



Observatorul European pentru
Droguri și Toxicomanie

ISSN 1725-3918

RAPORTUL ANUAL 2005

SITUAȚIA PROBLEMEI DROGURILOR
ÎN EUROPA



Observatorul European pentru
Droguri și Toxicomanie

RAPORTUL ANUAL 2005

SITUAȚIA PROBLEMEI DROGURILOR
ÎN EUROPA

Notă

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

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

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

Număr de telefon gratuit (*):

00 800 6 7 8 9 10 11

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

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

Datele de catalogare se găsesc la sfârșitul publicației.

Luxemburg: Oficiul pentru Publicații Oficiale al Comunităților Europene, 2005

ISBN 92-9168-242-X

© Observatorul European pentru Droguri și Toxicomanie, 2005

Reproducerea este permisă numai cu menționarea sursei.

Printed in Belgium

TIPĂRIT PE HARTIE ALBĂ, FĂRĂ CLOR.



Observatorul European pentru
Droguri și Toxicomanie

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

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

info@emcdda.eu.int • <http://www.emcdda.eu.int>

Cuprins

Cuvânt înainte	5
Mulțumiri	7
Notă introductivă	9
Comentariu – identificarea tendințelor din domeniul drogurilor în Europa	11
Capitolul 1	
Noi evoluții în domeniul politicilor și al legislației	18
Capitolul 2	
Școala, tinerii și drogurile	27
Capitolul 3	
Canabis	36
Capitolul 4	
Stimulatoare de tipul amfetaminelor, LSD și alte droguri sintetice	45
Capitolul 5	
Cocaina și cocaina crack	56
Capitolul 6	
Heroina și consumul de droguri injectabile	63
Capitolul 7	
Aspecte legate de infracționalitate și închisoare	84
Bibliografie	89



Cuvânt înainte

Raportul anual al Observatorului European pentru Droguri și Toxicomanie (OEDT) pe anul acesta este însoțit de elemente suplimentare disponibile online, inclusiv de noul nostru buletin statistic, aflat acum în al doilea an de apariție, care s-a dezvoltat ajungând să cuprindă peste 200 de tabele sursă de date cantitative privind situația din Europa în domeniul drogurilor.

OEDT lucrează cu statele membre ale Uniunii Europene de peste 10 ani pentru a elabora o imagine cuprinzătoare a fenomenului european al drogurilor. Cantitatea și calitatea datelor care sunt acum disponibile și pot fi folosite în analiza din prezentul raport anual reflectă nu doar realizările tehnice ale grupurilor de lucru științifice care furnizează informații, ci și angajamentul factorilor de decizie din întreaga Europă de a investi în procesul de colectare a datelor și de a susține acest proces. Acesta este un exemplu concret de beneficii ale cooperării la nivel european. Între statele membre există diferențe nu doar în privința problemelor legate de droguri cu care se confruntă, ci și în modul în care au intervenit pentru rezolvarea acestor probleme. Deși există astfel de diferențe, a apărut și ceea ce am putea considera o perspectivă europeană asupra problemei drogurilor. În prezent există un consens puternic cu privire la nevoia de a fundamenta acțiunile pe o bună înțelegere a situației, de a împărtăși experiența legată de ceea ce funcționează și de a coopera în vederea obținerii unor beneficii comune ori de câte ori este posibil. Aceste aspirații se regăsesc în noua strategie și în noul plan de acțiune ale Uniunii Europene în domeniul drogurilor și constituie temele cheie ale acestui raport.

În raportul nostru anual sunt evidențiate multe domenii importante în privința cărora există preocupări legate de modul în care consumul de droguri produce un impact atât asupra cetățenilor cât și asupra comunităților în care trăiesc aceștia. Atragem atenția asupra problemelor nou apărute cu care ne confruntăm în prezent, cum sunt creșterea consumului de droguri stimulatoare, în special de

cocaină, în unele părți ale Europei, sau creșterea continuă a numărului de tineri europeni care experimentează drogurile. În mod evident, mai sunt încă multe de făcut pentru a îmbunătăți reacția la consumul de droguri în Europa. Cu toate acestea, putem prezenta în raportul nostru mai multe evoluții pozitive, nu în ultimul rând extinderea serviciilor pentru persoanele cu probleme legate de droguri, precum și semne de stabilizare și chiar de diminuare a gravității situației celor mai nocive aspecte ale acestui fenomen. Astfel, acest raport nu se oprește la prezentarea câtorva dintre problemele de importanță cheie cu care ne confruntăm, ci pune în lumină ceea ce ar putea reprezenta drumul înainte în domeniul abordării eficiente a problemei drogurilor în Europa.

Remarcăm cu plăcere faptul că în acest an s-a înregistrat din nou o creștere a volumului de date disponibile din noile state membre ale Uniunii Europene. Pe lângă raportările privind situația din Uniunea extinsă, dacă au fost disponibile, am inclus și date din Bulgaria, România și Turcia și câteva analize privind evoluțiile internaționale importante. Natura globală a problemei drogurilor ne impune integrarea analizei noastre europene într-un context mai larg. Traficul și consumul de droguri sunt legate inextricabil de multe dintre cele mai presante preocupări din prezent. Consumul de droguri are un impact asupra sănătății și a dezvoltării globale, asupra infracțiunilor și a siguranței personale, și asupra securității internaționale. Raportul nostru se concentrează foarte mult asupra situației din Europa, dar nu ne putem permite să ignorăm faptul că abordăm o problemă cu dimensiuni globale.

Marcel Reimen

Președinte, Consiliul de administrație al OEDT

Wolfgang Götz

Director, OEDT



Mulțumiri

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

- responsabililor punctelor naționale de convergență Reitox și personalului acestora;
- serviciilor din fiecare stat membru care au colectat date brute pentru acest raport;
- membrilor Consiliului de administrație și ai Comitetului științific ale OEDT și participanților la grupurile de lucru tehnice din rețeaua OEDT/Reitox;
- Parlamentului European, Consiliului Uniunii Europene – și în special Grupului de lucru orizontal al Consiliului pentru droguri – și Comisiei Europene;
- Swedish Council for Information on Alcohol and other Drugs (Consiliului suedez pentru informații privind alcoolul și alte droguri) (CAN), Pompidou Group of the Council of Europe (Grupului Pompidou al Consiliului Europei), Biroului Națiunilor Unite pentru Droguri și Criminalitate, Organizației Mondiale a Sănătății, Europolului, Interpolului și European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS (Centrului European pentru monitorizarea epidemiologică a SIDA);
- Translation Centre for Bodies of the European Union (Centrului de traduceri pentru organismele Uniunii Europene) și Office for Official Publications of the European Communities (Oficiului pentru Publicații Oficiale al Comunităților Europene);
- Prepress Projects Ltd.

Puncte focale naționale Reitox

Reitox este rețeaua europeană de informare privind drogurile și dependența de droguri. Rețeaua se compune din puncte focale naționale situate în statele membre ale UE, în Norvegia, țările candidate și la Comisia Europeană. Aflate în aria de responsabilitate a guvernelor respective, punctele focale sunt autoritățile naționale care furnizează agenției OEDT informații privind drogurile.

Datele de contact ale punctelor focale naționale se află la adresa Web:
<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1596>



Notă introductivă

Prezentul raport anual se bazează pe informațiile furnizate agenției OEDT de statele membre, țările candidate și Norvegia (care participă la activitatea OEDT din 2001), sub forma de rapoarte naționale. Datele statistice prezentate în raport se referă la anul 2003 (sau la cel mai recent an pentru care sunt disponibile informații). Este posibil ca graficele și tabelele din prezentul raport să ilustreze doar situația din anumite țări UE, selectate pe baza disponibilității datelor pe perioada relevantă.

Versiunea on-line a raportului anual este disponibilă în 22 de limbi și se află la adresa Web <http://annualreport.emcdda.eu.int>.

Buletinul statistic pentru anul 2005 (<http://stats05.emcdda.eu.int>) prezintă întregul set de tabele-sursă pe care se bazează analiza statistică prezentată în raportul anual. De asemenea, buletinul oferă detalii suplimentare privind metodologia utilizată și peste 100 de grafice statistice suplimentare.

Profilurile de date ale țărilor (<http://datapfiles05.emcdda.eu.int>) prezintă o sinteză în format grafic, foarte importantă, a aspectelor esențiale ale situației drogurilor din fiecare țară.

Trei studii bine documentate și cuprinzătoare însoțesc prezentul raport, reliefând următoarele aspecte:

- tulburarea ordinii publice legată de droguri: tendințe ale politicilor și măsurilor;
- alternative la pedeapsa cu închisoarea: abordarea consumatorilor problematici de droguri care comit infracțiuni în Uniunea Europeană, și
- buprenorfina: tratament, abuz și practici de prescriere.

Aspectele selectate sunt disponibile pe suport hârtie și on-line (<http://issues05.emcdda.eu.int>), doar în limba engleză.

Rapoartele naționale ale punctelor focale Reitox oferă o descriere și analiză detaliată a problemei drogurilor în fiecare țară și sunt disponibile pe site-ul web al agenției OEDT (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=435>).



Comentariu – identificarea tendințelor din domeniul drogurilor în Europa

Elaborarea unei prezentări a situației din Europa

Această secțiune oferă o prezentare generală a principalelor evoluții și tendințe din domeniul drogurilor în Europa. Prezentarea a fost elaborată pe baza informațiilor din mai multe surse și luând în considerare atât punctele forte cât și punctele slabe ale bazei de dovezi disponibile în prezent. Comentariul din acest an cuprinde și o evaluare a modului în care noile date disponibile în 2005 ne ajută să înțelegem tendințele pe termen mediu și lung care caracterizează situația drogurilor din Europa.

Problemele legate de consumul de mai multe droguri complică atât înțelegerea problemelor legate de consumul de droguri cât și reacția la acestea

În cea mai mare parte a prezentului raport, metoda analitică adoptată a constat în abordarea separată a fiecăreia din principalele substanțe consumate. Această abordare bazată pe tip de droguri este ușor de înțeles din punct de vedere conceptual și prezintă avantajul suplimentar că majoritatea indicatorilor consumului de droguri se bazează pe măsuri comportamentale specifice fiecărei substanțe. Dezavantajul unei astfel de abordări este că nu reflectă faptul că un consum combinat de mai multe droguri constituie un factor de importanță majoră în cadrul problemelor din domeniul drogurilor în Europa. Analiza impactului consumului de droguri asupra sănătății publice trebuie să ia în considerare situația complexă a consumului combinat de substanțe psihoactive, printre care se numără atât alcoolul cât și tutunul. De exemplu, în Europa, cannabisul este fumat adesea cu tutun, fapt care are implicații atât în ceea ce privește reducerea consecințelor negative care pot fi asociate acestui comportament, cât și pentru informarea în domeniul activităților de prevenire a consumului de droguri. Analizele toxicologice efectuate în cazul deceselor legate de consumul de droguri semnalează adesea prezența mai multor substanțe iar consumul paralel de alcool este cunoscut ca factor de creștere a riscului asociat atât consumului de heroină, cât și celui de cocaină. Mai mult, concentrarea asupra tendințelor unei substanțe poate fi înșelătoare dacă nu sunt luate în considerare relațiile dintre diferitele tipuri de droguri; de exemplu, prezentul raport conține dovezi care sugerează o creștere a disponibilității opiaceelor sintetice, acest aspect fiind important pentru orice analiză a tendințelor în consumul de heroină. În mod similar, ar putea fi utilă luarea în considerare a eventualelor suprapuneri ale tendințelor în consumul de diferite droguri stimulatoare și evaluarea în

cadru fiecărei analize a măsurii în care este posibil ca modificările observate să fie provocate de schimbări ale modelelor de consum.

În rezumat, majoritatea celor care se prezintă la centrele de tratament din Europa pentru o problemă legată de droguri au consumat mai multe substanțe. Este necesar să se elaboreze metode mai bune de raportare privind acest aspect de importanță cheie al consumului de droguri și să înțelegem modul în care consumul de mai multe droguri va afecta eficiența intervențiilor.

Tinerii și consumul de droguri – crește consumul de cannabis, dar apar modele noi

În Europa, consumul de droguri rămâne în mare măsură un fenomen specific tineretului, și în special bărbaiilor tineri. Datele din sondajele realizate la nivelul populației și în școli furnizează o perspectivă utilă asupra modului în care s-au dezvoltat modelele de consum de droguri din Europa după a doua jumătate a anilor 1990. În raportul anual pentru acest an vor putea fi incluse datele rezultate din ultima rundă a studiului din cadrul Proiectului european pentru sondaje privind alcoolul și alte droguri în școli (ESPAD), care constituie o sursă valoroasă de date pentru monitorizarea consumului de droguri la nivelul populației din școli și pentru depistarea tendințelor în timp.

Ansamblul datelor disponibile arată în mod clar că există diferențe considerabile de la o țară la alta în ceea ce privește consumul de cannabis. Deși după a doua jumătate a anilor 1990 tendința predominantă din Europa a fost de creștere, unele țări prezintă un model mai stabil. De exemplu, deși începând din 1990 ratele consumului de cannabis au fost deosebit de mari în Regatul Unit, ele s-au menținut stabile pe parcursul acestei perioade. În plus, nivelurile consumului de cannabis s-au modificat foarte puțin în mai multe țări în care prevalența era redusă, inclusiv în Suedia și Finlanda, în nordul Europei și în Grecia și Malta, în sudul acesteia. Majoritatea creșterilor consumului de cannabis înregistrate de ESPAD după 1999 au survenit în noile state membre ale Uniunii Europene. Analiza datelor din școli și rezultatele sondajelor de la nivelul populației generale sugerează că, sub majoritatea aspectelor, Republica Cehă, Spania și Franța s-au alăturat Regatului Unit formând un grup al țărilor cu prevalență ridicată.

În Europa se intensifică preocupările legate de impactul negativ al consumului de cannabis, deși există puțin informații privind gradul în care consumul acestui drog produce probleme de sănătate publică. Datele existente

privind cererile de tratament pentru dependența de droguri din Europa plasează canabisul pe locul doi, acesta fiind devansat doar de opiacee, deși canabisul reprezintă în continuare numai 12 % din totalul cererilor de tratament iar situația de ansamblu este influențată în mare măsură de situația dintr-un număr relativ mic de țări. Datele privind consumul regulat și intensiv de cannabis sunt esențiale pentru înțelegerea posibilelor legături dintre consumul de cannabis și sănătatea publică, în prezent însă aceste informații sunt limitate. Deși datele disponibile sugerează că este posibil ca până la trei milioane de persoane, în majoritate bărbați tineri, să consume zilnic cannabis în Europa, nu se cunoaște gradul în care acest grup se confruntă cu probleme legate de consumul acestui drog.

Care este situația consumului problematic de droguri – se înregistrează o scădere a recrutărilor privind consumul de heroină și consumul prin injectare?

Unul din domeniile care prezintă cele mai mari dificultăți metodologice legate de monitorizarea consumului de droguri este cel al estimării numărului de persoane care consumă droguri în mod cronic și deosebit de distructiv. Indicatorii OEDT pentru consumul problematic de droguri au fost elaborați în vederea estimării acestui tip de consum de droguri, iar în majoritatea țărilor Uniunii Europene indicatorii consumului problematic de droguri reflectă în principal consumul de opiacee și consumul prin injectare. Estimările din prezent sugerează că există probabil între 1,2 și 2,1 milioane de consumatori problematici de droguri în Uniunea Europeană, dintre care 850 000 până la 1,3 milioane sunt probabil consumatori recenți prin injectare. Estimările prevalenței consumului problematic de droguri în timp nu sunt constante, făcând dificilă identificarea tendințelor pe termen lung. Cu toate acestea, pentru statele membre ale Europei celor 15, indicatorii sugerează în linii mari că recrutarea rapidă de consumatori de heroină care s-a înregistrat în toate țările a atins un nivel de vârf la începutul anilor 1990, fiind urmată apoi de o situație mai stabilă. Deși mai multe țări au raportat în continuare creșteri și după 1999, unele indicii recente arată că această situație nu este uniformă și că estimările prevalenței nu oferă o imagine coerentă la nivelul Uniunii Europene. Noile state membre trebuie menționate cu titlu special, întrucât se pare că acestea s-au confruntat cu probleme legate de heroină mai târziu și au o situație mai puțin stabilă.

Numărul de decese legate de consumul de droguri și numărul de cereri de tratament constituie surse suplimentare de informații pentru evaluarea consumului problematic de droguri. Analiza deceselor legate de consumul de droguri (provocate de obicei de supradoze de opiacee) sugerează că victimele constituie o populație în curs de îmbătrânire, numărul de decese înregistrate în

rândul consumatorilor de droguri cu vârste sub 25 de ani fiind în scădere după 1996. Este important faptul că, deși limitate, datele din noile state membre ale Uniunii Europene arată că până recent exista o tendință crescătoare a proporției deceselor în rândul persoanelor cu vârste sub 25 de ani, iar în prezent se pare că se înregistrează un oarecare grad de stabilizare. Pe ansamblu, deși numărul deceselor legate de consumul de droguri în Uniunea Europeană se menține la un nivel ridicat din perspectivă istorică, se pare că punctul de vârf a fost depășit.

În majoritatea țărilor, heroina rămâne principalul drog pentru care clienții solicită tratament. În unele țări, tendințele consumului de heroină în rândul clienților noi ai tratamentului pot fi urmărite în perspectivă istorică, și prezintă o ușoară scădere la nivelul cifrelor absolute începând din 1996. În mod similar, pentru unele țări este raportată o tendință care sugerează îmbătrânirea populației de consumatori de opiacee, deși, din nou, observația nu este valabilă pentru toate țările și se pare că în unele dintre noile state membre – și în acest caz pe baza unor date limitate – consumatorii de opiacee care beneficiază pentru prima dată de tratament sunt relativ tineri. În unele țări europene, în special în statele membre ale Europei celor 15, numărul consumatorilor prin injectare este în scădere în ultimul timp în rândul consumatorilor de opiacee care solicită tratament pentru prima dată, iar în prezent în Europa mai puțin de jumătate dintre clienții noi care solicită tratament pentru dependența de opiacee raportează că își injectează drogul. Și de această dată, tendința de mai sus nu caracterizează noile state membre în care injectarea rămâne principalul mod de administrare a drogului pentru consumatorii de heroină care apelează la serviciile de asistență.

În rezumat, nu există un răspuns simplu la întrebarea dacă în Europa se înregistrează un declin al consumului de heroină sau al consumului prin injectare. În multe privințe, situația din prezent pare mai pozitivă – în ceea ce privește recrutarea în vederea consumului de heroină și a consumului prin injectare – decât cea de la începutul anilor 1990 din statele membre ale Europei celor 15. Dovezile arată că în prezent, în multe țări, situația este relativ stabilă, constatându-se chiar o îmbătrânire a populației, fapt care reflectă probabil o incidență mai redusă. Cu toate acestea, în unele dintre noile state membre, în care escaladarea problemelor legate de heroină constituie evoluții mai recente, injectarea rămâne în continuare modul predominant de administrare a opiaceelor, iar tendințele consumului de heroină din prezent sunt greu de interpretat pe baza datelor disponibile.

Consumul de cocaină și de alte stimulatoare – nu ne putem complăce în această situație

Europa rămâne o piață importantă a drogurilor stimulatoare, iar indicatorii ne fac să credem că, în ansamblu, în Europa tendința în consumul de amfetamină, Ecstasy și cocaină este în continuare în creștere. Ecstasy a depășit, în multe privințe, amfetaminele, ca cel de-al doilea drog consumat în Europa, după cannabis. Cu toate acestea, în Regatul Unit, care, începând din anii 1990, a avut sub majoritatea aspectelor cele mai ridicate rate de prevalență a consumului de Ecstasy și de amfetamine, datele din sondajele efectuate atât în rândul populației generale cât și în școli sugerează că este posibil ca rata consumului ambelor droguri să fie în scădere, foarte importantă în cazul amfetaminelor și mai limitată pentru Ecstasy. Cu toate acestea, ratele de prevalență din Regatul Unit se mențin relativ ridicate în comparație cu cele din alte țări, deși acum diferența este mai puțin marcată, întrucât mai multe țări raportează rate similare de consum, situația fiind asemănătoare cu cea descrisă anterior în ceea ce privește cannabisul.

Prevalența consumului de cocaină variază considerabil în Europa, iar tendința pare în general să fie tot una crescătoare. Datele din sondaje sugerează că, în special în Spania și în Regatul Unit, consumul de cocaină a înregistrat o creștere considerabilă la sfârșitul anilor 1990, iar recent au existat creșteri suplimentare, deși mai reduse. În ambele țări, estimările privind consumul recent de cocaină în rândul adulților tineri sunt mai mari decât cele privind consumul de Ecstasy și de amfetamină.

Impactul consumului de stimulatoare asupra sănătății publice în Europa este dificil de cuantificat, deși dovezile sugerează că nu ne putem declara mulțumiți cu actualele modele de consum. Numărul cererilor de tratament legate de cocaină este în creștere. Deși există variații considerabile de la o țară la alta, cocaina reprezintă aproximativ 10 % din totalul cererilor de tratament din Europa. Consumul de cocaină crack, o formă a drogului puternic asociată cu probleme de sănătate și de alte tipuri, este în continuare limitat în Europa. Rapoartele privind consumul de cocaină crack se limitează în general la câteva orașe importante, dar consecințele negative produse de consumul acestui drog în comunitățile afectate pot fi considerabile. Evaluarea numărului de decese legate de consumul de stimulatoare din Europa este greu de realizat din cauza mai multor aspecte practice și metodologice. Deși acesta este redus în comparație cu numărul raportat de decese legate de consumul de opiacee, este posibil ca numărul de decese legate de consumul de stimulatoare să înregistreze o creștere și să fie raportat incomplet. Deși în prezent datele sunt extrem de limitate, se arată că în mai multe țări cocaina are un rol determinant în aproximativ 10 % din totalul deceselor

legate de consumul de droguri. Decesele legate de consumul de Ecstasy sunt în continuare rare în majoritatea țărilor Uniunii Europene, procedurile de alcătuire a rapoartelor putând fi însă îmbunătățite.

