (12)	1 122
Uniunea Europeană	5 418	36 786	140 435	104 348	7 037	43 720	6 581 823 (1 727)	22 803
UE, Turcia și Norvegia	22 902	50 346	141 990	109 362	14 808	58 859	15 222 245 (1 739)	30 588

Notă: Grupul „amfetaminelor” cuprinde amfetamina și metamfetamina.

Toate datele sunt pentru anul 2017 sau pentru cel mai recent an.

(*) Datele privind numărul și cantitatea capturilor nu provin de la toate unitățile relevante de aplicare a legii, deci trebuie considerate cifre minime parțiale. Capturile de cocaină cuprind majoritatea capturilor mari.

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	947	6 133	946	28 519	416 576 (-)	1 234
Bulgaria	0,2	9	1 580	57	16 087 (33 822)	102
Cehia	9	173	1 095	5 369	54 392 (-)	502
Danemarca	6 637	16 678	293	1 803	38 859 (236)	380
Germania	1 295	-	7 731	-	101 598 (-)	-
Estonia	80	54	54	823	- (24)	35
Irlanda	-	257	-	1 546	- (-)	280
Grecia	6 251	257	24 940	8 866	46 907 (-)	742
Spania	334 919	157 346	34 517	151 968	1 124 674 (-)	3 038
Franța	67 300	82 797	20 200	44 301	137 074 (-)	395
Croația	8	351	2 410	7 057	7 405 (-)	213
Italia	18 755	8 922	90 097	11 253	265 635 (-)	1 545
Cipru	1	8	151	826	161 (-)	23
Letonia	202	36	43	848	- (102)	55
Lituania	2 089	53	124	924	- (-)	-
Luxemburg	19	348	113	935	74 (-)	13
Ungaria	114	153	3 674	3 751	5 287 (-)	156
Malta	591	109	0,2	175	11 (-)	5
Țările de Jos (*)	942	-	3 104	-	722 618 (-)	-
Austria	100	1 841	1 557	16 969	31 102 (-)	533
Polonia	1 237	18	1 043	93	448 (-)	8
Portugalia	14 790	3 647	410	437	22 910 (-)	158
România	6	185	276	2 861	6 780 (1 540)	179
Slovenia	20	126	838	3 768	13 594 (-)	218
Slovacia	1	26	144	1 115	2 299 (-)	31
Finlanda	693	252	322	1 158	15 200 (-)	1 150
Suedia	2 809	13 140	1 125	8 825	- (-)	-
Regatul Unit	6 281	12 093	12 615	103 695	340 531 (-)	9 583
Turcia	81 429	8 718	94 379	41 929	- (-)	3 143
Norvegia	2 035	9 533	385	3 473	- (43)	167
Uniunea Europeană	466 097	311 071	209 401	440 295	3 370 222 (35 725)	22 745
UE, Turcia și Norvegia	549 561	329 322	304 165	485 697	3 370 222 (35 768)	26 055

Notă: Toate datele sunt pentru anul 2017 sau pentru cel mai recent an.

(*) Datele privind numărul și cantitatea capturilor nu provin de la toate unitățile relevante de aplicare a legii, deci trebuie considerate cifre minime parțiale.

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

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

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

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).

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 2019](#).

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 factorii de decizie și consilierii acestora, practicienii și cercetătorii 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.