Împotriva tendinței globale: nu există semne care să lase să se întrevadă probleme importante legate de metamfetamină în Europa

Metamfetamina este un drog despre care se știe că este puternic asociat cu probleme de sănătate și sociale. La nivel mondial, există preocupări considerabile legate de intensificarea problemelor cu metamfetamina, și se pare că ratele consumului sunt ridicate sau în creștere în Statele Unite, Australia, în unele părți din Africa și într-o mare parte a Asiei de sud-est. Până în prezent, în Europa, consumul de metamfetamină s-a limitat în mare parte la Republica Cehă, care se confruntă de multă vreme cu probleme legate de acest drog. În restul Europei, dispunem doar de raportări sporadice privitoare la disponibilitatea metamfetaminei, de câteva raportări privind capturile și sunt menționate ocazional importuri din Republica Cehă în țările vecine. Cu toate acestea, întrucât multe țări din Europa au legături strânse cu părți ale lumii unde există probleme cu metamfetamina și având în vedere că piața europeană a stimulatoarelor este în creștere, potențialul de răspândire a consumului de metamfetamină nu poate fi ignorat, acesta rămânând un domeniu important care impune vigilență.

Extinderea și dezvoltarea serviciilor pentru persoanele cu probleme legate de droguri

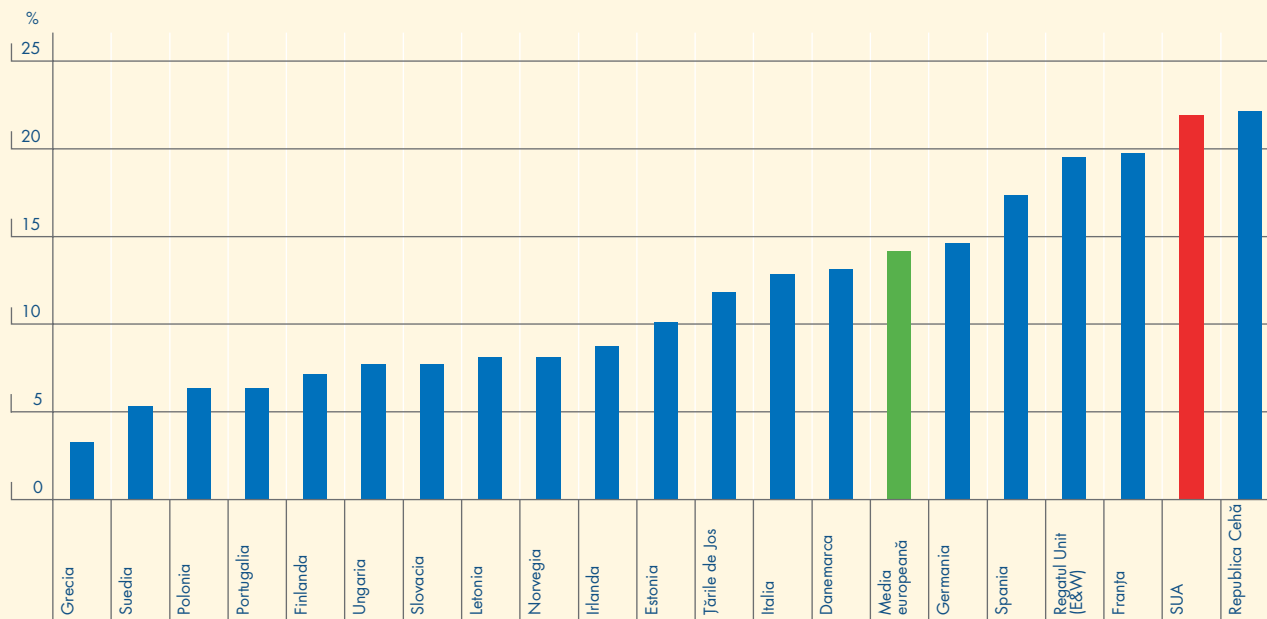
Serviciile pentru persoanele cu probleme legate de droguri pot constitui un bine în plus atât pentru persoanele care consumă droguri cât și pentru comunitățile în care trăiesc acestea. Acest lucru este recunoscut în cadrul multor politici naționale privind drogurile, iar atât noul cât și vechiul Plan de acțiune al Uniunii Europene privind drogurile prevăd extinderea serviciilor pentru persoanele cu probleme legate de droguri. Deși este dificilă cartografierea cuprinzătoare a dimensiunii serviciilor furnizate persoanelor cu probleme legate de droguri în Europa, mai mulți indicatori lasă să se întrevadă că atât serviciile de tratament cât și unele forme de servicii destinate reducerii consecințelor negative ale consumului de droguri au înregistrat o creștere considerabilă. Dincolo de aceste aspecte, natura și amploarea diferitelor tipuri de servicii diferă considerabil de la o țară la alta. Un domeniu de servicii care s-a extins în mod evident în ultimul deceniu este cel al terapiei de substituție pentru opiacee, în special în țările cu niveluri relativ ridicate ale consumului de heroină prin injectare. Metadona se folosește în ceva mai puțin de 80 % din terapia de substituție din Europa și în peste 90 % din terapia de substituție furnizată de serviciile specializate, dar

Consumul de droguri este încă mai scăzut în Europa decât în SUA – dar estimările prevalenței sunt acum similare în unele domenii

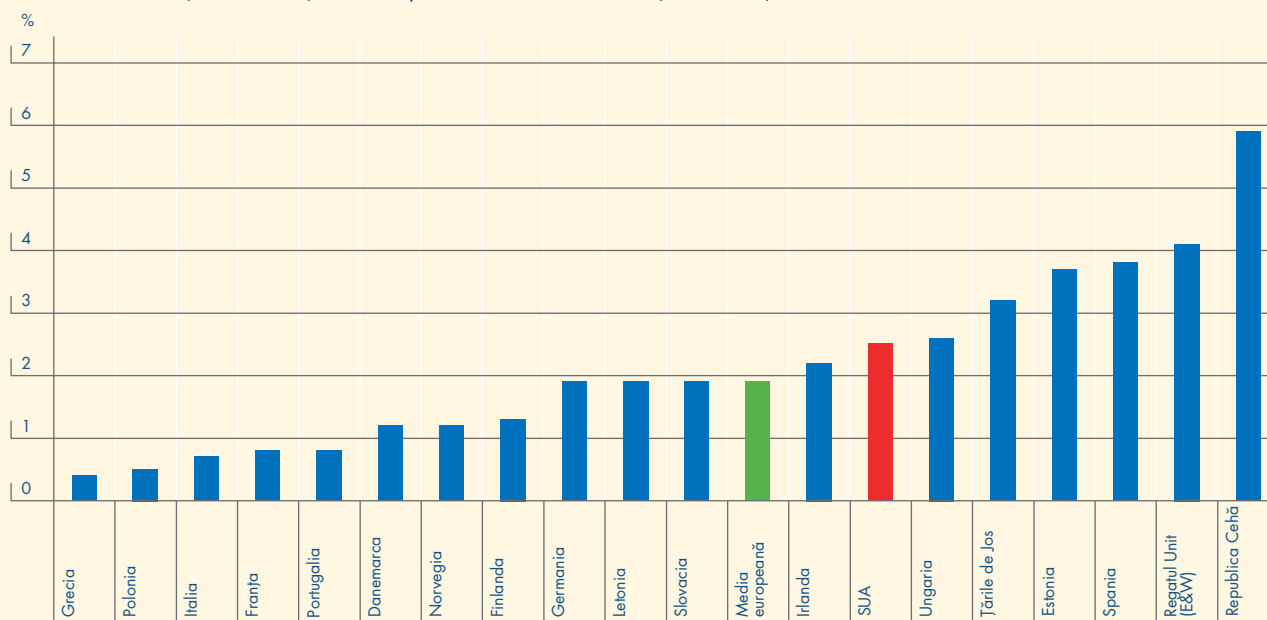
Nivelurile consumului de droguri din SUA au fost în mod istoric considerabil mai ridicate decât cele din țările europene. În mare măsură, acest lucru este valabil și în prezent, dar compararea datelor privind consumul recent (prevalența în ultimul an) sugerează că în câteva țări europene nivelurile consumului de canabis, Ecstasy și cocaină în rândul adulților tineri sunt acum similare cu cele din SUA (vezi Figura). Iar în ceea ce privește consumul recent de Ecstasy de către adulții tineri, estimările pentru Statele Unite sunt mai mici decât cele pentru mai multe țări europene, fapt care este posibil să reflecte rolul important pe care l-a avut Europa în dezvoltarea istorică a consumului acestui drog. Cu toate acestea, pe ansamblu, media pentru populația Uniunii Europene este, conform tuturor evaluărilor, mai scăzută decât cea pentru Statele Unite. În multe țări europene, consumul de droguri pe scară largă a survenit mai târziu decât în SUA, fiind posibil ca acest lucru să fie reflectat de estimările mai ridicate privind rata de prevalență pe parcursul vieții din Statele Unite (Vezi figurile 1, 2 și 3 din Buletinul statistic 2005), care poate fi considerată într-o oarecare măsură un indicator cumulativ al nivelurilor consumului în timp.

Ratele de prevalență a consumului de canabis, de Ecstasy și de cocaină pe parcursul vieții și în ultimul an în rândul adulților tineri (15–34 ani) în Europa și în SUA

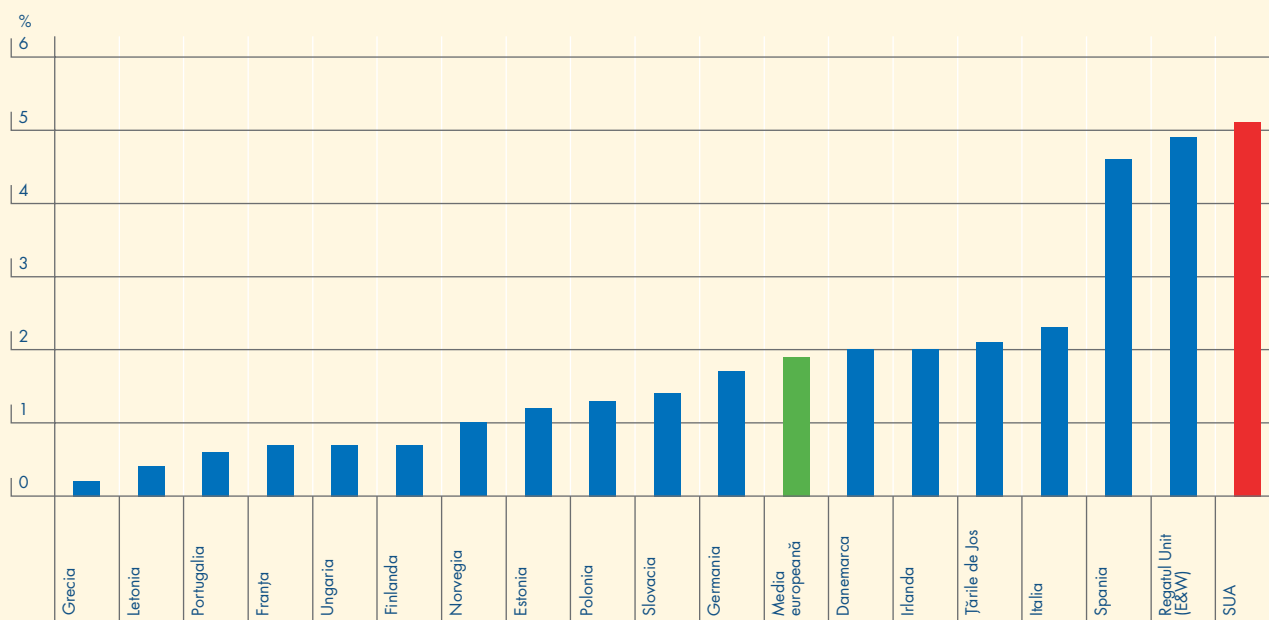
Consumul recent (în ultimul an) de canabis în rândul adulților tineri (15–34 ani)



Consumul recent (în ultimul an) de Ecstasy în rândul adulților tineri (15–34 ani)



Consumul recent (în ultimul an) de cocaină în rândul adulților tineri (15–34 ani)



NB: În Statele Unite studiul s-a derulat în 2003, intervalul de vârstă fiind 16–34 de ani, recalculat pe baza datelor inițiale. În țările europene, majoritatea studiilor (17 din 19) s-au derulat între 2001 și 2004, intervalul standard de vârstă fiind 15–34 (în unele țări limita inferioară a intervalului poate fi 16 sau 18 ani). Rata de prevalență medie europeană a fost calculată ca media dintre ratele de prevalență naționale ponderate de factorul populație națională cu vârsta de 15–34 de ani (2001, date preluate de la Eurostat).

Surse: SUA: SAMHSA, Office of Applied Studies, National Survey on Drug use and Health, 2003 (www.samhsa.gov) și (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>). Europa: Tabelul GPS-11 din buletinul statistic pe 2005 al OEDT. Pe baza rapoartelor naționale Reitox (2004).

buprenorfina devine o opțiune farmacologică din ce în ce mai populară, fiind folosită probabil în aproximativ 20 % din terapiile de substituție din Europa. (Pentru mai multe informații privind utilizarea acestui drog, a se vedea „Buprenorphine: treatment, misuse and prescription practices” („Buprenorfina: tratament, abuz și practici de prescriere”), în secțiunea de extrase care însoțește prezentul raport.) În prezent se estimează că numărul persoanelor care beneficiază de terapie de substituție în Europa este de peste 500 000, ceea ce sugerează că este posibil ca între un sfert și jumătate dintre persoanele care au probleme cu opiaceele să fie incluse în terapia de substituție.

Terapia de substituție nu este singura opțiune pentru persoanele cu probleme legate de opiacee, dar nu există suficiente date privind alte abordări terapeutice care să permită realizarea unor estimări fiabile privind furnizarea acestor servicii la nivelul Uniunii Europene. S-au înregistrat progrese considerabile în elaborarea unor modele de îngrijire pentru persoanele care au probleme cu opiaceele, iar baza de dovezi disponibile pentru evaluarea eficienței în acest domeniu este relativ solidă. Situația este însă diferită pentru consumatorii de alte tipuri de droguri, care se prezintă în număr din ce în ce mai mare la serviciile europene de tratament. Părerile sunt mai împărțite în ceea ce privește cele mai adecvate opțiuni terapeutice pentru

cei care solicită ajutor în probleme legate de stimulatoare sau de cannabis, de exemplu, iar dezvoltarea unor alternative eficiente de tratament pentru acești pacienți va deveni probabil un obiectiv major.

Consumul de droguri, infecția cu HIV și SIDA – intervențiile sunt disponibile pe scară din ce în ce mai largă și este posibil să influențeze tendințele generale

Extinderea serviciilor de tratament nu este singurul domeniu în care serviciile pentru consumatorii cu probleme de droguri s-au îmbunătățit. Programele de schimb de ace și seringi, prin care se furnizează echipament steril consumatorilor de droguri prin injecție, sunt practic prezente în toate statele membre ale Uniunii Europene, iar în majoritatea țărilor tendința pe termen mediu a fost una de creștere atât a dimensiunii activităților cât și a acoperirii geografice. În unele state membre și farmaciile joacă un rol important în extinderea domeniului de aplicare a acestui tip de programe. Programele specializate sunt adesea integrate în cadrul unor servicii mai ample pentru persoanele care au probleme cu drogurile, în special în cadrul agențiilor cu acces necondiționat și, ca atare, sunt adesea considerate o modalitate de stabilire a contactului cu consumatorii activi de droguri și o cale de acces către tratament și alte servicii.

Pe ansamblu, incidența SIDA provocată de injectarea drogurilor este de mai mult timp în scădere. Contactele heterosexuale au depășit în prezent consumul de droguri prin injectare, devenind cel mai important factor de risc pentru dezvoltarea SIDA în Europa. Această situație ar putea fi atribuită disponibilității din ce în ce mai mari a terapiei antiretrovirale extrem de active (HAART) începând din 1996, dezvoltării serviciilor de tratament și a celor destinate reducerii consecințelor negative ale consumului de droguri și scăderii numărului de consumatori prin injectare în majoritatea țărilor afectate. Estimările OMS sugerează că, în majoritatea țărilor europene, peste 75 % dintre persoanele care au nevoie de HAART au acces la aceasta. Cu toate acestea, se estimează că acoperirea este insuficientă în mai multe țări baltice, fapt care ar putea fi reflectat și de creșterea numărului de cazuri noi de SIDA în rândul consumatorilor de droguri prin injectare cel puțin în unele țări din această zonă. A existat o perioadă în care rata cazurilor noi de infecție cu virusul HIV a crescut de asemenea dramatic în unele țări baltice, dar ratele recente au scăzut la fel de dramatic, probabil din cauză că populația cea mai expusă riscului a ajuns la saturație; în plus, deși acest lucru este discutabil, este posibil ca și dezvoltarea furnizării de servicii să fi avut un efect în anumite zone.

În majoritatea celorlalte noi state membre ale Uniunii Europene, ratele de prevalență a HIV rămân reduse, ca și în majoritatea statelor membre ale Europei celor 15. În majoritatea țărilor Uniunii Europene în care ratele de prevalență a HIV au fost în mod istoric ridicate în rândul consumatorilor de droguri prin injectare, s-a înregistrat o scădere considerabilă și apoi o stabilizare. Dar acest lucru nu înseamnă că nu mai există probleme: deși există dificultăți metodologice care îngreunează interpretarea tendințelor la nivel național, unele studii recente au identificat noi cazuri de transmitere în rândul anumitor subpopulații de consumatori de droguri prin injectare, ceea ce ne indică faptul că vigilența este în continuare necesară.

Rapoarte generale privind sancțiunile legale pentru deținerea și consumul de droguri

La nivel european lipsesc în mare măsură datele comparabile privind majoritatea aspectelor care caracterizează relația dintre droguri și infracțiuni. Principala excepție o constituie infracțiunile care contravin legislației privind drogurile, respectiv infracțiunile înregistrate care intră sub incidența legislației privind controlul drogurilor. Deși comparațiile între țări trebuie făcute cu precauție, se pare că între sfârșitul anilor 1990 și 2003 a crescut numărul infracțiunilor care contravin legislației privind drogurile în multe țări din Uniunea Europeană. Creșterile au fost deosebit de evidente în unele

dintre noile state membre. În cele mai multe țări, majoritatea rapoartelor se referă la deținere sau la consum de droguri. În cele mai multe state membre, în majoritatea infracțiunilor este implicat canabisul, iar din 1998 proporția infracțiunilor legate de canabis fie a crescut, fie s-a menținut stabilă. În schimb, proporția infracțiunilor legate de heroină a scăzut în multe țări.

În multe țări europene, se înregistrează o preocupare din ce în ce mai mare privind impactul mai larg al consumului de droguri asupra comunităților în care se produce. Problemele legate de siguranța publică și de expunerea tinerilor la droguri sunt printre cele mai des citate preocupări care pot fi reunite sub titlul „Tulburarea ordinii publice legată de droguri” – această problemă este discutată în detaliu în secțiunea de extrase care însoțește raportul anual, iar în continuarea temei reprezentate de urmărirea penală, există un extras dedicat analizei strategiilor de direcționare a persoanelor cu probleme legate de droguri de la pedepsele privative de libertate spre tratament „Alternatives to imprisonment: targeting offending problem drug users in the EU” – („Alternative la pedeapsa cu închisoarea: abordarea consumatorilor cu probleme de droguri care comit infracțiuni în Uniunea Europeană”).

Evoluții în domeniul politicilor privind drogurile – există elemente comune evidente, dar în contextul respectului față de diferențele naționale

Așa cum demonstrează în mod clar parcurgerea prezentului raport, în Europa există diferențe considerabile între statele membre, atât în ceea ce privește problemele legate de droguri cu care se confruntă, cât și în ceea ce privește politicile și amploarea și natura intervențiilor. Cu toate acestea, există anumite elemente comune situațiilor din domeniul drogurilor cu care se confruntă cele mai multe țări. La nivel de politici, statele membre își exprimă angajamentul politic la nivel general în vederea dezvoltării de intervenții echilibrate și bazate pe probe tangibile, în conformitate cu angajamentele internaționale și, recunoscând că politicile privind drogurile rămân o responsabilitate națională, au în vedere și beneficiile pe care le poate genera o cooperare îmbunătățită la nivel european. Aceste aspirații sunt exprimate în Strategia și planurile de acțiune ale Uniunii Europene privind drogurile. Deși nu și-au atins toate obiectivele ambițioase stabilite, Strategia și planul de acțiune al Uniunii Europene privind drogurile pentru 2000–2004 constituie o dovadă a evoluțiilor importante înregistrate în modul în care statele membre, instituțiile Uniunii Europene și agențiile specializate pot conlucra în vederea coordonării și a evaluării progreselor din domeniul drogurilor. Prin noua Strategie a Uniunii Europene privind drogurile – 2005–2012, se încearcă o continuare a acestui proces.



Capitolul 1

Noi evoluții în domeniul politicilor și al legislației

Introducere

Evoluția politicilor din domeniul drogurilor în statele membre ale Uniunii Europene este în mod inevitabil eterogenă, reflectând astfel diversitatea abordărilor care există la nivel național și european. Totuși, acest aspect nu împiedică prezența unor caracteristici comune care trebuie analizate.

Pe parcursul perioadei incluse în acest raport, cea mai importantă dintre aceste caracteristici o constituie modalitatea în care strategiile privind drogurile sunt evaluate în diferite state membre. În mai multe state membre ale Uniunii Europene se evaluează modul de punere în aplicare a strategiilor naționale privind drogurile. Deși nu se pot încă stabili efectele evaluării asupra politicii privitoare la droguri în ansamblul acesteia, evaluarea a determinat deja o serie de rezultate promițătoare: în prezent, înțelegem mai bine reușitele și eșecurile înregistrate, iar în anumite cazuri, ca urmare a evaluării, s-au alocat mai multe resurse pentru a permite îndeplinirea unor obiective prevăzute în strategii, dar nerealizate. În plus, evaluarea EU Strategy and Action Plan 2000–04 (Strategia și planul de acțiune ale Uniunii Europene pentru 2000–2004) reprezintă primul rezultat al unui proces semnificativ în cadrul căruia statele membre, instituțiile Uniunii Europene și organisme specializate colaborează pentru a evalua progresul înregistrat în domeniul drogurilor. Printre evoluțiile din cadrul politicilor care au avut loc pe parcursul perioadei incluse în acest raport se numără, în anumite țări, reducerea pedepselor pentru consumul de droguri și înăsprirea pedepselor pentru trafic de droguri și infracțiuni legate de droguri care constituie o amenințare la adresa minorilor.

O abordare strategică a politicii privind drogurile în Uniunea Europeană

EU Drugs Strategy 2005–12 (Strategia Uniunii Europene privind drogurile pentru 2005–2012), adoptată de Consiliul European în decembrie 2004, ia în considerare rezultatele evaluării finale a progresului înregistrat pe parcursul perioadei precedente (2000–2004). Această strategie urmărește să confere valoare adăugată

strategiilor naționale, respectând în același timp principiile subsidiarității și proporționalității prevăzute în Tratat. Strategia stabilește două obiective generale pentru Uniunea Europeană în ceea ce privește drogurile:

- de a atinge un nivel ridicat de protecție a sănătății, de bunăstare și coeziune socială prin completarea acțiunilor întreprinse de statele membre în sensul prevenirii și reducerii consumului de droguri și a dependenței de droguri, precum și a efectelor negative ale drogurilor asupra sănătății și structurii societății;
- de a asigura un nivel înalt de securitate pentru publicul larg, prin acțiuni împotriva producției și furnizării de droguri și împotriva traficului transfrontalier, precum și prin intensificarea acțiunilor preventive împotriva infracționalității legate de droguri printr-o colaborare eficientă a statelor membre.

Aceste două obiective acoperă cele șase priorități identificate în strategia Uniunii Europene privind drogurile pentru 2000–2004. Noua strategie reia abordarea integrată, multidisciplinară și echilibrată care implică combinarea măsurilor pentru a reduce atât cererea cât și oferta. Strategia se concentrează asupra acestor două politici și asupra a două teme interdisciplinare – „cooperare internațională” și „informare, cercetare și evaluare” – și asupra „coordonării”.

În februarie 2005, Comisia Europeană a prezentat Parlamentului European și Consiliului o Communication on an EU drugs action plan for the period 2005–08 (Comunicare cu privire la planul de acțiune al Uniunii Europene privind drogurile pentru perioada 2005–2008). OEDT și Europolul au fost consultate în procesul de elaborare a acestui plan de acțiune. Comisia a mai consultat și societatea civilă. Planul de acțiune, care reflectă rezultatele evaluării planului anterior, este astfel elaborat încât, pentru fiecare acțiune, actorii implicați sunt clar identificați, iar instrumentele, indicatorii și datele de evaluare sunt clar precizate. Acest aspect ar trebui să faciliteze monitorizarea ulterioară a acțiunilor, precum și asigurarea unei îndrumări mai eficiente în ceea ce privește punerea în aplicare a planului. Comisia va analiza anual evoluția planului de acțiune și va evalua impactul acestuia, înainte de a propune un plan pentru 2009–2012.

Urmând exemplul Uniunii Europene, s-au adoptat strategii naționale privind drogurile în majoritatea statelor membre. Dintre cele 29 de țări cuprinse în prezentul raport, 26 își desfășoară politica națională privind drogurile în conformitate cu un plan național, o strategie națională sau un document similar. În ceea ce privește celelalte țări, în Italia planul național a fost aprobat de Comitetul național pentru coordonarea activităților antidrog, în martie 2003, și este în prezent analizat la nivelul regiunilor și al provinciilor autonome; Malta și Austria au precizat că, în momentul redactării raportului, declanșaseră deja procedurile de elaborare și adoptare a unei strategii naționale privind drogurile ⁽¹⁾.

În șapte state membre ale Uniunii Europene s-au adoptat noi strategii naționale privind drogurile (vezi Tabelul 1). Principiul conform căruia politicile privind drogurile trebuie să aibă un caracter global și multidisciplinar pare să fie acceptat în toate strategiile naționale privind drogurile ale statelor membre, în conformitate cu modul de abordare a problemei drogurilor de către Uniunea Europeană. Totuși, conținutul strategiilor naționale adoptate de diferite țări poate prezenta diferențe fundamentale, de exemplu în ceea ce privește modul de punere în aplicare a intervențiilor, care poate varia, în ciuda utilizării aceleiași terminologii, sau în ceea ce privește rolul evaluării în cadrul strategiilor, care poate

varia de la important la marginal, și chiar în ceea ce privește adoptarea unor politici importante, cum ar fi reducerea consecințelor negative ale consumului de droguri. Într-adevăr, în cele 26 de documente de politică sau strategie analizate ⁽²⁾, reducerea consecințelor negative ale consumului de droguri pare să fie aspectul asupra căruia există cea mai mare divergență de opinii: problema este considerată extrem de importantă în 12 dintre acestea, este menționată la discutarea altor subiecte în nouă documente și nu este menționată deloc în cinci dintre ele.

Primele rezultate ale evaluării strategiilor privind drogurile

Pe parcursul perioadei de raportare s-a evaluat EU drugs strategy (2000–04) [Strategia Uniunii Europene privind drogurile (2000–2004)]. Consiliul de justiție și afaceri interne din 25–26 octombrie 2004 a analizat Raportul Comisiei privind această evaluare finală ⁽³⁾. S-a urmărit evaluarea măsurii în care planul de acțiune a îndeplinit obiectivele strategiei privind drogurile și a impactului strategiei și al planului de acțiune privind drogurile asupra situației drogurilor în Uniunea Europeană. Acest raport a contribuit și la dezbateră care a dus la adoptarea ⁽⁴⁾ unei noi strategii privind drogurile. La îndeplinirea sarcinii sale de evaluare, Comisia a fost asistată de un comitet de

Tabelul 1: Noi strategii naționale privind drogurile

Țara	Titlul	Calendar sau data adoptării	Obiective	Obiective jintă cuantificabile	Indicatori de performanță	Răspundere pentru execuție	Bugetul de execuție
Estonia	Strategia națională privind prevenirea toxicomaniei	2004–2012	✓	✓	✓	n.d.	n.d.
Estonia	Planul de acțiune orientat pe obiective din cadrul strategiei	2004–2008	✓	✓	✓	✓	✓
Franța	Planul de acțiune împotriva drogurilor ilicite, tutunului și alcoolului	2004–2008	✓	✓	✓	n.d.	✓
Cipru	Strategia națională privind drogurile	2004–2008	✓	n.d.	n.d.	n.d.	✓ ⁽⁵⁾
Lituania ⁽¹⁾	Strategia privind programul național de prevenire toxicomaniei	2004–2008	✓	n.d.	✓	✓	✓
Luxemburg	Strategia și planul de acțiune privind drogurile și toxicomania	2005–2009	✓	✓ ⁽²⁾	✓	✓	✓
Slovenia ⁽¹⁾	Rezoluția privind programul național în domeniul drogurilor	2004–2009	✓	n.d.	n.d.	✓	✓
Finlanda	Programul de acțiune în cadrul politicii privind drogurile	2004–2007	✓	n.d.	n.d.	✓	n.d.

NB: n.d. nu există date disponibile.

⁽¹⁾ Date furnizate de personalul punctelor naționale de convergență.

⁽²⁾ În strategia Luxemburgului nu există obiective jintă cuantificabile pentru reducerea ofertei.

⁽⁵⁾ În strategia Ciprului se arată că, pentru a îndeplini obiectivul strategiei, se vor asigura resursele financiare și umane – nu se indică cifre exacte în text.

⁽¹⁾ Pentru informații suplimentare și definiții, vezi site-ul OEDT (www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1360).

⁽²⁾ Nu există informații disponibile privind acest subiect pentru Malta, Slovacia și Turcia.

⁽³⁾ COM (2004) 707 final.

⁽⁴⁾ Consiliul European (16–17 decembrie 2004) – Concluzii.

coordonare (format din reprezentanți ai Comisiei, ai celor patru state membre care au deținut președinția în perioada 2003–2004, ai OEDT și ai Europolului). Lipsa unor obiective operaționale precise și măsurabile a constituit un obstacol semnificativ în acest proces.

Comunicarea privind evaluarea finală și anexele la aceasta ⁽⁵⁾ au subliniat principalele realizări în domeniul drogurilor la nivel național și al Uniunii Europene, precum și domeniile în care sunt necesare noi progrese. Comunicarea a subliniat faptul că s-au înregistrat progrese în sensul reducerii incidenței problemelor de sănătate legate de droguri [inclusiv privind infecția cu virusul imunodeficienței umane (HIV), hepatita] și a mortalității asociate drogurilor (obiectivul 2 din strategia Uniunii Europene privind drogurile) și, în special, în sensul creșterii disponibilității tratamentului (obiectivul 3). Nu s-a remarcat nici un progres semnificativ în ceea ce privește obiectivul 1, anume, reducerea consumului de droguri. În același sens, nu s-a înregistrat nici o scădere a disponibilității drogurilor (obiectivul 4). Cu toate acestea, obiectivele 4 și 5, luate împreună, s-au dovedit a fi un catalizator pentru mai multe inițiative la nivelul Uniunii Europene care au consolidat măsurile de aplicare a legii împotriva traficului și a ofertei de droguri. Pe durata planului, s-au dezvoltat o serie de inițiative majore pentru combaterea spălării de bani (obiectivul 6.1) și prevenirea deturnării precursorilor (obiectivul 6.2), în special prin modificarea legislației comunitare privind controlul comerțului cu precursori.

Comunicarea a subliniat, de asemenea, nevoia de a continua cercetarea, de exemplu cu privire la factorii biomedicali, psiho-sociali și de altă natură care determină consumul și dependența de droguri, în special în domeniile în care informațiile disponibile sunt încă limitate (de exemplu, consumul pe termen lung de cannabis sau de droguri sintetice). S-a remarcat de asemenea nevoia de a desfășura consultări periodice cu societatea civilă în vederea formulării politicii Uniunii Europene privind drogurile. Comisia a recomandat de asemenea extinderea duratei strategiei Uniunii Europene de la cinci la opt ani, ceea ce ar permite cuprinderea punerii în aplicare a două planuri consecutive de acțiune ale UE în perioada menționată, pentru a sprijini punerea integrală în aplicare și ajustarea inițiativelor, astfel încât să se îndeplinească obiectivele strategiei.

Mai multe acțiuni de evaluare desfășurate la nivel național pe parcursul perioadei de raportare merită să fie discutate. Evaluările realizate de țările care au adoptat o abordare mai „structurată” a strategiei lor naționale privind drogurile prezintă un interes deosebit, întrucât elementele acestor strategii pot fi sintetizate ca documentare formală a obiectivelor, stabilind și

cuantificând obiectivele țintă, identificând autoritatea care răspunde de punerea în aplicare și precizând date de îndeplinire a obiectivelor. Această abordare oferă statelor posibilitatea de a raporta mai ușor cu privire la sarcinile care au fost îndeplinite și de a identifica aspectele problematice, permițând astfel întreprinderea de acțiuni dacă acestea sunt necesare.

Exemple de astfel de abordări se regăsesc în strategiile adoptate de Republica Cehă, Irlanda, Luxemburg, Polonia și Portugalia, cazuri în care evaluarea strategiilor naționale privind drogurile a evidențiat sau ar putea evidenția acțiunile care au fost îndeplinite și sarcinile nerealizate în privința cărora trebuie să se acționeze. Evaluarea din anul 2004 a strategiei naționale portugheze privind drogurile oferă un exemplu asupra modului în care abordarea structurată poate sprijini evaluarea progresului înregistrat. Evaluatorii externi au tras concluzia că s-a înregistrat un progres în realizarea unora din cele 30 de obiective principale ale planului portughez de acțiune, opt obiective fiind complet îndeplinite, iar 10 dintre ele parțial îndeplinite; totuși, lipsa informațiilor a indicat faptul că alte obiective au fost greu de evaluat, iar cinci obiective au fost considerate neîndeplinite. În Germania, s-a instituit un comitet de coordonare (Consiliul național pentru dependența de droguri) care să coordoneze planul de acțiune pentru 2003 în sensul punerii acestuia în aplicare și al monitorizării rezultatelor.

Adoptarea unei strategii naționale privind drogurile sau evaluarea reușitei unei strategii anterioare a determinat creșterea bugetului pentru acțiuni legate de droguri în anumite țări. De exemplu, în Grecia, s-a înregistrat o creștere constantă a cheltuielilor pentru servicii conexe de sănătate; în Ungaria, s-au mobilizat fonduri pentru a finanța elementele strategiei care nu fuseseră încă puse în aplicare; iar în Luxemburg, bugetul pentru acțiuni legate de droguri al Ministerului Sănătății a crescut de la aproximativ un milion EUR în 1999 la aproape 6 milioane EUR în 2004. Totuși, în toate statele membre cheltuielile publice pentru problema drogurilor reprezintă doar o mică parte din totalul cheltuielilor publice (între 0,1 % și 0,3 %). Acest aspect reprezintă o explicație parțială a faptului că în Uniunea Europeană nu există nici o legătură directă între creșterea economică și modificările conexe din bugetul general, pe de-o parte, și modificările nivelurilor cheltuielilor publice pentru problema drogurilor, pe de altă parte.

În mai multe state membre ale UE, cheltuielile pentru reducerea ofertei au continuat să constituie partea majoritară a cheltuielilor publice (aproximativ 68–75 % din totalul cheltuielilor legate de droguri) ⁽⁶⁾. Totuși, în câteva țări, inclusiv în Malta și Luxemburg, cheltuielile pentru reducerea cererii au fost aparent mai mari decât cele pentru reducerea ofertei (cheltuielile pentru reducere

⁽⁵⁾ Printre care se numără și EMCDDA–Europol Statistical Snapshot (1999–2004) [Sinteza statistică (1999–2004) a OEDT–Europol] (<http://snapshot.emcdda.eu.int>).

⁽⁶⁾ Vezi extrasul din ‘Public expenditure in the area of drug-demand reduction’ („Cheltuieli publice în domeniul reducerii cererii de droguri”) din Raportul anual al OEDT 2003) (<http://ar2003.emcdda.eu.int/en/page077-en.html>).

cererii reprezentând 66 % și, respectiv, 59 % din totalul cheltuielilor legate de droguri). Nu este însă clar dacă diferența indicată în alocațiile de la buget reprezintă o diferență fundamentală în cadrul priorităților politicilor sau dacă reflectă o notă de subiectivism la colectarea datelor.

Lipsa informațiilor privind cheltuielile publice directe pentru droguri continuă să constituie o problemă. Totuși, există indicii care arată că, pe lângă un interes științific tot mai mare pentru acest domeniu (?), există și un angajament politic în creștere pentru identificarea și descrierea cheltuielilor publice legate de droguri, astfel încât cheltuielile naționale legate de droguri să poată fi cuprinse ca element cheie în evaluările costuri – beneficii. Alături de rețeaua Reitox și de Comisia Europeană, OEDT elaborează în prezent o metodologie care va permite estimări consecvente și credibile ale cheltuielilor publice legate de droguri în cadrul Uniunii Europene, așa cum prevede planul de acțiune al Uniunii Europene pentru 2005.

Acest prim proces de evaluare la nivel național și european reprezintă un mecanism valoros de feedback, prin care factorii de decizie pot fi informați asupra măsurii în care deciziile lor au fost puse în aplicare și cu ce costuri și oferindu-le posibilitatea de a-și mări eforturile în domeniile în care s-au înregistrat probleme sau în care rezultatele evaluării au fost nefavorabile. Deși nu dispunem încă de dovezi clare despre impactul strategiilor naționale privind drogurile asupra fenomenului general al drogurilor (EMCDDA, 2004a), abordarea bazată pe „ținerea scorului” este un semn pozitiv și, să sperăm, va declanșa un curent general în Europa în sensul evaluării detaliate a fiecărei strategii naționale privind drogurile.

Dezbateri în parlamentele naționale și în mass-media

Preocupările societății cu privire la fenomenul drogurilor se reflectă atât în mass-media cât și în dezbaterile parlamentare. Pe parcursul perioadei incluse în acest raport, printre datele privind dezbaterile parlamentare cuprinse în Rapoartele naționale Reitox, subiectele cel mai frecvent menționate au fost „reducerea consecințelor negative ale consumului de droguri” sau intervențiile care sunt cuprinse în această categorie, „consumul de cannabis” și „infracționalitatea legată de droguri și modificările aferente ale legislației privind drogurile”.

Avantajele și dezavantajele terapiei de substituție și ale măsurilor de reducere a consecințelor negative ale consumului de droguri în comparație cu abordările mai permissive privind drogurile au stimulat dezbateri

parlamentare aprinse în Republica Cehă, Estonia, Franța, Irlanda și Norvegia. Printre subiectele care au generat astfel de dezbateri politice aprinse s-au numărat propunerea de a transforma programul de schimb de seringi în program permanent în Suedia, chiar dacă acesta urma să se desfășoare în condiții strict controlate, și propunerea privind instituirea temporară a unor săli pentru efectuarea injecțiilor în Norvegia (vezi extrasul privind legile naționale și tulburarea ordinii publice).

Canabisul a rămas un subiect important de dezbateri, mai ales în Germania, unde accentul a fost pus îndeosebi pe consumul de cannabis de către tineri, precum și în Luxemburg și Portugalia, unde s-a propus ca acesta să fie disponibil pe bază de rețetă. Consumul de cannabis și, în general, consumul de droguri în școli și de către tineri au fost prezentate pe larg de mass-media în Belgia, Republica Cehă, Germania, Cipru, Luxemburg și Austria. În Olanda, atenția instituțiilor de mass-media a fost atrasă de creșterea concentrației de tetrahidrocannabinol (THC) din culturile de cannabis („nederwiet”) și de posibilele consecințe asupra sănătății ale cannabisului extrem de puternic. În Polonia, cannabisul a fost substanța cel mai frecvent prezentată de mass-media, reprezentând 865 din totalul de aproximativ 2 500 de referiri la droguri. În Belgia, Danemarca și câteva consilii locale din Olanda s-au prezentat proiecte de lege care susțineau legalizarea acestei substanțe (cu scopul de a rezolva „problema aprovizionării pe ușa din spate”⁽⁸⁾), provocând o opoziție publică puternică din partea majorității membrilor parlamentului și a miniștrilor din guvern.

Perspectiva unor modificări ale legislației privind drogurile a atras atenția instituțiilor de mass-media și a generat dezbateri politice în Franța și Italia. În Franța, s-a abandonat o propunere care viza înlocuirea condamnărilor la închisoare pentru consum de droguri cu amenzi, întrucât au existat preocupări că o astfel de schimbare ar putea „fi interpretată ca un semn al faptului că drogurile nu sunt foarte periculoase” și că ar putea duce la „o nouă creștere a nivelului de consum și a consumului de la o vârstă fragedă”⁽⁹⁾. În Italia, mass-media au reflectat dezbaterile parlamentare aprinse privind modificările legii din 1990, iar diferențierea pedepselor pentru posesie de droguri a atras atenția instituțiilor de mass-media și a mediului politic în Republica Cehă.

În Republica Cehă, Grecia, Luxemburg, Polonia și Portugalia s-au întreprins diverse activități de cercetare ad-hoc pentru a analiza mesajele din mass-media, iar în Belgia⁽¹⁰⁾, Polonia și Regatul Unit⁽¹¹⁾ s-au desfășurat

(?) În Belgia, Spania, Franța, Luxemburg, Olanda, Finlanda, Suedia și Regatul Unit – pentru referințe detaliate, vezi site-ul OEDT (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1357>).

(8) „Coffee shops” pot deține stocuri de până la 500 g cannabis pentru vânzare, dar nu îl pot procura decât de pe piețe ilegale. Aceasta este așa-numita „problemă a aprovizionării pe ușa din spate”.

(9) MILDT (2004), p. 43, citat în raportul național al Franței.

(10) www.partywise.be

(11) ‘Talk to Frank’ campaign on the risks of cannabis use (Campania „Vorbește cu Frank” privind riscurile consumului de cannabis) (<http://www.talktofrank.com/>).

campanii naționale în mass-media care îi vizau în special pe tineri.

Noi evoluții în programele și legislația Uniunii Europene

O serie de inițiative importante ale Uniunii Europene privind drogurile, identificate în perioada inclusă în acest raport, s-au manifestat în domeniul sănătății publice, al traficului de droguri și al controlului precursorilor și drogurilor sintetice.

Sănătatea publică

La nivel european, prevenirea consumului de droguri este cuprinsă în segmentul de factori determinanți ai stării de sănătate din programul de sănătate publică ⁽¹²⁾. Planul de lucru al acestui program pentru 2004 a pus accentul pe Recomandarea Consiliului din 18 iunie 2003 și pe elaborarea, cu sprijinul OEDT, a unei baze adecvate pentru un inventar al activităților în cadrul Uniunii Europene. Comisia i-a încurajat pe actorii vizajă să înainteze propuneri care să cuprindă o abordare a stilului de viață care să soluționeze toate formele de abuz de substanțe cu potențial de dependență, în special în locuri de recreare (de exemplu, cluburi de noapte) și în închisori. Comisia a fost în mod special interesată de elaborarea unei serii de practici optime și a unor îmbunătățiri în ceea ce privește comunicarea și răspândirea de informații prin tehnici moderne. Comisia a selecționat patru proiecte pentru 2004, ale căror obiective au fost de a preveni comportamentul de risc, de a armoniza cunoștințele internaționale privind efectele secundare biomedicale ale dopării, de a consolida transferul de cunoștințe privind intervențiile legate de consumul de droguri și de a extinde în noile state membre o resursă web existentă conținând informații privind drogurile licite și ilicite.

Traficul de droguri

În 2004, la nivelul Uniunii Europene au fost adoptate mai multe instrumente destinate contracarării traficului de droguri. Decizia-cadru 2004/757/JAI a Consiliului din 25 octombrie 2004 a stabilit dispozițiile minime privind elementele constitutive ale infracțiunilor și pedepsele din domeniul traficului ilicit de droguri ⁽¹³⁾ și constituie un instrument fundamental în abordarea traficului de droguri prin stabilirea unor pedepse minime pentru aceste infracțiuni în statele membre.

În decembrie 2004, Consiliul a ajuns la un acord asupra unei decizii a Consiliului privind schimbul de informații, evaluarea riscurilor și controlul substanțelor psihoactive noi. Această decizie asigură un cadru pentru schimbul

Instituirea unui sistem durabil de monitorizare a sănătății

Instituirea și funcționarea unui sistem durabil de monitorizare a sănătății se numără printre obiectivele cheie ale programului de sănătate publică (2003–2008). Comisia a desfășurat consultări cu statele membre și cu organisme internaționale în vederea stabilirii unei serii de indicatori de sănătate pentru Comunitatea Europeană. În acest context, „decesele legate de consumul de droguri” și „consumul de substanțe psihotrope” au fost incluse în lista propusă a indicatorilor esențiali, consolidând astfel legăturile structurale cu OEDT ca potențial producător de date.

eficient de informații privind noile substanțe psihotrope, precum și un mecanism de control al acestora la nivelul Uniunii Europene.

Consiliul a adoptat la 30 martie 2004 o recomandare privind liniile directoare pentru prelevarea de probe din drogurile confiscate. Aceasta recomandă introducerea de către statele membre, în cazurile în care nu există deja, a unui sistem de prelevare de probe în conformitate cu liniile directoare acceptate la nivel internațional. Consiliul a adoptat de asemenea o Rezoluție privind canabisul și un raport privind evoluția punerii în aplicare a planurilor de reducere a cererii și ofertei de droguri și a ofertei de droguri sintetice.

La 11 februarie 2004, Parlamentul European și Consiliul au adoptat Regulamentul nr. 273/2004 privind precursorii drogurilor ⁽¹⁴⁾. Acesta stabilește măsuri armonizate de control intracomunitar și de urmărire a anumitor substanțe frecvent utilizate la fabricarea ilicită a narcoticelor și a substanțelor psihotrope, în vederea prevenirii deturnării acestor substanțe. În special, regulamentul conține linii directoare destinate statelor membre pentru adoptarea măsurilor necesare care să le permită autorităților lor competente să își îndeplinească atribuțiile de control și de urmărire, precum și informații privind recunoașterea și notificarea tranzacțiilor suspecte. La 22 decembrie 2004, Consiliul a adoptat Regulamentul 111/2005, de stabilire a regulilor de monitorizare a comerțului cu precursori ai drogurilor între Comunitate și țări terțe.

Pe baza unei rezoluții a Consiliului din noiembrie 2002, Comisia Europeană a prezentat un studiu privind o abordare pe bază de liste generice și de urgență a controlului drogurilor sintetice cu ocazia Grupului de lucru orizontal al Consiliului pentru droguri (HDG) din noiembrie 2004. De asemenea, în aprilie 2004, Comisia a prezentat HDG-ului sugestii privind o posibilă ameliorare

⁽¹²⁾ Decizia 1786/2002/CE a Parlamentului European și a Consiliului din 23 septembrie 2002 de adoptare a unui program de acțiune comunitară în domeniul sănătății publice (2003–2008) – *Declarații ale Comisiei Jurnalul Oficial* L271, 09/10/2002, p. 0001–0012.

⁽¹³⁾ JO L335, 11/11/2004, p. 8; vezi și Raportul anual al OEDT pentru 2004 (<http://ar2004.emcdda.eu.int/>).

⁽¹⁴⁾ JO L47, 18/02/2004, p. 1.

suplimentară a metodelor de cartografiere a rețelelor de distribuție a drogurilor sintetice din Uniunea Europeană.

Noi legi naționale

Tinerii

Modificările legislațiilor naționale din mai multe state membre survenite pe parcursul perioadei incluse în acest raport au inclus măsuri de protecție a tinerilor față de infractori și măsuri de intervenție în eventualitatea în care aceștia ar fi tentați să consume droguri.

Protecția poate fi asigurată prin intermediul unor abordări directe sau mai generale. În Ungaria, legea din martie 2003 are ca scop protejarea persoanelor cu vârste sub 18 ani împotriva abuzului de narcotice și înăsprirea pedepselor pentru adulți în cazul infracțiunilor în care sunt implicați minori. În Estonia, modificările de la începutul anului 2004 au determinat instituirea unor pedepse mai stricte în ceea ce privește majoritatea infracțiunilor legate de droguri, inclusiv în ceea ce privește îndemnarea minorilor la consumul ilicit de droguri.

În Danemarca, Legea substanțelor euforizante a fost modificată în iulie 2004; distribuția de droguri în restaurante, discoteci sau în locuri similare frecventate de copii sau de tineri este în prezent considerată circumstanță puternic agravantă. Astfel de infracțiuni se pedepsesc întotdeauna cu închisoare și se intenționează majorarea cu o treime a pedepsei medii cu închisoarea pentru astfel de infracțiuni. Tot astfel, în Spania, din octombrie 2004, traficul în apropierea școlilor constituie o circumstanță agravantă și, în plus, limita de vârstă de la care se consideră că „tinerii” sunt implicați în infracțiuni legate de traficul de droguri a fost majorată de la 16 la 18 ani. În Anglia și Țara Galilor, au fost emise, prin intermediul *Cannabis Enforcement Guidance (Linii directoare pentru aplicarea legii privind cannabisul)* (ACPO, 2003), orientări privind noile elemente de legislație referitoare la modul în care trebuie abordate persoanele identificate ca deținând cannabis în incinta sau în apropierea unor locuri cum ar fi școlile, cluburile pentru tineri sau locurile de joacă.

Printre măsurile de intervenție în domeniul consumului de droguri în rândul tinerilor se numără și două reglementări ale guvernului adoptate în Letonia, în decembrie 2003. Una dintre acestea conține procedurile privind tratamentul instituțional obligatoriu (cu consimțământul părinților) pentru copiii depistați ca făcând uz de droguri, precum și celelalte acțiuni specifice care trebuie întreprinse în cazul depistării de droguri și de alte substanțe toxice într-o școală. În Anglia și Țara Galilor, persoanele cu vârste sub 18 ani arestate pentru infracțiuni legate de cannabis primesc în continuare o mustrare sau un ultim avertisment sau sunt puse sub acuzare de către poliție, în funcție de gravitatea infracțiunii. După ultimul avertisment, tânărul

infractor este îndrumat către o echipă care se ocupă de tinerii infractori (YOT), care va lua dispozițiile necesare în vederea unui tratament sau a altui tip de asistență.

În Republica Cehă, prin Legea privind Justiția Juvenilă, care a intrat în vigoare în 2004, au fost modificate condițiile care se aplică tinerilor implicați în infracțiuni prevăzute în codul penal, acestea având întâietate față de legile cu caracter general. Măsurile penale nu trebuie impuse decât numai dacă sunt necesare, iar măsurile educative pot include interzicerea consumului substanței sau obligația de a urma un tratament. De asemenea, și limita maximă a pedepselor care nu sunt privative de libertate a fost redusă la jumătate din durata pedepselor aplicate adulților. În Polonia, un regulament ministerial din ianuarie 2003 stabilește formele specifice ale activităților educative și de prevenire destinate copiilor și tinerilor expuși pericolului drogurilor. Școlile trebuie să instituie strategii educative și de prevenire.

În octombrie 2003, baza europeană de date juridice privind drogurile (ELDD) a publicat un studiu comparativ asupra legilor privind drogurile și tinerii ⁽¹⁵⁾, care a constituit baza unei lucrări folosite la evaluarea de către Comisia a Planului de acțiune al Uniunii Europene pentru 2000–2004, publicat în octombrie 2004 ⁽¹⁶⁾. Acesta din urmă a identificat 22 de legi adoptate de 11 state membre (din 15) care abordează problemele din planul de acțiune privind tinerii. Majoritatea legilor aveau ca obiectiv oferirea unor alternative la pedeapsa cu închisoarea, deși șase țări au adoptat legi destinate reducerii prevalenței consumului de droguri, în special în rândul tinerilor. Totuși, pe parcursul perioadei de cinci ani, în legislație au apărut puține elemente originale privind aceste aspecte. Pentru o analiză detaliată a măsurilor selective destinate infractorilor tineri care consumă droguri, a se vedea extrasul privind alternativele la pedeapsa cu închisoarea.

Reducerea consecințelor negative ale consumului de droguri

În 2003 și 2004 au fost adoptate mai multe legi care abordau problema reducerii consecințelor negative ale consumului de droguri.

În Franța, a fost adoptată o lege din august 2004 relativă la planul politicii de sănătate sub forma unui plan cincinal prin care politica de reducere a consecințelor negative asupra consumatorilor de droguri este reflectată în reglementările privind sănătatea publică și prin care reducerea consecințelor negative ale consumului de droguri este definită oficial și intră sub jurisdicția statului.

În Finlanda, Legea privind bolile transmisibile a fost modificată prin decret guvernamental, astfel încât să prevadă faptul că specialiștii în boli transmisibile din centrele de sănătate trebuie să întreprindă acțiuni preventive, inclusiv furnizarea de sfaturi medicale

⁽¹⁵⁾ *Young people and drugs: a legal overview (Tinerii și drogurile: prezentare juridică generală)* (<http://eldd.emcdda.eu.int/?nnodeid=5620>).

⁽¹⁶⁾ *Drug law and young people 2000–2004 (Legislația privind drogurile și tinerii 2000–2004)* (<http://eldd.emcdda.eu.int/?nnodeid=9937>).

consumatorilor de droguri administrate intravenos și punerea în aplicare, dacă este necesar, a unor programe de schimb de ace și seringi. În Luxemburg, decretul marelui ducă din decembrie 2003 reglementează programul național de distribuție de seringi definind unitățile și personalul autorizat să furnizeze seringi consumatorilor de droguri. Acest decret se înscrie în cadrul tendinței de a permite deținerea și furnizarea de seringi sterile pe baza unei legislații explicite⁽¹⁷⁾, susținută și de EU action plan 2000–04 (Planul de acțiune al Uniunii Europene pentru 2000–2004), care impune întărirea acțiunilor profilactice. Pentru informații juridice suplimentare, consultați prezentarea generală din ELDD „Legal framework of needle and syringe programmes” („Cadrul legal al programelor pentru ace și seringi”) (18).

Legea privind abuzul de droguri din Regatul Unit a fost modificată în august 2003 pentru a le permite medicilor, farmaciștilor și lucrătorilor care se ocupă de droguri să furnizeze în mod legal tampoane, apă sterilă, anumite ustensile de preparare a amestecurilor (inclusiv linguri, boluri, pahare și farfurii) și acid citric consumatorilor de droguri care au obținut droguri controlate fără rețetă. În iunie 2004, parlamentul norvegian a adoptat, pentru o perioadă de trei ani, Legea provizorie privind folosirea experimentală a sălilor de injectare de droguri. Această lege prevede că persoanele care folosesc o sală de injectare sunt scutite de pedeapsa pentru deținerea și folosirea unei singure doze de drog și permite deschiderea unei săli autorizate de injectare în februarie 2005.

În Republica Cehă, mai multe organizații neguvernamentale (ONG-uri) oferă servicii de testare a tabletelor, cu scopul de a reduce riscul de consum al unor substanțe necunoscute sau indezirabile, deși legalitatea acestor sisteme este intens dezbătută. În 2003, nu au existat cazuri de urmărire penală, iar singurul caz semnalat până în prezent de poliție (un caz din 2002) a fost respins de procuror. Parchetul general a emis ulterior îndrumări în acest sens.

În sensul acestor evoluții legislative, serviciile destinate reducerii consecințelor negative ale consumului de droguri sunt în general recunoscute în cadrul noii strategii și al noului plan de acțiune ale Uniunii Europene ca un răspuns valabil la solicitările privind un acces extins la programele de schimb de ace în vederea reducerii riscurilor legate de droguri pentru sănătatea personală și pentru societate în ansamblul ei.

Pedepse

Pe parcursul perioadei incluse în acest raport, mai multe țări au modificat pedepsele prevăzute în legislațiile lor naționale, care pot fi aplicate pentru diverse infracțiuni, pe

lângă cele menționate anterior și în care sunt implicați în mod deosebit tinerii. De exemplu, anul trecut s-a raportat că Belgia și Regatul Unit au redus în mod efectiv pedeapsa pentru deținere de canabis pentru uz personal. În Belgia, o nouă directivă emisă în februarie 2005 a clarificat excepțiile de la această pedeapsă redusă, impunând urmărirea în justiție în cazurile care implică „tulburarea ordinii publice”. Aici este inclusă deținerea de canabis în sau lângă locuri în care se pot aduna elevi (școli, parcuri, stații de autobuz) și de asemenea deținerea „ostentativă” a acestuia într-o zonă sau într-o clădire publică. În Danemarca, o modificare din mai 2004 la Legea substanțelor euforizante, precum și o circulară emisă de procuratură, stabileau că deținerea de droguri pentru uz personal se pedepsește în mod normal cu amendă și nu prin avertismentele utilizate anterior.

Aceste evoluții urmează modelul schimbărilor aduse pedepselor existente pentru consumatori și traficanți conturat în ultimii ani, conform rapoartelor OEDT (19). De exemplu, în 2003, Belgia a creat o nouă categorie de infracțiune care permite consumatorilor de canabis care nu creează probleme să nu fie urmăriți în justiție, Grecia a redus pedeapsa maximă pentru consumul de droguri de la cinci ani la un an, iar Ungaria a eliminat din codul penal infracțiunea de consum de droguri. În 2002, Estonia a eliminat infracțiunea reprezentată de consumul sau de deținerea repetată de cantități mici de droguri ilicite pentru uz personal (și pedeapsa corespunzătoare la maximum trei ani de închisoare), deși Lituania a adăugat infracțiunea de deținere în codul său penal, cu o pedeapsă cu închisoare de până la doi ani. În 2001, Luxemburgul a dezincriminat consumul de canabis și a eliminat pedeapsa cu închisoarea asociată acestuia în cazurile în care nu există circumstanțe agravante, iar Finlanda a legiferat ca infracțiune consumul de droguri, prevăzând o pedeapsă maximă cu închisoarea mai redusă și urmărirea penală sumară efectuată de către procuror. În 2000, Portugalia a legiferat sancțiuni administrative pentru consumul de droguri, deși în același an Polonia a eliminat scutirea de pedeapsa care putea fi aplicată anterior pentru infracțiunea de deținere. Totuși, acest model nu reflectă o reducere a controlului asupra efectelor produse de consumul de droguri în societate, așa cum se poate vedea din chestiunea prezentată anterior referitoare la tulburarea ordinii publice și restricțiile privind deținerea în apropierea tinerilor.

În ceea ce privește persoanele suspectate de trafic, tendința este de majorare a pedepsei posibile. În Danemarca, pedepsele maxime pentru infracțiunea de trafic au fost majorate cu peste 50 % în martie 2004. La începutul anului 2004, Estonia a legiferat pedepse mai stricte pentru majoritatea infracțiunilor legate de droguri, în special dacă există circumstanțe agravante. În Regatul

(17) Șapte țări au legiferat după 1999: Belgia, Franța, Luxemburg, Polonia, Portugalia, Slovenia și Finlanda.

(18) <http://eldd.emcdda.eu.int/?nnodeid=5036>

(19) Pentru detalii suplimentare vezi lucrarea OEDT intitulată *Illicit drug use in the EU: legislative approaches (Consumul ilicit de droguri: abordări legislative)* (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=7079>).

Unit, pedeapsa maximă pentru traficul de droguri din clasa C a fost majorată de la cinci la paisprezece ani de închisoare. În plus, în ultimii ani, în Grecia, în 2001, în Lituania, în 2000, și în Irlanda, în 1999, s-a pus accentul din ce în ce mai mult asupra pedepselor pentru infracțiunile de distribuire de droguri tinerilor (după cum s-a arătat anterior) și pentru infracțiunea de trafic. Această majorare unanimă a gravității pedepselor pentru traficul de droguri este reflectată în Decizia-cadru europeană din octombrie 2004, de stabilire a dispozițiilor minime privind elementele constitutive ale infracțiunilor și pedepsele din domeniul traficului ilegal de droguri.

Drogurile la locul de muncă

Două țări au făcut cunoscută intenția lor privind legiferarea în privința drogurilor la locul de muncă. În Finlanda, Legea privind protecția vieții private la locul de muncă (759/2004) are ca scop reglementarea și îmbunătățirea aspectelor din viața privată a angajaților în ceea ce privește testele antidrog impuse în viața profesională. Legea prevede că angajatorul și personalul trebuie să elaboreze un program antidrog la locul de muncă, incluzând planuri de prevenire și posibilități de tratament și să elaboreze o listă a posturilor pentru care este necesar un certificat de test antidrog. În cadrul procesului de recrutare, angajatorul nu îi poate solicita un certificat de test antidrog decât candidatului admis. Angajatorul are dreptul să folosească informațiile din certificat dacă pentru ocuparea postului în cauză este nevoie de precizie, siguranță, capacitatea de evaluare independentă sau de promptitudine mentală și dacă prestația sub influența sau în condiții de dependență de droguri ar putea reprezenta o amenințare la adresa vieții

și a sănătății sau ar putea provoca daune considerabile. Pe parcursul perioadei de angajare, angajatul trebuie să furnizeze un certificat numai dacă există motive întemeiate de suspiciune asupra faptului că persoana în cauză este dependentă de droguri sau lucrează sub influența drogurilor.

În Irlanda, Legea privind sănătatea, securitatea și bunăstarea la locul de muncă a fost publicată în iunie 2004. Una dintre secțiuni prevede că lucrătorii au responsabilitatea de a nu se afla sub influența nici unei/unor substanțe toxice când se află la locul de muncă astfel încât să-și pună în pericol propria siguranță, sănătate sau bunăstare și pe a celorlalți. De asemenea, angajații au obligația de a prezenta, la solicitarea rezonabilă a angajatorului, orice teste adecvate efectuate de o persoană competentă, în limite acceptabile și păstrând proporțiile.

Prevenirea în contexte specifice, de exemplu la locul de muncă, este acum subliniată în cadrul noului plan de acțiune al Uniunii Europene. Accentul din ce în ce mai puternic pus pe prevenirea selectivă ar putea să contrabalanseze tendința generală de reducere a severității pedepselor pentru consumatorii de droguri, probabil ca rezultat al preocupării legate de prevalența și frecvența consumului de droguri din Uniunea Europeană. Totuși, nu există cifre exacte privind amploarea reală a acestui fenomen, iar testele antidrog în orice alte scopuri decât pentru stabilirea influenței efective a acestora pot genera probleme juridice complexe privitoare la viața privată în contextul anumitor legi naționale și internaționale. Între timp, se fac în continuare investiții private în vederea îmbunătățirii și accesibilității pentru utilizator a truselor de test de depistare.

Tulburarea ordinii publice legată de droguri: tendințe ale politicilor și măsurilor, în Raportul anual al OEDT 2005: extrase

Tulburarea ordinii publice constituie o preocupare tot mai importantă în cadrul dezbaterii asupra politicilor privind drogurile atât la nivel național cât și la nivel european. Comportamentele și activitățile definite de obicei de termenul „tulburarea ordinii publice legată de droguri” există de mult timp în statele membre, în țările candidate și în Norvegia. Prin urmare, nu este vorba de un fenomen nou, ci mai degrabă de o nouă tendință în cadrul politicilor privind drogurile, care a devenit evidentă cel puțin în câteva state membre, de a clasifica și reuni aceste fenomene într-un concept de tip umbrelă, precum și de a transforma reducerea incidenței acestora în obiectiv al strategiei naționale privind drogurile.

În ce măsură împărtășesc statele europene această tendință? Există un consens privind definiția acestui concept? Cum urmează să se evalueze natura și

amploarea acestor fenomene? Care sunt obiectivele urmărite de politici și ce tipuri de intervenții sunt puse în aplicare, indiferent dacă acestea sunt sau nu concepute, în mod specific și explicit, pentru a reduce tulburarea ordinii publice legată de consumul de droguri? Există deja rezultate ale vreunei evaluări și s-au stabilit standardele de calitate pentru intervenții? Toate acestea se numără printre întrebările esențiale la care prezentul extras încearcă să răspundă.

Prin prezentarea unei analize în timp a evoluției tulburării ordinii publice legate de consumul de droguri în dezbaterile politice din Europa, OEDT urmărește să informeze factorii politici de decizie și publicul larg cu privire la natura fenomenului și la tendințele și măsurile din acest domeniu al politicii privind drogurile.

Acest extras există în format tipărit și pe Internet, numai în limba engleză: „Drug-related public nuisance: trends in policy and preventive measures”, *EMCDDA annual report 2005: Selected issues* (<http://issues05.emcdda.eu.int>).



Capitolul 2

Școala, tinerii și drogurile

Majoritatea datelor comparabile privind consumul de alcool și de droguri în rândul tinerilor provin din sondaje efectuate în rândul elevilor cu vârste cuprinse între 15 și 16 ani. În cadrul Proiectului european pentru sondaje privind alcoolul și alte droguri în școli (ESPAD) au fost realizate sondaje în anii 1995, 1999 și, cel mai recent, în 2003. Sondajul din 2003 (Hibell et al., 2004) a furnizat date comparabile pentru 22 de state membre precum și pentru Norvegia și pentru cele trei țări candidate (Bulgaria, România și Turcia). Alte sondaje realizate în școli (de exemplu, în Olanda, Suedia și Norvegia) și sondajele din cadrul studiului intitulat Comportamentul legat de sănătate al copiilor de vârstă școlară (HBSC) furnizează de

asemenea date privind consumul de droguri de către elevi, iar rezultatele sunt în general foarte asemănătoare.

Prevalența și modelul de consum al drogurilor

Canabis

Datele furnizate de cel mai recent sondaj ESPAD, din 2003, arată că cea mai importantă prevalență a consumului de cannabis pe parcursul vieții la elevii cu vârste între 15 și 16 ani se înregistrează în Republica

The European school survey project on alcohol and other drugs (Proiectul european pentru sondaje privind alcoolul și alte droguri în școli) (ESPAD): o sursă din ce în ce mai completă pentru înțelegerea tendințelor consumului de droguri și de alcool în rândul tinerilor

ESPAD este o sursă importantă de informații privind consumul de droguri și de alcool în rândul elevilor din Europa și are o valoare inestimabilă datorită faptului că înregistrează tendințele în timp. Anchetele ESPAD au fost realizate în 1995, 1999 și 2003. Datorită utilizării metodelor și instrumentelor standardizate asupra eșantioanelor reprezentative la nivel național de elevi în vârstă de 15-16 ani, se asigură un set de date comparabile și de înaltă calitate. Cu fiecare anchetă, participarea la ESPAD a crescut și au participat atât state membre ale Uniunii Europene cât și țări terțe. În 1995, au participat în total 26 de țări europene (inclusiv cele 10 țări care au aderat la Uniunea Europeană în mai 2004). Această cifră a crescut la 30 în 1999, iar ancheta din 2003 a cuprins un număr impresionant de 35 de țări, printre care 23 de state membre ale Uniunii Europene (inclusiv cele 10 state care au aderat la Uniunea Europeană în 2004), trei țări candidate (Bulgaria, România și Turcia) și Norvegia. Spania nu a participat la anchetă, dar raportul ESPAD din 2003 prezintă date din ancheta desfășurată de Spania în școli (PNSD).

Comparabilitatea anchetei ESPAD în școli se bazează pe standardizarea grupei de vârstă țintă și a metodei și momentului de colectare a datelor, pe utilizarea eșantionării randomizate, pe structura clară a chestionarului și asigurarea anonimatului.

Întrebările din anchetă se concentrează asupra consumului de alcool (prevalența pe parcursul vieții, pe 12 luni și 30 de zile, consumul mediu, alcoolismul periodic) și asupra consumului de droguri ilicite (prevalența pe parcursul vieții, pe 12 luni și 30 de zile, inclusiv cât de frecvent s-a produs consumul de droguri în aceste intervale de timp).

Iată câteva dintre principalele rezultate ale anchetei din 2003 desfășurate în statele membre ale Uniunii Europene, în țările candidate și în Norvegia:

- Cannabisul este de departe drogul ilicit cel mai consumat în mod obișnuit.
- Ecstasy este al doilea drog ilegal ca și consum, dar experiența privind acest drog este încă relativ limitată.
- Experiența în ceea ce privește amfetaminele și LSD și alte halucinogene este scăzută.
- Deși prevalența consumului acestora este relativ redusă, ciupercile halucinogene sunt halucinogenele cele mai frecvent utilizate în 12 state membre ale Uniunii Europene.
- Elevii consumă tranchilizante și sedative fără rețetă medicală (cel mai înalt nivel național raportat fiind de 17 %) și substanțe inhalante (nivel maxim național 18 %).
- Prevalența pe 30 de zile a alcoolismului periodic (definit ca fiind consumul a mai puțin de cinci băuturi una după alta) variază considerabil de la o țară la alta.

Pe site-ul ESPAD (www.ESPAD.org) există informații privind ESPAD și existența noului raport.

Cehă (44 %) (Figura 1). Cele mai reduse prevalențe estimate pe parcursul vieții (sub 10 %) se înregistrează în Grecia, Cipru, Suedia, Norvegia, România și Turcia. Printre țările în care acest procent este de peste 25 % se numără Germania, Italia, Olanda, Slovacia și Slovenia (27 % și 28 %), în timp ce cea mai importantă prevalență pe parcursul vieții estimată, variind între 32 % și 40 %, se înregistrează în Belgia, Franța, Irlanda și în Regatul Unit. În majoritatea țărilor, s-a înregistrat o creștere semnificativă, din 1995 încoace, a numărului de elevi care au consumat cannabis cel puțin o dată ⁽²⁰⁾. Totuși, există variații importante de la o țară la alta.

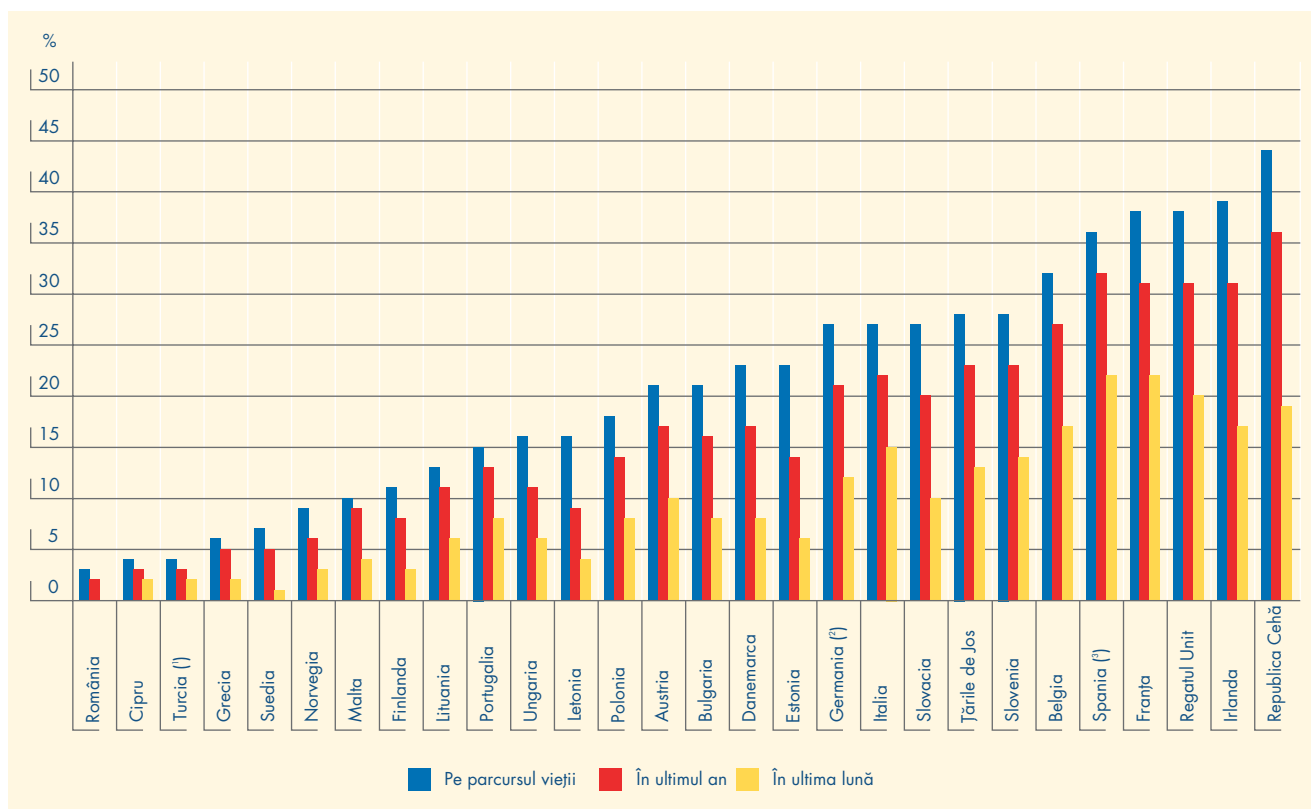
Datele noi obținute din sondajele ESPAD din 2003, realizate pe elevi cu vârste cuprinse între 15 și 16 ani, arată că prevalența consumului de cannabis pe parcursul vieții variază între 3 % și 44 %. Între 2 % și 36 % dintre elevi au declarat că au consumat acest drog în ultimele 12 luni, în timp ce consumul din ultima lună a variat între 0 % în unele țări și 19 % în altele ⁽²¹⁾ (Figura 1). Diferențele rate de prevalență prezintă variații relative. De exemplu, cea mai

mare prevalență pe parcursul vieții se înregistrează în Republica Cehă, dar cel mai ridicat consum în prezent (în ultima lună) se înregistrează în Spania și în Franța (22 %).

În aproape toate țările, prevalența consumului de cannabis este mai mare în rândul băieților decât al fetelor. Diferențele pe grupe de sex sunt mai mari în cazul elevilor care declară că au consumat cannabis de mai mult de 40 de ori pe parcursul vieții ⁽²²⁾.

Elevii cu vârste mai mari (17–18 ani) au fost incluși în sondaje naționale efectuate în școli realizate în 11 state membre și în Bulgaria. Prevalența consumului de cannabis pe parcursul vieții la acest grup de vârstă variază de la mai puțin de 2 % în Cipru la 56 % în Republica Cehă, în timp ce consumul de cannabis din prezent (din ultima lună) variază de la mai puțin de 1 % în Cipru la aproape 30 % în Franța. În toate țările în care s-au realizat sondaje, cu excepția Ciprului, estimările privind prevalența în rândul elevilor cu vârste mai mari au fost mai ridicate decât pentru elevii cu vârste cuprinse între 15 și 16 ani ⁽²³⁾.

Figura 1: Prevalența consumului de cannabis pe parcursul vieții, în ultimul an și în ultima lună la elevi de 15–16 ani, în 2003



(1) Cifrele din Turcia se referă la câte un oraș important din fiecare dintre cele șase regiuni (Adana, Ankara, Diyarbakir, Istanbul, Izmir și Samsun).

(2) Datele din Germania vizează numai șase landuri (Bavaria, Brandenburg, Berlin, Hesse, Mecklenburg-Pomerania Inferioară și Turingia).

(3) Spania nu a participat la ancheta ESPAD. Datele indicate aici se bazează pe o anchetă realizată în Spania, în noiembrie – decembrie 2002. Întrebările privind prevalența drogurilor pot fi considerate comparabile cu întrebările din ancheta ESPAD, dar există alte aspecte ale metodei aplicate care fac ca datele din Spania să nu fie perfect comparabile.

Sursă: Hibell et al., 2004.

⁽²⁰⁾ Vezi Figurile EYE-1 (partea ii) și EYE-1 (partea ix) din Buletinul statistic 2005.

⁽²¹⁾ Vezi Capitolul 3 pentru mai multe detalii privind consumul de cannabis în rândul elevilor.

⁽²²⁾ Vezi Figura EYE-1 (partea iii) din Buletinul statistic 2005.

⁽²³⁾ Vezi Tabelele EYE-1 și EYE-3 din Buletinul statistic 2005.

Între 1999 și 2003, în Republica Cehă s-a înregistrat o creștere cu 5 % a numărului de elevi care au declarat că au consumat canabis la vârsta de 13 ani sau mai devreme. În treisprezece alte țări ale Uniunii Europene s-au înregistrat creșteri mici (1–3 %) ⁽²⁴⁾. Numai în Olanda și în Regatul Unit s-a înregistrat o reducere (de 1 %).

Conform unui recent studiu Eurobarometru (2004) ⁽²⁵⁾, numărul tinerilor cu vârste cuprinse între 15–24 de ani, care au declarat că li s-a oferit canabis, a crescut de la 46 % în 2002 la 50 % în 2004. Pe parcursul aceleiași perioade, numărul celor care au declarat că cunosc persoane care au consumat canabis a crescut de la 65 % la 68 %.

Sondajele ESPAD arată că există o corelație puternică între modul în care percep elevii canabisul, atât în ceea ce privește riscurile asociate consumului cât și în ceea ce privește disponibilitatea drogului, și prevalența consumului de canabis pe parcursul vieții. Între risc și prevalență există o relație invers proporțională ⁽²⁶⁾, adică perceperea intensă a riscului este asociată cu o prevalență redusă a utilizării și invers, iar perceperea disponibilității se corelează în mod direct cu prevalența consumului pe parcursul vieții ⁽²⁷⁾.

Este posibil ca tinerii din țările pentru care estimările privind prevalența consumului de canabis sunt mai mari decât media să fie tot mai predispuși la a considera consumul de canabis „normal”. În majoritatea țărilor pentru care cifrele estimate privind consumul de canabis sunt relativ mari și cifrele estimate în ceea ce privește alcoolismul periodic sunt mari (definit ca fiind consumul a cinci sau mai multe pahare o dată) în ultimele 30 de zile ⁽²⁸⁾, fapt care sugerează că este posibil ca cele două comportamente să facă parte din același stil de viață. Excepții de la acest model se înregistrează în Franța, Italia și Bulgaria, unde consumul de canabis este relativ mare, iar alcoolismul periodic este relativ scăzut.

Alte droguri

Prevalența consumului de Ecstasy a fost mai mare decât cea a consumului de amfetamină în 14 dintre statele membre ale Uniunii Europene și în țările candidate conform sondajului ESPAD 2003 ⁽²⁹⁾. Cele mai reduse niveluri de consum de Ecstasy pe parcursul vieții (2 % și mai mici) au fost cele din Danemarca, Grecia, Cipru, Lituania, Malta, Finlanda, Suedia, Norvegia, România și

Turcia. Rate mai ridicate de prevalență, între 3 % și 4 %, au fost raportate în Belgia, Germania, Franța, Italia, Letonia, Austria, Polonia, Portugalia, Slovenia, Slovacia și Bulgaria. Țările cu cele mai ridicate rate ale prevalenței consumului de Ecstasy pe parcursul vieții au fost Republica Cehă (8 %), precum și Estonia, Spania, Irlanda, Țările de Jos și Regatul Unit (toate 5 %).

În ceea ce privește ratele de prevalență pe perioade bine definite, cea mai ridicată rată de prevalență a consumului de Ecstasy pe parcursul vieții din 2003 a fost de 8 %, față de 5 % pentru consumul în ultimele 12 luni (consum recent) și 2 % pentru consumul în ultima lună (consum actual).

Mai multe sondaje consecutive au arătat că, în general, prevalența consumului de Ecstasy pe parcursul vieții la elevii cu vârste de 15 și 16 ani a crescut în perioada 1995–2003, cel mai mult în Republica Cehă și în majoritatea noilor state membre ⁽³⁰⁾. Totuși, cifrele privind prevalența pe parcursul vieții din sondajul ESPAD 1999 au revelat fluctuații în unele țări. Scăderea consumului de Ecstasy din Regatul Unit s-a produs înainte de 1999 și poate fi atribuită parțial prezentării pe scară largă în presă a deceselor legate de Ecstasy de la sfârșitul anilor 1990.

Psilocina și psilocibina – ciuperci halucinogene

Psilocina și psilocibina, ingredientele psihoactive ale așa-numitelor „ciuperci halucinogene”, sunt incluse în Tabelul 1 din Convenția Națiunilor Unite din 1971, fiind astfel controlate în toate statele membre. Totuși, statutul legal al ciupercilor halucinogene și gradul de aplicare a restricțiilor legale privind cultivarea și consumul lor variază de la un stat membru la altul, fiind, de exemplu, posibil ca ciupercile să fie controlate, să nu fie controlate sau să fie controlate dacă sunt „prelucrate”, acest ultim statut nefiind clarificat în totalitate din punct de vedere legal.

Studiul ESPAD a semnalat pentru prima dată consumul de „ciuperci halucinogene” în 2003. Prevalența estimată a consumului de „ciuperci halucinogene” la elevii cu vârste de 15 și 16 ani a fost egală sau mai mare decât cea pentru LSD sau pentru alte droguri halucinogene în majoritatea țărilor care au participat la sondaj ⁽³¹⁾. În plus, în comparație cu consumul de Ecstasy pe parcursul vieții, prevalența consumului de ciuperci halucinogene pe parcursul aceleiași durate a fost mai mare în Belgia, Germania și Franța și de valori egale în Republica Cehă,

⁽²⁴⁾ Vezi Figura EYE-1 (partea vii) din Buletinul statistic 2005.

⁽²⁵⁾ Un al doilea sondaj Eurobarometru (Eurobarometru, 2004), Tinerii și drogurile, a fost realizat în 2004. Acest studiu efectuat pe un eșantion neprobabilistic a cuprins 7 659 de tineri cu vârste cuprinse între 15–24 de ani din 15 state membre care au participat și la sondajul anterior realizat în 2002.

⁽²⁶⁾ Vezi Figura EYE-1 (partea v) din Buletinul statistic 2005.

⁽²⁷⁾ Vezi Figura EYE-1 (partea vi) din Buletinul statistic 2005.

⁽²⁸⁾ Vezi Figura EYE-1 (partea viii) din Buletinul statistic 2005.

⁽²⁹⁾ Vezi Figura EYE-2 (partea iv) din Buletinul statistic 2005.

⁽³⁰⁾ Vezi Figura EYE-2 (partea i) din Buletinul statistic 2005.

⁽³¹⁾ Vezi Figura EYE-2 (partea v) din Buletinul statistic 2005.

Danemarca, Italia, Țările de Jos și Polonia. Prevalența consumului de ciuperci halucinogene pe parcursul vieții a fost de zero în Cipru, Finlanda și România, s-a ridicat la 4 % în Germania, Irlanda și Regatul Unit, și la 5 % în Belgia, Franța și în Țările de Jos. Cea mai ridicată prevalență este cea din Republica Cehă (8 %). Nu există date privind tendințele consumului de ciuperci halucinogene.

Noi evoluții în domeniul prevenirii

Valorile și comportamentele indivizilor sunt influențate de ceea ce ei percep ca normalitate în mediul lor social, acest lucru fiind valabil în special pentru tineri. Dacă aceștia percep ca „normal” și acceptabil din punct de vedere social consumul de cannabis cu scopul de a experimenta (și îl asociază cu un nivel redus de risc și cu o disponibilitate mare), este posibil ca acest lucru să aibă o influență crucială asupra valorilor și a comportamentului lor privind consumul de cannabis (Botvin, 2000). Sarcina dificilă din domeniul prevenirii este aceea de a le pune la dispoziție tinerilor strategii sociale și cognitive de gestionare a acestor influențe. Astfel, evaluarea eficienței politicilor de prevenire pe baza datelor privind consumul de droguri în rândul tinerilor nu este realistă, în special în ceea ce privește consumul cu scopul de a experimenta, întrucât reflectă norme societale și nu comportamente problematice reale.

Prevenirea ar trebui evaluată în schimb pe baza mai multor criterii clare: obiective bine definite, grupuri țintă și acțiuni în cadrul strategiilor naționale și fundamentate pe cunoștințele disponibile la nivel internațional; măsuri de control al calității; elaborarea de măsuri de prevenire selective și a unei preveniri în cadrul familiei; și măsuri de reglementare a drogurilor legale prin care să fie influențate normele sociale care tolerează sau acceptă anumite comportamente de consum.

În ceea ce privește evaluarea strategiilor de prevenire, noile strategii naționale din Franța și din Italia au cunoscut îmbunătățiri considerabile față de politicile anterioare, fiind mai bine definite rolul prevenirii și importanța programelor structurate și a domeniilor prioritare de acțiune. În aproape toate statele membre se constată o tendință spre abordări mai strategice iar grupurile vulnerabile sunt luate în considerare din ce în ce mai mult în cadrul planificării generale.

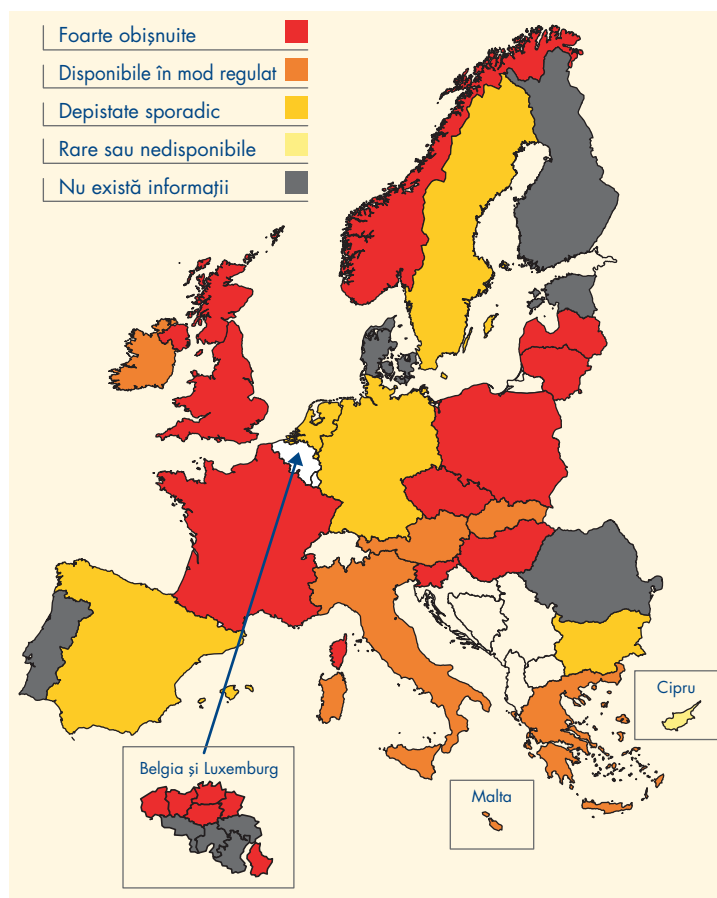
Măsuri normative și structurale

Măsurile de control al drogurilor legale contribuie la stabilirea bazei normative pe care pot fi instituite alte măsuri preventive. Normele societale care susțin consumul de tutun și de alcool și tolerează influența acestora asupra comportamentului sunt recunoscute ca factor de risc pentru

o atitudine favorabilă față de drogurile ilegale și de consumul de asemenea droguri (Becoña, 2002). Contrar convingerii generale, normele societale sunt influențate mai mult de politicile de control decât de campaniile din mass-media sau de abordările educative (Hawks et al., 2002; Canning et al., 2004). Eurostat (2002) a realizat o comparație a măsurilor de combatere a tabagismului și a indicatorilor privind fumatul în rândul

copiilor/adolescenților din statele membre ale Uniunii Europene, stabilind că există o legătură între politicile de combatere a tabagismului (interzicerea publicității, limită de vârstă pentru cumpărare, restricții etc.) și obiceiurile legate de fumat. S-a constatat că procentul de fumători în rândul adolescenților este mai mare în țările cu politici relativ permissive (de exemplu în Danemarca, Germania și în Regatul Unit) decât în țările în care controlul este mai strict (de exemplu Franța, Suedia și Norvegia). Se știe că impactul acțiunilor preventive este limitat dacă acestea sunt contracarate sau dacă nu sunt susținute de normele societale și de politici. Inițiativele Uniunii Europene și ale OMS (Aspect Consortium, 2004) în acest domeniu au câștigat teren, iar statele membre stabilesc o legătură din

Figura 2: Elaborarea politicilor școlare



NB: Partea germanofonă a Belgiei = sporadic.
Surse: Punctele focale naționale Reitox.

ce în ce mai puternică între politicile de combatere a tabagismului și prevenirea drogurilor.

Prevenirea în școală

În toate statele membre, școlile sunt considerate drept cel mai important cadru de prevenire universală, înregistrându-se o creștere vizibilă a accentului pus pe prevenirea în școală în cadrul strategiilor naționale și la punerea structurată în aplicare a acestei abordări. Această tendință se reflectă în extinderea politicilor privind drogurile în școală (Figura 2) și în dezvoltarea de programe modulare specifice de prevenire a drogurilor destinate școlilor precum și în ameliorarea formării profesorilor.

Un număr mai mare de țări decât înainte au introdus (Danemarca a pus în aplicare primul său program de deprindere a autonomiei funcționale în școală), au extins (Germania) sau planifică (Franța și Italia, în cadrul strategiilor lor naționale) programe mai structurate de prevenire. De exemplu, în 2003, au fost introduse programe de prevenire în 60 % din școlile din Polonia.

Grecia oferă un foarte bun exemplu de deplasare a politicilor de prevenire dinspre abordarea tradițională bazată pe informații și individuală (consiliere) spre punerea în aplicare a unei strategii reale în domeniul sănătății publice care să poată maximiza acoperirea abordărilor bazate pe programe. Numărul programelor de prevenire în școală din Grecia a crescut de peste două ori între 2000 și 2003, iar numărul programelor în familie a crescut de trei ori în aceeași perioadă. Și în Malta și în Regatul Unit a crescut importanța rolului abordărilor bazate pe programe în cadrul politicilor de prevenire: Programul Blueprint își propune să determine în ce mod poate fi adaptată cercetarea internațională în domeniul prevenirii eficiente a drogurilor la sistemul școlar britanic și se bazează pe dovezi care sugerează că o combinație între educația în școală privind drogurile, implicarea părinților, campanii mass-media, inițiative locale în domeniul sănătății și parteneriate comunitare este mai eficientă decât intervenția școlii. Pe parcursul a cinci ani, pentru acest program au fost alocate șase milioane de lire sterline (8,5 milioane EUR) ⁽³²⁾.

Monitorizarea și controlul calității

Controlul și îmbunătățirea calității prevenirii depind în mare măsură de o bună cunoaștere prealabilă a situației de ansamblu a activităților existente și a conținutului acestora. În consecință, statele membre acordă o importanță din ce în ce mai mare monitorizării

programelor de prevenire, fapt ilustrat de noile programe din Germania ⁽³³⁾ și din Norvegia ⁽³⁴⁾ și de proiectul maghiar de cercetare 'Lights and Shadows' („Lumini și umbre”), în cadrul cărora sunt colectate informații privind conținutul, obiectivele, metodologia, grupurile țintă și acoperirea programelor de prevenire în școală. Monitorizarea este pusă în aplicare și în Republica Cehă, precum și prin intermediul programului „Ginger” în Flandra. Din nefericire, Spania a abandonat programul „IDEA Prevención”, care a fost timp de mai mulți ani cel mai dezvoltat sistem de monitorizare și de control al calității din domeniul prevenirii din Europa.

Sistemele informatice de prevenire contribuie de asemenea la identificarea practicilor și a componentelor de program ineficiente. De exemplu, sesiunile sau prelegerile de informare izolate ținute de experți sau de polițiști constituie încă o practică obișnuită în mai multe state membre, deși concluzia unanimă a cercetărilor este că aceste intervenții sunt în cel mai bun caz ineficiente, dacă nu nocive (Canning et al., 2004).

Numai înregistrarea sistematică a activităților de prevenire face posibilă o analiză a conținutului programelor de prevenire și apoi direcționarea acestora spre populații specifice pe baza cunoștințelor existente privind eficiența. Liniile directoare sau standardele au o importanță esențială pentru punerea în aplicare a programelor de prevenire, în special în țările în care prevenirea este foarte descentralizată.

Conținutul programelor și al activităților

Creșterea numărului de abordări bazate pe programe și mai buna colectare de informații standardizate au permis analiza și compararea conținutului și a tendințelor politicilor de prevenire din întreaga Uniune Europeană. De obicei, informațiile provin de la experți naționali sau de la grupuri de experți care cunosc bine situația de ansamblu din țara lor, fapt care le permite să folosească scoruri standardizate sau care și-au format această imagine pe baza datelor cantitative privind intervențiile monitorizate din cadrul unor programe care sunt disponibile în unele state membre precum Grecia și Ungaria.

De exemplu, majoritatea statelor membre au introdus programe ca abordare preventivă de însușire a unor abilități personale și sociale în mediul școlar. Printre subiectele abordate se numără luarea deciziilor, adaptarea, stabilirea de obiective și afirmarea sinelui, comunicarea și manifestarea empatiei. Această tehnică bazată pe experiență, inspirată din teoriile învățării sociale ⁽³⁵⁾,

⁽³²⁾ www.drugs.gov.uk/NationalStrategy/YoungPeople/Blueprint

⁽³³⁾ PrevNet (www.prevnet.de).

⁽³⁴⁾ www.forebyggingstiltak.no

⁽³⁵⁾ Comportamentul este considerat rezultatul învățării sociale pe baza modelelor de roluri, a normelor, a atitudinilor „celorlalți relevanți” (Bandura, 1977). Atitudinile negative față de consumul de droguri și cunoașterea propriilor capacități de protecție pot fi învățate sau condiționate. Acest concept stă la baza modelelor oferite de egali și a unui model specific de autonomie funcțională.

este considerată în prezent o metodologie importantă în majoritatea statelor membre, chiar și în țările în care nu există abordări bazate pe programe (Franța, Luxemburg și Suedia) (Tabelul 2). Estonia a raportat utilizarea pe scară largă a unei cărți despre însușirea abilităților sociale.

Furnizarea de informații continuă să joace un rol central în prevenirea consumului de droguri în multe state membre (vezi Tabelul 2). Valoarea limitată a furnizării de informații în prevenirea consumului de droguri nu este recunoscută decât lent (vezi, de exemplu, raportul național suedez). Abordările bazate exclusiv pe educația în

Tabelul 2: Activitatea de prevenire în școli la nivel european

	Standarde de calitate/linii directoare (!)			Deprinderi sociale personale	Obiective	
	În vigoare	Obligatorii	Condiții pentru finanțare		Primare	Secundare
Belgia, regiunea flamandă	Da	Da	Da	Foarte frecvent	Deprinderea autonomiei funcționale	Informare
Belgia, regiunea valonă	Da	Da	Da	n.d.	Mediu protector	Relație educativă
Republica Cehă	Planificate		Da	Foarte frecvent	Respect de sine	Mediu protector
Danemarca	Nu			Nu	Informare	
Germania	Nu			Foarte frecvent	Deprinderea autonomiei funcționale	Informare
Estonia	Nu			Sporadic	n.d.	
Grecia	Da	Da	Da	Foarte frecvent	Deprinderea autonomiei funcționale	Relație educativă
Spania	Planificate	Da	Da	Foarte frecvent	Deprinderea autonomiei funcționale	Respect de sine
Franța	Da			Rar	Informare	Deprinderea autonomiei funcționale
Irlanda	Da	Da		Foarte frecvent	Deprinderea autonomiei funcționale	Respect de sine
Italia	Da			Periodic	Informare	Deprinderea autonomiei funcționale
Cipru	Planificate	Da	Da	Sporadic	Mediu protector	Deprinderea autonomiei funcționale
Letonia	Planificate			Sporadic	Informare	Deprinderea autonomiei funcționale
Lituania	Nu			Periodic	Informare	
Luxemburg	Da		Da	Periodic	Relație educativă	Deprinderea autonomiei funcționale
Ungaria	Planificate			Periodic	Informare	Deprinderea autonomiei funcționale
Malta	Nu			Foarte frecvent	Informare	Deprinderea autonomiei funcționale
Țările de Jos	Da			Nu	Informare	
Austria	Da		Nu	Sporadic	Deprinderea autonomiei funcționale	Mediu protector
Polonia	Nu			Periodic	Deprinderea autonomiei funcționale	Informare
Portugalia	Da	Da	Da	Sporadic	Informare	Deprinderea autonomiei funcționale
Slovenia	Planificate			Sporadic	Informare	Deprinderea autonomiei funcționale
Slovacia	Nu			Rar		
Finlanda	n.d.			n.d.	Oferirea de servicii de ajutor social	Informare
Suedia	Nu			Periodic	Mediu protector	Inserție socială
Regatul Unit	Da			Foarte frecvent	Informare	Deprinderea autonomiei funcționale
Norvegia	Nu			Periodic	Informare	Respect de sine
Bulgaria	n.d.			Sporadic	Informare	Mediu protector
România	n.d.			Sporadic		

NB: n.d. = nu există informații disponibile.

(!) Trebuie reținut faptul că nu există nici o definiție europeană comună a „standardelor de calitate și a liniilor directoare” și că nivelul de detaliere poate varia, ceea ce influențează posibilitatea de comparare.

domeniul sănătății se limitează de asemenea la influențarea proceselor cognitive și adesea nu conțin componentele concrete ale formării în domeniul comportamentului și al interacțiunii sociale. Totuși, aceste abordări sunt încă larg răspândite în unele țări deși în prezent prevenirea eficientă a consumului de droguri este înțeleasă în mod diferit.

Continuarea acestei abordări a prevenirii drogurilor poate fi explicată în două moduri. Una dintre explicații se bazează pe prezumția instinctivă și tradițională că furnizarea de informații privind drogurile și riscurile asociate consumului de droguri vor acționa ca un factor de descurajare. Cea de-a doua explicație reflectă o tendință foarte recentă inspirată de mișcările de reducere a consecințelor negative ale consumului de droguri și se bazează pe convingerea că abilitățile cognitive sunt mai importante decât abordările comportamentale pentru a-i învăța pe tineri să ia decizii și să facă alegeri informate în viață. Susținătorii acestei tehnici consideră că abordările comportamentale ale prevenirii drogurilor, cum este ameliorarea autonomiei funcționale, sunt condescendente și demonizează consumul de droguri (Ashton, 2003; Quensel, 2004) și că cea mai bună metodă constă în a le furniza tinerilor instrumentele cognitive necesare prin punerea de informații la dispoziția lor. Deși vin din tradiții diferite, în ambele abordări, comportamentul legat de sănătate și în mod special consumul de droguri este considerat ca o alegere personală rațională, deși în domeniul științelor medicale există un consens larg care stabilește că factorii sociali (vecinătatea, grupul de semeri, normele) și factorii personali (temperamentul, deprinderile educaționale și emoționale) au o influență mai mare decât cogniția în sine în modelarea comportamentului legat de sănătate și în ceea ce privește consumul de droguri.

Perceperea eronată a consumului de droguri ca normală și acceptabilă din punct de vedere social de către populația de persoane din aceeași categorie este cel mai important element cognitiv care poate fi influențat de prevenire. De fapt, o prevalență a consumului de cannabis pe parcursul vieții de 30 % în rândul adulților tineri înseamnă că două treimi din această populație nu a consumat niciodată cannabis, aceasta fiind adevărata „normalitate”. Totuși, în ciuda eficienței dovedite a beneficiilor oferite de tehnicile care abordează convingerile normative ale tinerilor (Reis et al., 2000; Taylor, 2000; Cunningham, 2001; Cuijpers et al., 2002), acestea sunt rar folosite în Europa.

Prevenirea selectivă

Strategiile și planurile naționale de acțiune privind drogurile menționează din ce în ce mai des și mai explicit grupurile vulnerabile asupra cărora trebuie să se concentreze măsurile de prevenire. Concentrarea asupra

acestor grupuri este chiar mai accentuată în noile state membre: Estonia (copiii străzii, școli speciale), Ungaria, Cipru, Malta, Polonia (copiii neglijați și tinerii din familii disfuncționale) și Slovenia.

Deoarece grupurile vulnerabile asupra cărora se concentrează prevenirea selectivă au adesea o experiență considerabilă în consumul de droguri legale și ilegale, majoritatea intervențiilor de prevenire selectivă se limitează la furnizarea de informații personalizate, de consiliere individuală și de alternative bazate pe creativitate sau pe sport. Totuși, nu trebuie uitat faptul că tehnicile folosite în programele extinse de influențare socială pentru prevenire universală sunt la fel de eficiente, dacă nu chiar mai eficiente, pentru prevenirea selectivă. Restructurarea normativă (de exemplu a învăța că majoritatea populației din aceeași categorie dezaproabă consumul), formarea privind afirmarea sinelui, motivarea și stabilirea de obiective, precum și corectarea miturilor s-au dovedit metode foarte eficiente pentru grupurile vulnerabile de tineri (Sussman et al., 2004) dar sunt rar folosite în prevenția selectivă în Uniunea Europeană. Totuși, tehnicile de intervenție în locuri de recreare (vezi ‘Prevenirea în locuri de recreare’, pag. 49) constă cel mai adesea din furnizarea de informații selective.

Prevenirea selectivă în școli

Prevenirea selectivă în școli se concentrează în special asupra intervențiilor în situații de criză și asupra identificării rapide a elevilor cu probleme. Scopul este acela de a găsi soluții la nivelul școlii pentru a evita abandonul școlar sau exmatricularea elevilor expuși riscului, deoarece, în felul acesta, situația lor ar fi agravată. În Germania, Irlanda, Luxemburg și Austria (Leppin, 2004) există abordări bazate pe programe, în timp ce în Polonia și în Finlanda profesorii participă la cursuri de formare sau utilizează linii directe privind identificarea elevilor cu probleme, inclusiv consumul de droguri și iau măsurile adecvate. Abordările individuale tradiționale includ Servicii de psihologie educațională (în Franța și în Cipru), bazate pe semnalmente (personale). În Irlanda, există un serviciu nou de asistență socială intensivă în domeniul educației care colaborează cu școala și cu familiile din zonele defavorizate din punctul de vedere al educației pentru a se asigura că acești copii frecventează școala în mod regulat.

Abordări selective bazate pe comunitate

Abordările selective bazate pe comunitate se concentrează în special asupra tinerilor vulnerabili de pe străzi. În țările nordice, grupuri de părinți patrulează pe străzi în cadrul abordărilor „Nightwalkers”. Austria a investit masiv în ameliorarea echilibrului între prevenirea consumului de droguri, structurile de educație socială și de asistență

socială prin intermediul cursurilor, al liniilor directe care privind calitatea și al seminariilor comune, de exemplu dedicate asistenților sociali care se ocupă de tineri în locuri de recreare. Obiectivul este acela de a folosi structurile de asistență socială pentru tineri în cadrul intervențiilor profesionale de prevenire a consumului de droguri. În același sens, Norvegia stimulează cooperarea și consolidează eforturile interdisciplinare depuse de școală, serviciile de protecție a copilului și serviciile sociale. Metodele RAR (de evaluare și reacție rapidă) ⁽³⁶⁾ – colectarea rapidă de informații (material statistic) combinată cu interviuri (chestionare, grupuri țintă) și/sau observarea zonelor cu probleme – sunt folosite în proiectele din Norvegia dar și în Germania și în Țările de Jos.

Intervențiile care se concentrează asupra cartierelor cu risc ridicat sunt tradiționale în Irlanda, în Regatul Unit și, în mică măsură, în Țările de Jos și în Portugalia. Totuși, Germania (Stöver și Kolte, 2003, citați în raportul național german) și Franța au propus de asemenea acțiuni în acest domeniu. Concentrarea prevenirii consumului de droguri asupra anumitor zone geografice și pe baza unor criterii sociale este un lucru nou în aceste țări.

De asemenea, statele membre se concentrează într-o măsură din ce în ce mai mare asupra anumitor grupuri etnice în cadrul politicilor lor de prevenire selectivă (de exemplu Irlanda, Luxemburg, Ungaria). De exemplu, concentrarea asupra unor grupuri etnice este importantă în Ungaria, unde populația romă este expusă unui risc ridicat de probleme legate de droguri din cauza caracteristicilor sociale și culturale și a condițiilor defavorabile de viață. În această țară, formarea persoanelor din aceeași categorie, grupurile de întraajutorare, supravegherea, diferitele programe de prevenire și serviciile cu acces necondiționat pentru romi sunt gestionate de organizații neguvernamentale (ONG-uri).

Familii vulnerabile

Prevenirea universală în familie, care consistă mai ales în seri speciale, prelegeri, seminarii și ateliere de lucru pentru părinți, sunt încă deosebit de populare în multe state membre (Germania, Franța, Cipru și Finlanda) deși nu există dovezi privind eficiența lor (Mendes et al., 2001). Cu toate acestea, în Grecia, Spania, Irlanda și Norvegia, s-au înregistrat evoluții importante în domeniul prevenirii selective în familie datorită introducerii unor concepte inovatoare care merg dincolo de ideea de familie/părinți cu probleme legate de droguri și recunosc rolul factorilor sociali, economici și culturali asupra consumului de droguri. În Țările de Jos, pe baza evaluării eficienței proiectelor de prevenire a consumului de droguri pentru părinți imigranți, s-a constatat că o intervenție standardizată oferită prin intermediul rețelelor de

imigranți, cu abordarea separată a bărbaților și a femeilor, ar putea reprezenta o nouă direcție (Tarweij și Van Wamel, 2004). În Norvegia, 'Parent Management Training', modelul Oregon (PMTO – Programul de management pentru părinți), inițial o metodă de formare pentru familiile cu copii cu deficiențe comportamentale grave, a fost pus în aplicare și evaluat în trei municipalități. În alte două țări a fost pus în aplicare 'Iowa Strengthening Families Program' (ISFP – Programul Iowa de consolidare a familiilor). Acest program intensiv de intervenție în familie destinat familiilor expuse riscului constă dintr-o combinație formată din metode de predare pentru elevi (10–14 ani) și un program de educație pentru părinții acestora și are ca obiectiv prevenirea consumului de droguri prin consolidarea competenței familiei și a legăturilor de familie (Kumpfer et al., 2003).

Nevoia de prevenire indicată

Prevenirea indicată se concentrează asupra indivizilor care au fost identificați ca prezentând un factor de risc în ceea ce privește problemele legate de droguri, de exemplu, persoane care suferă de sindromul de hiperactivitate cu tulburări de atenție (SHTA). Totuși, numai Germania și Suedia au raportat măsuri de prevenire a consumului de droguri destinate tinerilor care suferă de SHTA. În Germania, estimările actuale privind prevalența SHTA lasă să se întrevadă că 2 până la 6 % dintre persoanele cu vârste cuprinse între 6 și 18 ani sunt afectate, aceasta fiind una dintre cele mai comune afecțiuni clinice cronice care afectează copiii și tinerii. În Suedia, strategia de prevenire pentru acești copii include o formare cognitivă și socială, iar metodologiile sunt difuzate prin intermediul formării profesioniștilor din domeniul prevenirii. Întrucât majoritatea copiilor preșcolari beneficiază de asistență medicală primară și urmează apoi cursurile școlii primare, majoritatea copiilor cu risc ar putea fi identificați prin programe sistematice de depistare și prin intervenții ulterioare individualizate.

Planul italian de acțiune pune un puternic accent pe problemele grave psihopatologice și de comportament ale copiilor și adolescenților, care reprezintă elemente de predicție ale consumului și abuzului de droguri, dacă acestea sunt ignorate în stadiile timpurii. Printre problemele identificate se numără problemele de comportament; hiperactivitatea și tulburările de atenție; anxietatea însoțită de tulburări emoționale; bulimia și obezitatea psihogenă; tulburările de personalitate; problemele de comunicare interpersonală; sindromul de stres post-traumatic; și crizele de panică. Intervențiile vor conține atât abordări de prevenire universale cât și abordări de prevenire selective.

⁽³⁶⁾ Organizația Mondială a Sănătății: *The rapid assessment and response guide on psychoactive substance use and especially vulnerable young people* (Ghid de evaluare și reacție rapidă privind consumul de substanțe psihoactive și tinerii deosebit de vulnerabili) (<http://www.who.int/docstore/hiv/Core/acknowledgements.html>).



Capitolul 3

Canabis

Prevalență și modele

Canabisul este de departe substanța ilegală cea mai des folosită în Europa. Sondaje recente la nivelul populației au arătat că între 3 % și 31 % dintre adulți (cu vârste între 15–64 de ani) au consumat cel puțin o dată această substanță (consum pe parcursul vieții). Cele mai scăzute rate de consum pe parcursul vieții sunt cele din Malta (3,5 %), Portugalia (7,6 %) și Polonia (7,7 %), iar cele mai ridicate se înregistrează în Franța (26,2 %), Regatul Unit (30,8 %) și Danemarca (31,3 %). În majoritatea țărilor (15 din 23 de țări pentru care există informații) prevalența pe parcursul vieții se situează între 10 % și 25 %.

Între 1 % și 11 % dintre adulți declară că au consumat cannabis în ultimele 12 luni, Malta, Grecia și Suedia înregistrând cele mai reduse rate de prevalență iar Republica Cehă, Franța, Spania și Regatul Unit pe cele mai ridicate. Majoritatea țărilor (14) au raportat rate de prevalență a consumului recent între 3 % și 7 %.

Pe baza estimărilor naționale existente se poate realiza o estimare a numărului total de adulți (15–64 ani) din Uniunea Europeană care consumă cannabis. Calculul lasă să se întrevadă că aproximativ 20 % din totalul populației, adică peste 62 milioane de persoane, au consumat cannabis cel puțin o dată. Cifra scade la 6 % la adulți, adică peste 20 milioane de persoane, pentru consumul recent de cannabis (prevalența în ultimul an). Pentru comparație, în cadrul studiului național din 2003 din Statele Unite privind consumul de droguri și sănătatea (SAMHSA, 2003), 40,6 % dintre adulți (definiți ca având cel puțin 12 ani) au declarat că au consumat cannabis sau marijuana cel puțin o dată, iar 10,6 % au declarat că au consumat aceste substanțe pe parcursul ultimelor 12 luni. În rândul persoanelor cu vârste între 18 și 25 de ani, cifrele au fost de 53,9 % (pe parcursul vieții), 28,5 % (în ultimele 12 luni) și 17 % (în ultima lună) ⁽³⁷⁾.

Ca și în cazul celorlalte droguri, adulții tineri au declarat constant rate mai mari de consum. Între 11 % și 44 % dintre tinerii europeni cu vârste cuprinse între 15–34 ani au declarat că au consumat cel puțin o dată cannabis, cele mai

Estimarea consumului de droguri în rândul populației

Consumul de droguri în rândul populației totale se evaluează prin anchete care oferă estimări ale proporției din cadrul populației care a consumat droguri în intervale determinate de timp: consumul pe parcursul vieții (experimentare), consumul în ultimele 12 luni (consum recent) sau consumul în ultimele 30 de zile (consum actual) ⁽¹⁾.

OEDT a elaborat o serie de elemente esențiale comune [„European Model Questionnaire” – EMQ (Chestionarul model european)] care sunt incluse în majoritatea sondajelor din statele membre ale Uniunii Europene sau care sunt compatibile cu acestea. EMQ este cuprins într-un raport care poate fi consultat pe site-ul OEDT ⁽²⁾.

„Consumul pe parcursul vieții” poate avea o valoare limitată ca indicator al situației actuale în rândul adulților (deși poate fi un indicator acceptabil în rândul elevilor), dar, coroborat cu alte măsuri, poate oferi informații privind diverse aspecte ale modelelor de consum (continuarea sau întreruperea consumului) și privind dinamica pe generații a răspândirii consumului de droguri. „Consumul în ultimele 12 luni” indică consumul recent de droguri, deși acest consum este frecvent ocazional, iar „consumul în ultimele 30 de zile” indică un consum mai de actualitate, cuprinzând persoanele care consumă drogul frecvent.

(1) Pentru mai multe informații privind metodologia anchetelor asupra populației și metodologia aplicată în fiecare anchetă națională, vezi Buletinul statistic 2005.

(2) Handbook for surveys about drug use among the general population (Manual pentru anchete privind consumul de droguri în cadrul populației) (www.emcdda.eu.int/?nodeid=1380).

reduse rate de prevalență înregistrându-se în Grecia, Portugalia și Polonia, iar cele mai ridicate în Franța (39,9 %), Regatul Unit (43,4 %) și Danemarca (44,6 %). Între 3–22 % dintre adulții tineri au declarat că au consumat recent substanța, cele mai reduse cifre înregistrându-se în Grecia, Suedia, Polonia și Portugalia, iar cele mai ridicate în Regatul Unit (19,5 %), Franța (19,7 %), și Republica Cehă (22,1 %), iar 11 țări au raportat rate de prevalență a consumului recent între 7 % și 15 %.

⁽³⁷⁾ Observați că intervalul de vârstă din sondajul din Statele Unite (12 ani și mai mult) este mai mare decât intervalul de vârstă folosit de OEDT în sondajele din Uniunea Europeană (15–64 ani). Pe de altă parte, intervalul de vârstă al adulților tineri (18–25 ani) este mai restrâns decât cel folosit în majoritatea sondajelor din Uniunea Europeană (15–24 ani).

Dintre europenii cu vârste cuprinse între 15 și 24 de ani, 9–45 % declară că au consumat canabis, ratele din majoritatea țărilor situându-se între 20–35 %. Consumul recent se ridică (în ultimele 12 luni) la 4–32 %, ratele din majoritatea țărilor situându-se între 9–21 % ⁽³⁸⁾.

Ca și în cazul celorlalte droguri ilicite, ratele consumului de canabis sunt considerabil mai mari în rândul bărbaților decât al femeilor, deși această diferență variază de la o țară la alta. Raportul bărbați–femei privind experimentarea consumului pe parcursul vieții variază de la 1,25:1 la 4:1 (1,25 până la 4 bărbați pentru o femeie), iar în ceea ce privește consumul actual de la 2:1 la 6:1. Sondajele au indicat de asemenea că în zonele urbane și în zonele cu o densitate ridicată a populației consumul de canabis este mai răspândit. Astfel, diferențele la nivel național observate ar putea reflecta în parte diferențe între nivelurile de urbanizare, deși s-a putut afirma că se înregistrează o extindere a consumului în scopuri de recreare a drogurilor dinspre zonele urbane către zonele rurale.

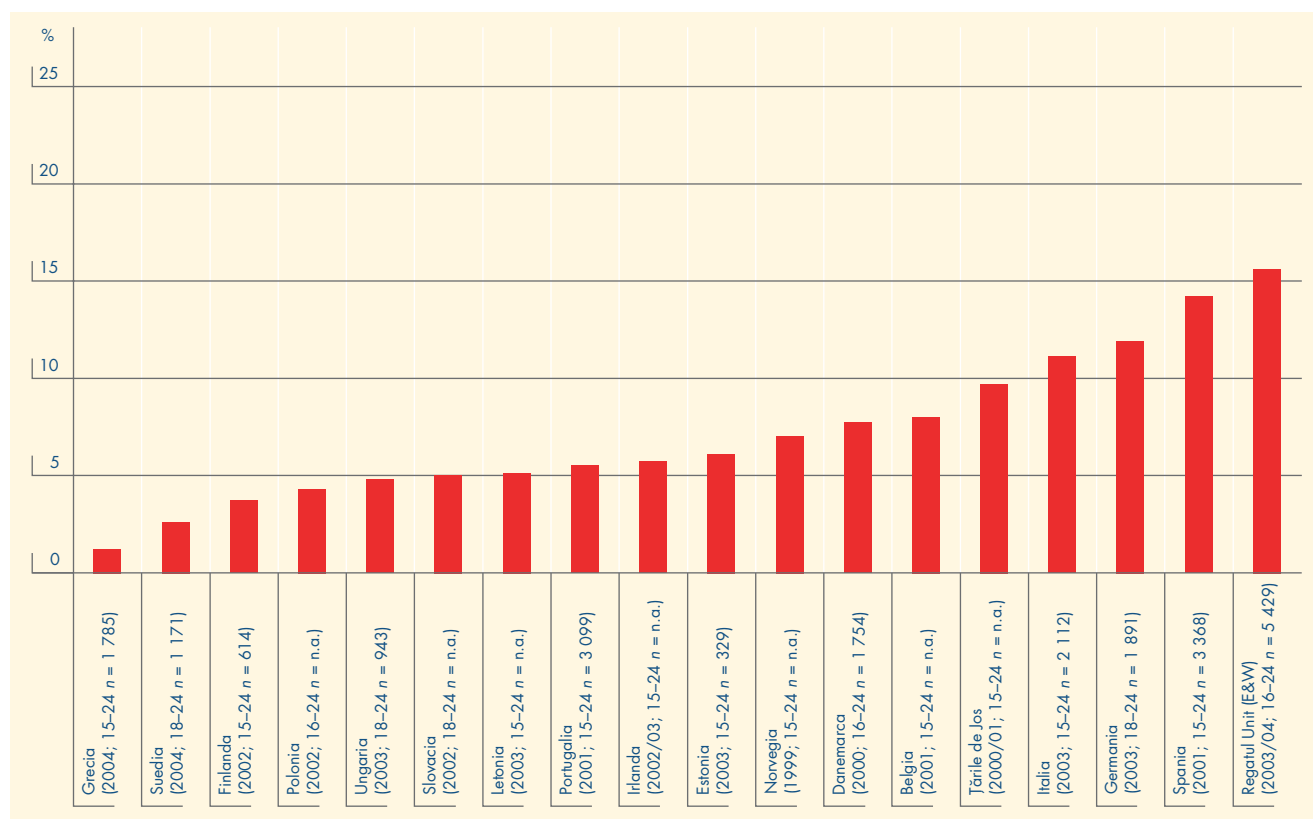
Faptul că ratele de consum actual și recent sunt considerabil mai scăzute decât ratele consumului pe

parcursul vieții arată că acest consum tinde să fie ocazional sau întrerupt după o anumită vreme. În majoritatea țărilor Uniunii Europene, 20–40 % dintre adulții care au consumat cel puțin o dată canabis declară că au consumat substanța în ultimele 12 luni, iar aproximativ 10–20 % declară că au consumat această substanță pe parcursul ultimelor 30 zile („rată de continuare”).

În sondajele recente, ratele declarate de consum din ultima lună au fost de 0,5–9 % din totalul adulților (în multe țări încadrându-se în intervalul 2–4 %), de 1,5–13 % dintre adulții tineri (în multe țări încadrându-se în intervalul 3–8 %) și de 1,2–16 % dintre cei cu vârste cuprinse între 15 și 24 de ani (în multe țări încadrându-se în intervalul 5–10 %) (Figura 3). Conform unei estimări brute, 1 din 10 până la 20 de tineri europeni este în prezent consumator de canabis. Printre țările cu cele mai reduse rate de prevalență în prezent se numără Malta, Grecia, Suedia, Polonia și Finlanda, ratele cele mai ridicate înregistrându-se în Regatul Unit și în Spania.

În raportul anual 2004 (OEDT, 2004a), datele privind frecvența consumului de canabis în ultimele 30 de zile

Figura 3: Consumul actual (în ultima lună) de canabis în rândul adulților tineri (15–24 ani), măsurat prin anchete naționale



NB: Datele provin din cele mai recente anchete naționale existente în fiecare țară. Unele țări utilizează, pentru tineri, un interval de vârstă ușor diferit față de intervalul standard utilizat de OEDT. Variațiile din intervalele de vârstă pot reflecta într-o mică măsură diferențele dintre țări.

Surse: Rapoartele naționale Reitox (2004), preluate din anchete asupra populației, rapoarte sau articole științifice. Vezi și Tabelul GPS-0 din Buletinul statistic 2005.

⁽³⁸⁾ Vezi Figura GPS-2 din Buletinul statistic 2005.

permit să se observe că aproximativ un sfert (19–33 % dintre cei care au consumat canabis în ultima lună au consumat zilnic sau aproape zilnic⁽³⁹⁾, majoritatea fiind bărbați tineri. S-a estimat că dintre europenii cu vârste cuprinse între 15 și 34 de ani, 0,9–3,7 % erau consumatori zilnici de canabis și că este posibil ca aproximativ 3 milioane de persoane din Europa să consume substanța zilnic sau aproape zilnic.

Tendențe

Lipsa unei serii de studii constante pe termen lung din majoritatea țărilor Uniunii Europene limitează identificarea sigură a tendințelor din domeniul drogurilor. Multe țări realizează sondaje consecutive, dar acestea nu constituie serii în sensul strict – în ciuda progreselor înregistrate în privința armonizării, metodele folosite și dimensiunile eșantioanelor diferă însă de la un sondaj la altul iar frecvența lor nu este regulată. În plus, sondajele nu se realizează în același an în toate țările, făcând astfel dificilă identificarea tendințelor europene. La modul ideal, sondajele la nivelul populației naționale ar trebui realizate în toate statele membre în același timp; acest lucru ar ușura în mare măsură compararea rezultatelor la nivel național (în timp) și la nivel european (între țări), facilitând evaluarea realizării Planului european de acțiune privind drogurile.

Concluziile existente obținute din diverse tipuri de sondaje (sondaje naționale sau locale în gospodării, sondaje în rândul recruților și în școli) indică o creștere marcată a consumului de canabis pe parcursul anilor 1990 în aproape toate țările Uniunii Europene, în special în rândul tinerilor și o continuare a creșterii consumului de canabis în ultimii ani în unele țări (Figura 4). În Regatul Unit, unde până în 2000 s-au înregistrat cele mai ridicate cifre, consumul de canabis în rândul adulților tineri s-a menținut relativ stabil între 1998 și 2003/2004 iar în alte țări (Franța și Spania⁽⁴⁰⁾) a crescut. În Grecia s-a înregistrat o scădere între 1998 și 2004.

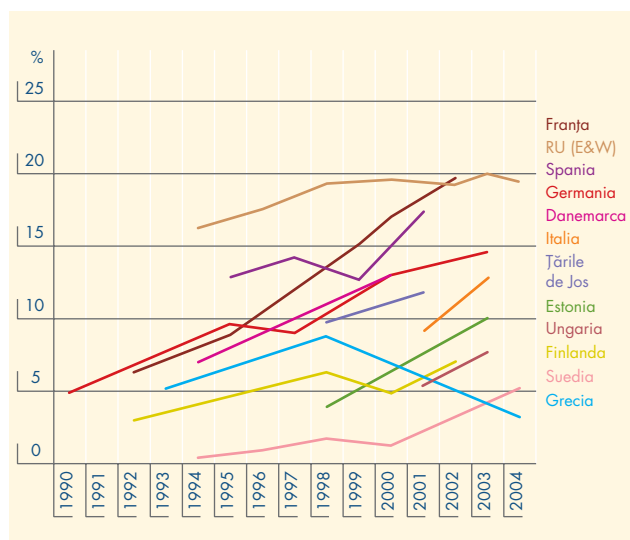
În ceea ce privește noile state membre, dovezile disponibile, în special din sondaje realizate în școli, indică faptul că în ultimii ani s-a produs o creștere considerabilă a consumului de canabis în multe dintre ele. Acest lucru s-a întâmplat în special în a doua parte a anilor 1990, în zonele urbane și în rândul bărbaților și al adulților tineri. În Estonia și în Ungaria, sondajele consecutive realizate în rândul adulților au permis identificarea tendințelor recente (Figura 4).

O comparație a rezultatelor sondajelor ESPAD din școli din 1995, 1999 și 2003 (Hibell et al., 2004) a arătat că,

în majoritatea statelor membre și a țărilor candidate, prevalența consumului de canabis pe parcursul vieții la elevii cu vârste între 15 și 16 ani a crescut cu 2 % sau mai mult (Figura 5). În peste jumătate dintre aceste țări, estimările privind prevalența au crescut de peste două sau trei ori față de 1995. Cea mai mare creștere relativă s-a produs în special în statele membre din Europa de Est, care declaraseră rate de prevalență a consumului de canabis pe parcursul vieții sub 10 % în 1995. În nici una dintre țările incluse în sondajul ESPAD nu s-a înregistrat o scădere continuă și observabilă a consumului de canabis pe parcursul vieții în cadrul celor trei sondaje.

Sondajele în școli au arătat că statele membre ale Uniunii Europene pot fi împărțite în trei grupuri pe baza tendințelor privind consumul de canabis în scop de recreare și ocazional. În primul grup (format din Irlanda și Regatul Unit), prevalența pe parcursul vieții este ridicată (în jur de 38–39 %), dar s-a menținut stabilă în ultimii opt ani. Aceste țări au un trecut îndelungat în ce privește consumul de canabis, în anii 1980 și 1990

Figura 4: Tendențe ale consumului recent (anul precedent) de canabis în rândul adulților tineri (15–34 ani), măsurate prin anchetele naționale⁽¹⁾



(1) Dimensiunile eșantioanelor (persoane care au răspuns la anchetă) pentru grupa de vârstă 15–34 ani pe țară și pe an sunt prezentate în Tabelul GPS-4 din Buletinul statistic 2005.

NB: Date preluate din anchetele naționale disponibile în fiecare țară. Cifrele și metodologia aplicată în fiecare anchetă pot fi consultate în Tabelul GPS-4 din Buletinul statistic 2005.

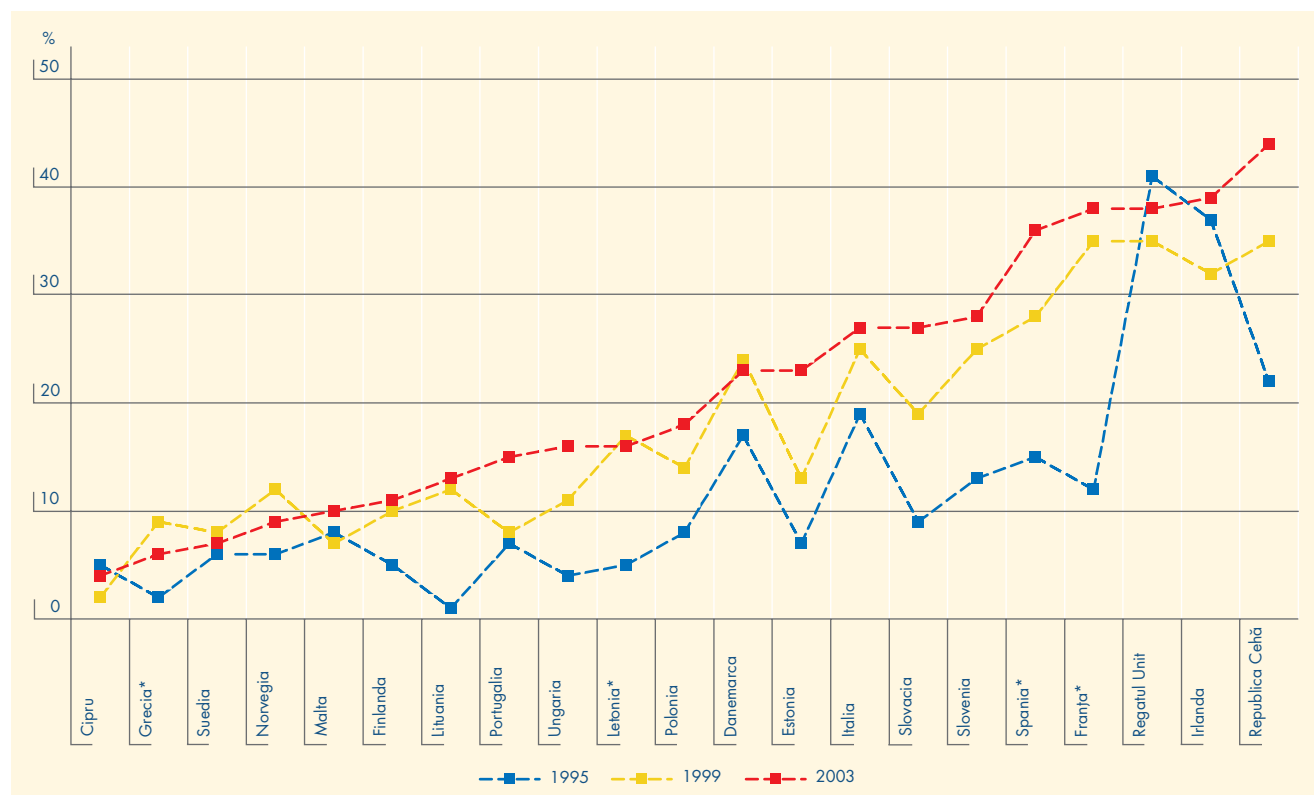
Pentru tinerii adulți, OEDT folosește intervalul 15–34 ani [Danemarca și Regatul Unit începând de la 16 ani, iar Germania, Estonia (1998) și Ungaria începând de la 18 ani]. În Franța, intervalul de vârstă a fost de 25–34 ani în 1992 și de 18–39 în 1995.

Surse: Rapoartele naționale Reitox (2004), preluate din anchete asupra populației, rapoarte sau articole științifice. Vezi și Tabelul GPS-0 din Buletinul statistic 2005.

(39) Vezi Raportul anual 2004 (<http://ar2004.emcdda.eu.int>). Informațiile sunt pentru „folosirea timp de cel puțin 20 de zile pe parcursul ultimelor 30 de zile”, exprimată și ca „utilizare zilnică sau aproape zilnică”.

(40) Informațiile primite prea târziu pentru a fi incluse în raport arată, cu ocazia studiului din 2003, o incidență de 20,1% a limfopeniei în rândul adulților tineri din Spania.

Figura 5: Prevalența consumului de canabis pe parcursul vieții la elevii de 15–16 ani, raportată în cadrul anchetei ESPAD din 1995, 1999 și 2003



NB: În 1995, anchetele din țările marcate cu asterisc nu au fost perfect comparabile cu anchetele ESPAD. Spania nu a participat la ancheta ESPAD. Datele cuprinse aici se bazează pe o serie de anchete desfășurate în Spania în 1996, 1998 și 2002. Întrebările privind prevalența drogurilor pot fi considerate comparabile cu întrebările din ancheta ESPAD, dar există alte aspecte ale metodei aplicate care fac ca datele din Spania să nu fie perfect comparabile.

Sursa: Hibell et al., 2004.

înregistrându-se rate crescute de prevalență. În al doilea grup de țări, prevalența consumului de canabis pe parcursul vieții în rândul elevilor a crescut considerabil pe parcursul acestei perioade (cu până la 26 de puncte procentuale). Din acest grup fac parte toate noile state membre din Europa de Est, precum și Danemarca, Spania, Franța, Italia și Portugalia. În al treilea grup, estimările privind prevalența pe parcursul vieții în rândul elevilor au rămas la niveluri relativ scăzute (în jur de 10 % sau mai mici). Din acest grup fac parte state membre atât din nordul cât și din sudul Europei (Finlanda, Suedia și Norvegia dar și Grecia, Cipru și Malta).

Situația este mai puțin clară în privința adulților, deoarece există mai puține informații iar cele disponibile sunt mai eterogene, conturându-se însă un model similar, cu un consum recent de canabis (consum în ultimul an) mare dar stabil în Regatul Unit, unele țări (cum sunt Danemarca, Germania, Estonia, Spania și Franța) care prezintă creșteri substanțiale în ultimii ani și altele care prezintă o prevalență estimată mai redusă și tendințe mai puțin clare (de exemplu Grecia, Finlanda și Suedia). Sondajele care se vor realiza în școli și în rândul adulților în următorii

2–3 ani vor ajuta la clarificarea problemei complexe a evoluției tendințelor în domeniul drogurilor.

Prevenirea consumului de canabis

Preocupările din unele țări legate de creșterea consumului de canabis în rândul tinerilor au generat discuții privind utilitatea testelor de depistare ca măsură de combatere a acestuia. Unele țări au întreprins acțiuni în acest sens, deși măsurile de depistare antidrog nu au devenit un lucru obișnuit. În Republica Cehă, presa a vorbit despre testele de urină și despre câini care depistează droguri în școli. Deși există un oarecare sprijin în favoarea acestor măsuri, un grup de experți a ajuns la concluzia că astfel de metode nu trebuie incluse în strategia primară de prevenire, dacă se dorește ca aceasta să fie eficientă. În Regatul Unit, au fost recent lansate linii directe pentru școli care prezintă mai multe aspecte importante care trebuie avute în vedere înainte de punerea în aplicare a unui program de teste antidrog. Acestea includ obținerea consimțământului părinților într-o formă adecvată (și al elevilor, dacă au această capacitate), evaluarea gradului în care testele se încadrează în

îndatoririle școlii în ceea ce privește grija pentru elevi și luând în considerare disponibilitatea unor servicii adecvate de asistență. Orice decizie privind supunerea elevilor la teste antidrog trebuie inclusă în politica relativă la droguri a instituției de învățământ. Site-ul web al OEDT conține un scurt raport privind testele de depistare antidrog din școli în Uniunea Europeană ⁽⁴¹⁾.

Canabisul este inclus aproape întotdeauna în programele de prevenire a consumului de droguri (neselective). Atenția acordată de mass-media creșterii consumului de cannabis în rândul tinerilor și insinuările acestora care lasă să se creadă din ce în ce mai mult că aceasta are tendința de a deveni „normală” scoate în evidență necesitatea de a aborda subiectul referitor la convingerile normative ale tinerilor. Îngrijorarea legată de acceptarea din ce în ce mai mare a consumului de cannabis în rândul tinerilor a determinat introducerea unor programe de prevenire care se adresează convingerilor acestora privind ceea ce constituie un comportament normal sau acceptabil. Această problemă este discutată mai detaliat în Capitolul 2. Multe intervenții constau în principal din furnizarea de informații privind cannabisul prin intermediul unor campanii în presă, prin pliante sau pe site-urile web. Totuși, există câteva exemple interesante de prevenire selectivă, incluse în baza de date a OEDT care conține proiecte de prevenire evaluate, EDDRA ⁽⁴²⁾. Aceste programe se concentrează în principal asupra consumatorilor tineri de cannabis care au comis infracțiuni legate de droguri și oferă consiliere, formare de competențe personale și asistență din partea mai multor agenții. Printre exemplele de astfel de programe se numără FRED (Germania), MSF-Solidarité Jeunes (Luxemburg), Ausweg (Austria) și echipele care se ocupă de tinerii infractori (YOT) din Regatul Unit.

Prevalența ridicată a consumului de cannabis în rândul tinerilor arată că acest drog reprezintă adesea o problemă centrală pentru cei care lucrează cu copii de vârstă școlară. Una dintre abordările selective în școală cu un potențial promițător este programul „Step by Step” (Pas cu pas), care a fost pus în aplicare în Germania și în Austria. Acest program îi ajută pe profesori să identifice și să trateze problema consumului de droguri și comportamentele cu problemă în rândul elevilor ⁽⁴³⁾.

Una dintre problemele dificile cu care se confruntă cei implicați în intervențiile privind cannabisul este stabilirea

graniței dintre perspectiva bazată pe prevenire și perspectiva bazată pe tratament. Consumul de cannabis este influențat de factori sociali, personali și legați de grupuri din aceeași categorie, factori care joacă un rol important în ceea ce privește riscul ca un individ să fie afectat pe termen lung de problema drogurilor; astfel, munca de prevenire se concentrează de multe ori asupra acestor aspecte și nu asupra drogului în sine (Morral et al., 2002). De exemplu, printr-o evaluare a proiectului Ausweg din Austria, s-a ajuns la concluzia că tinerii care fuseseră incluși în proiect ca urmare a comiterii primei lor infracțiuni legate de cannabis prezentau mai puține deficiențe personale decât se anticipase, fapt care sugerează că relevanța influențelor de situație, sociale și ale grupurilor din aceeași categorie este mai mare decât cea a problemelor individuale în ceea ce privește consumul de droguri (Rhodes et al., 2003; Butters, 2004). Totuși, există mai multe proiecte care se concentrează asupra cannabisului, dându-le tinerilor sfatul de a reduce consumul de droguri. Un exemplu în acest sens pentru Germania este site-ul web ‘Quit the Shit’ (www.drugcom.de), care oferă de fapt un program de consiliere pe Internet pentru consumatorii de cannabis.

Date privind cererile de tratament

În total, au fost înregistrate aproximativ 480 000 de cereri de tratament, cannabisul fiind înregistrat ca drog principal în aproximativ 12 % din cazuri, fapt care îl plasează pe locul doi, după heroină. Pe parcursul perioadei de opt ani dintre 1996–2003, proporția pacienților care urmează un tratament pentru dependență de cannabis din totalul pacienților noi care au solicitat tratament pentru toate drogurile a crescut în multe țări de cel puțin două ori ⁽⁴⁴⁾, înregistrându-se o creștere similară și în ceea ce privește numărul total de pacienți. Totuși, această analiză trebuie tratată cu precauție, deoarece se bazează pe un număr limitat de țări care pot furniza datele necesare pentru o comparație a tendințelor înregistrate în timp.

Pe ansamblu, cannabisul este, după heroină, al doilea drog cel mai frecvent citat în rapoartele privind pacienții care beneficiază de tratament pentru prima dată ⁽⁴⁵⁾. Există variații considerabile de la o țară la alta, cannabisul fiind citat pentru 2–3 % din totalul pacienților în Bulgaria și Polonia, și pentru peste 20 % din totalul pacienților în Danemarca, Germania, Ungaria și Finlanda ⁽⁴⁶⁾. În toate

⁽⁴¹⁾ <http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=7022>

⁽⁴²⁾ <http://eddra.emcdda.eu.int/>

⁽⁴³⁾ Vezi site-ul web EDDRA pentru mai multe informații: Step by Step (Pas cu pas) (http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=36) și Early detection and intervention with regard to problematic drug use and addiction (Detectarea și intervenția rapidă în privința consumului problematic de droguri și a dependenței) (http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2088).

⁽⁴⁴⁾ Vezi tabelele TDI-2 (partea i) și TDI-3 (partea iii) din buletinul statistic 2005.

⁽⁴⁵⁾ Vezi și extrasul privind cererea de tratament pentru dependență de cannabis în Raportul anual al OEDT 2004 (<http://ar2004.emcdda.eu.int/>). Analiza datelor se bazează pe numărul de pacienți care au solicitat tratament în toate centrele de tratament în ceea ce privește distribuția generală și tendințele și pe cifrele pentru centrele de tratament în ambulatoriu în ceea ce privește profilul pacienților și modelele de consum.

⁽⁴⁶⁾ Vezi Tabelele TDI-2 (partea ii) și TDI-5 (partea ii) din Buletinul statistic 2005.

Indicatorul bazat pe cererea de tratament

Informațiile privind numărul de persoane care solicită tratament pentru o problemă legată de droguri oferă posibilitatea de a înțelege tendințele generale ale consumului problematic de droguri și, de asemenea, o perspectivă asupra organizării și capacității de primire a unităților de tratament din Europa. Indicatorul OEDT pentru cererea de tratament (Treatment Demand Indicator – TDI) ⁽¹⁾ ⁽²⁾ asigură o structură uniformă de raportare a numărului și caracteristicilor pacienților trimiși în unități de tratament pentru dependență de droguri. Deși se poate considera că datele TDI oferă o reprezentare suficient de sigură și utilă a caracteristicilor pacienților trimiși în servicii specializate pentru probleme legate de droguri, din mai multe motive tehnice, este nevoie de precauție la extrapolarea rezultatelor asupra pacienților tuturor serviciilor asigurate. Numărul țărilor care prezintă rapoarte variază în fiecare an și, de aceea, tendințele identificate la nivel european trebuie interpretate cu precauție. În plus, trebuie să se ia în considerare faptul că acoperirea datelor poate varia de la o țară la alta (datele privind unitățile acoperite sunt raportate în buletinul statistic), iar datele privind cererea de tratament reflectă parțial disponibilitatea tratamentului pentru probleme legate de droguri în fiecare țară.

Pentru a facilita interpretarea și compararea datelor privind cererea de tratament, trebuie luate în considerare următoarele aspecte:

- Pacienții care încep tratamentul pentru consum de droguri pentru prima dată sunt denumiți „pacienți noi”. Din punct de vedere analitic, acest grup este considerat mai important ca indicator al tendințelor în ceea ce

privește consumul de droguri. Se furnizează analize și asupra tuturor pacienților. Acest grup cuprinde pacienții noi, precum și pacienții care, după ce au întrerupt sau încheiat tratamentul într-un an anterior, l-au reluat în anul de raportare. Nu se înregistrează date privind pacienții care, pe durata perioadei de raportare, au continuat fără întrerupere un tratament inițiat în anii precedenți.

- Se colectează două tipuri de date: date sintetizate privind toate tipurile de centre de tratament și date detaliate pentru fiecare tip de centru (centre de tratament în ambulatoriu, centre de tratament cu internare, agenții cu acces necondiționat, medici de familie, unități de tratament din închisori, alte tipuri de centre). Cu toate acestea, în majoritatea țărilor nu există decât date inconsecvente privind tipurile de centre diferite de cele de tratament în ambulatoriu sau cu internare. De aceea, analizele se limitează frecvent la centrele de tratament în ambulatoriu în cazul cărora se obține cea mai bună acoperire a datelor.
- Sunt incluse de asemenea informații calitative și de context extrase din rapoartele naționale Reitox din 2004, pentru a contribui la interpretarea datelor TDI.

⁽¹⁾ Pentru detalii suplimentare, vezi pagina de web a OEDT privind cererea de tratament (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1420>) și link-ul la Joint Pompidou Group–EMCDDA Treatment demand indicator protocol version 2.0 (Grupul Pompidou – Protocolul OEDT pentru indicatorii cererii de tratament versiunea 2.0).

⁽²⁾ Pentru detalii privind sursele de date pentru fiecare țară, vezi Tabelul TDI-1 din Buletinul statistic 2005.

țările pentru care există date, proporția pacienților care solicită tratament pentru dependență de cannabis este mai mare în rândul pacienților noi decât proporția lor din numărul total de pacienți, existând doar câteva excepții, în care aceste proporții sunt aproape egale ⁽⁴⁷⁾. Totuși, pe parcursul perioadei de opt ani dintre 1996–2003, proporția pacienților tratatului pentru dependență de cannabis din totalul pacienților noi care au solicitat tratament pentru toate drogurile a crescut de la 9,4 % la 21,9 % ⁽⁴⁸⁾. Această analiză trebuie însă tratată cu precauție, deoarece se bazează pe un număr limitat de țări care pot furniza datele necesare pentru o comparație a tendințelor înregistrate în timp.

Printre consumatorii de droguri care beneficiază de tratament numărul bărbaților îl depășește cu mult pe cel al femeilor. Cel mai mare raport dintre numărul de bărbați și cel de femei se înregistrează în rândul pacienților noi care solicită tratament pentru dependența de cannabis (4,8 la 1). Diferențe mai mari între numărul bărbaților

și cel al femeilor se înregistrează în Germania, Cipru, Ungaria și Slovacia, iar mai mici în Republica Cehă, Slovenia, Finlanda și Suedia. Aceste diferențe dintre țări ar putea reflecta factori culturali sau posibile diferențe la nivelul organizării serviciilor de tratament ⁽⁴⁹⁾.

Tendința este ca cei tratați pentru probleme legate de cannabis să fie relativ tineri; practic toți pacienții noi care urmează un tratament pentru dependență de cannabis au vârste mai mici de 30 de ani. Este mult mai probabil ca adolescenții care beneficiază de tratament specializat pentru dependență de droguri să se confrunte pentru prima dată cu problema cannabisului decât pacienții din celelalte grupe de vârstă, cannabisul făcând obiectul a 65 % din cererile de tratament în rândul persoanelor cu vârste sub 15 și a 59 % din cereri pentru cei cu vârste cuprinse între 15–19 ani ⁽⁵⁰⁾.

Există diferențe considerabile între țări în ceea ce privește frecvența consumului de cannabis în rândul pacienților noi. Cele mai mari procente de consumatori zilnici de cannabis

⁽⁴⁷⁾ Vezi Tabelele TDI-4 (partea ii) și TDI-5 (partea ii) din Buletinul statistic 2005.

⁽⁴⁸⁾ Vezi Tabelul TDI-3 (partea iii) din Buletinul statistic 2005.

⁽⁴⁹⁾ Vezi Tabelul TDI-22 din Buletinul statistic 2005.

⁽⁵⁰⁾ Vezi Tabelul TDI-10 (partea ii) din Buletinul statistic 2005.

în rândurile pacienților noi care urmează un tratament pentru dependență de canabis se înregistrează în Danemarca și în Țările de Jos iar cele mai mari procente de utilizatori ocazionali sau de persoane care nu au consumat canabis în luna anterioară tratamentului se înregistrează în Germania și în Grecia ⁽⁵¹⁾, situație care reflectă probabil diferențe în ceea ce privește trimiterea la tratament. În Germania, aproximativ o treime din pacienții noi în tratamentul pentru dependență de canabis consumă drogul ocazional sau nu au consumat drogul în luna anterioară tratamentului, dar în alte țări acest grup reprezintă 11 % din totalul pacienților, iar aproximativ 60 % consumă drogul zilnic.

Informații privind capturile și piața

Producția și traficul

În 2003, canabisul a fost în continuare cel mai produs și mai comercializat drog ilicit din lume. Totuși, răspândirea globală a producției de canabis și dificultățile de monitorizare a acesteia fac problematică estimarea cantității produse (UNODC, 2003a).

Producția de rășină de canabis pe scară largă se concentrează în câteva țări, în special în Maroc, în timp ce traficul este foarte răspândit în multe țări (CND, 2004, 2005). Pe baza unui sondaj privind producția de canabis din Maroc realizat de UNODC și de guvernul Marocului (2003), se estimează că în regiunea Rif s-a realizat aproximativ 40 % din producția globală de rășină de canabis în 2003 (INCB, 2005). Majoritatea rășinii de canabis consumate în Uniunea Europeană este originară din Maroc și intră în Europa în special prin peninsula Iberică, deși Țările de Jos constituie un important centru secundar de distribuție pentru transporturi spre țările Uniunii Europene (Bovenkerk și Hogewind, 2002). Printre celelalte țări menționate în 2003 ca țări sursă pentru rășina de canabis confiscată în Uniunea Europeană se numără Albania, Afganistan, Iran, Pakistan, Nepal și India (Raportele naționale Reitox, 2004; INCB, 2005).

Producția globală de plante de canabis este în continuare răspândită în întreaga lume, iar producția potențială a fost estimată la cel puțin 40 000 tone (CND, 2005). Conform rapoartelor, plantele de canabis din capturile realizate în Uniunea Europeană în 2003 erau originare din diverse țări printre care și Țările de Jos și Albania dar și din țări africane (Malawi, Africa de Sud, Nigeria) și din SUA (Raportele naționale Reitox, 2004). În plus, în majoritatea statelor membre ale Uniunii Europene se cultivă și se produc local (în interior sau în aer liber) produse din canabis (Raportele naționale Reitox, 2004).

Interpretarea datelor privind capturile și piața

De obicei, se consideră că numărul capturilor de droguri dintr-o țară este un indicator indirect al ofertei și disponibilității drogurilor, deși acesta reflectă de asemenea capacitatea, resursele și strategiile de aplicare a legii, precum și vulnerabilitatea traficantilor față de strategiile naționale și internaționale care urmăresc reducerea ofertei. Cantitățile capturate pot fluctua considerabil de la un an la altul, de exemplu dacă într-un an câteva capturi sunt de dimensiuni foarte mari. Din acest motiv, mai multe țări consideră că numărul capturilor este un indicator mai bun al tendințelor. În toate țările, numărul capturilor cuprinde o proporție ridicată de capturi mici la nivelul comerțului cu amănuntul. Originea și destinația drogurilor capturate pot indica rutele de trafic și zonele de producție, dar aceste informații nu sunt întotdeauna cunoscute. Majoritatea statelor membre furnizează date privind puritatea și prețul drogurilor vândute cu amănuntul. Datele provin însă dintr-o varietate de surse diferite, iar acestea nu sunt întotdeauna comparabile sau fiabile, comparațiile corecte dintre țări fiind astfel dificil de realizat.

Capturi

La nivel mondial au fost capturate în total 1 347 tone de rășină de canabis și 5 821 tone de plante de canabis în 2003. Majoritatea rășinii de canabis a fost capturată în Europa de vest și centrală (70 %) și în Asia de sud-vest și în Orientul Mijlociu și Apropiat (21 %), iar cea mai mare concentrație de capturi de plante de canabis s-a înregistrat în America de Nord și în America de Sud (68 %) și în Africa (26 %) (CND, 2005). Din punctul de vedere al numărului de capturi, canabisul este cel mai des capturat drog în toate țările Uniunii Europene, cu excepția Estoniei și a Letoniei, unde în 2003 numărul de capturi de amfetamină a fost mai mare. Privind cantitățile, canabisul este cel mai capturat drog din Uniunea Europeană, deși în 2003 au fost raportate capturi de cantități mai mari de alte droguri în câteva țări – amfetamine în Estonia și în Luxemburg, heroină în Ungaria și cocaină în Polonia. Cronologic, majoritatea capturilor de canabis din Uniunea Europeană au fost făcute în Regatul Unit, urmat de Spania și Franța, situația fiind probabil aceeași și în prezent ⁽⁵²⁾. Totuși, în ultimii cinci ani, în ceea ce privește cantitățile, în Spania au fost capturate mai mult de jumătate din totalul cantităților capturate în Uniunea Europeană. La nivelul Uniunii Europene, numărul capturilor de canabis ⁽⁵³⁾ a prezentat o tendință mai mult sau mai puțin crescătoare începând din 1998, deși raportările parțiale de date din

⁽⁵¹⁾ Vezi tabelul TDI-18 (partea iv) din Buletinul statistic 2005.

⁽⁵²⁾ Trebuie realizată o verificare pe baza datelor lipsă pentru 2003 când acestea vor fi disponibile. Nu au fost disponibile date privind numărul de capturi de canabis din 2003 pentru Italia, Cipru, Țările de Jos și România; nu au fost disponibile nici date privind numărul și nici date privind cantitățile capturilor de canabis din 2003 din Irlanda și Regatul Unit.

⁽⁵³⁾ Vezi Tabelul SZR-1 (partea i) din Buletinul statistic 2005.

câteva țări aduc un element de incertitudine în acest sens, iar cantitățile ⁽⁵⁴⁾ capturate par să fi crescut după 2000.

Prețul și tăria

În 2003, prețul mediu de vânzare cu amănuntul al rășinii de cannabis a variat în Uniunea Europeană între 1,4 EUR/g în Spania și 21,5 EUR/g în Norvegia, în timp ce prețul plantelor de cannabis a variat între 1,1 EUR/g în Spania și 12 EUR/g în Letonia ⁽⁵⁵⁾.

Tăria produselor din cannabis este determinată de conținutul lor de tetrahidrocannabinol (THC), constituentul activ principal. În 2003, rapoartele au arătat că în țările pentru care există date, rășina de cannabis vândută cu amănuntul avea un conținut mediu de THC care varia de la sub 1 % (Polonia) la 25 % (Slovacia), în timp ce tăria plantelor de cannabis varia de la 1 % (Ungaria, Finlanda) la 20 % (pentru cele crescute în gospodărie în Țările de Jos) ⁽⁵⁶⁾.

⁽⁵⁴⁾ Vezi Tabelul SZR-2 (partea i) din Buletinul statistic 2005.

⁽⁵⁵⁾ Vezi Tabelul PPP-1 (partea i) din Buletinul statistic 2005.

⁽⁵⁶⁾ Vezi Tabelul PPP-5 (partea i) din Buletinul statistic 2005.



Capitolul 4

Stimulatoare de tipul amfetaminelor, LSD și alte droguri sintetice

În ceea ce privește prevalența consumului, în aproape majoritatea țărilor, a doua substanță cea mai des consumată este un drog sintetic. Ratele generale de consum pentru aceste substanțe sunt de obicei scăzute la nivelul populației generale, dar ratele de prevalență la grupul de vârstă al tinerilor sunt considerabil mai mari, consumul acestor droguri fiind deosebit de mare în anumite împrejurări sociale și/sau în anumite grupuri subculturale.

Printre drogurile sintetice consumate în Europa se numără atât substanțe stimulative cât și substanțe halucinogene. Făcând parte din a doua categorie, dietilamida acidului lisergic (LSD) este de departe cea mai cunoscută, dar nivelurile consumului general au fost scăzute și destul de stabile pe parcursul unei perioade considerabile de timp. Există dovezi noi privind interesul din ce în ce mai mare pentru halucinogene de origine naturală, subiect tratat în altă secțiune a prezentului raport.

Termenul stimulative de timpul amfetaminelor (ATS) este folosit pentru a desemna atât amfetaminele, cât și drogurile din grupul Ecstasy. Termenul de amfetamine este un termen generic folosit pentru a descrie droguri înrudite din punct de vedere chimic care stimulează sistemul nervos central, printre cele mai importante există, pe piața europeană a drogurilor ilegale, două și anume, amfetamina și metamfetamina. Dintre acestea, amfetamina este de departe cea mai curentă, deși la nivel global se înregistrează o creștere a consumului de metamfetamină. Până în prezent, se pare că în Europa nu se înregistrează un consum important de metamfetamină decât în Republica Cehă, deși rapoarte sporadice din alte locuri subliniază importanța monitorizării, întrucât acest drog este asociat cu probleme grave de sănătate.

Cel mai cunoscut drog din grupul Ecstasy este 3,4-metilendioxi-metamfetamina (MDMA), dar tabletele de Ecstasy conțin uneori și alte substanțe analoge înrudite. Aceste droguri sunt cunoscute și sub denumirea de entactogeni, care înseamnă „a atinge înăuntru”, și cuprind substanțe sintetice înrudite din punct de vedere chimic cu amfetaminele, dar care diferită într-o anumită măsură în ceea ce privește efectele, deoarece prezintă o combinație de efecte tipice similare substanțelor halucinogene.

Prevalența și modelele de consum

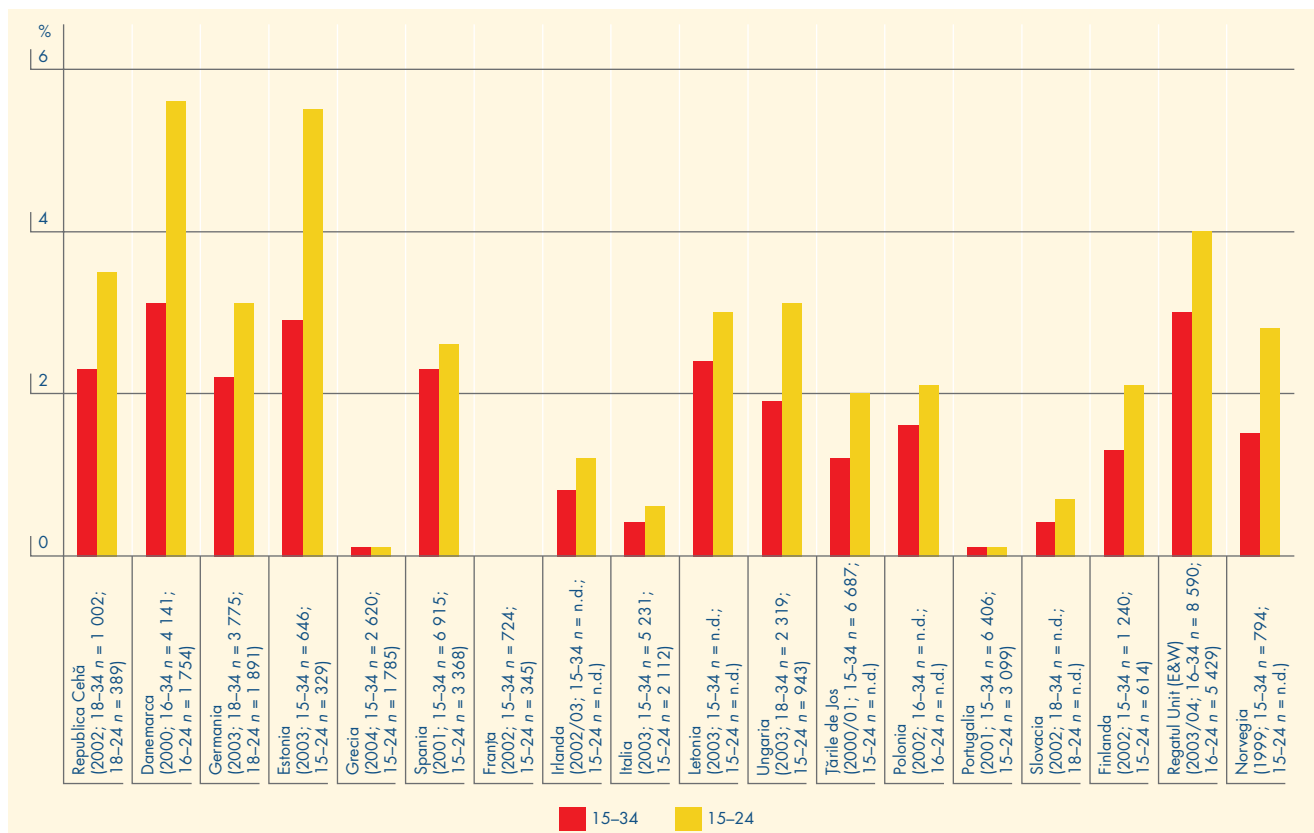
În mod tradițional, sondajele realizate la nivelul populației au arătat că, după canabis, metamfetaminele sunt cea mai des consumată substanță ilegală, deși prevalența generală a consumului de amfetamină este în mod clar mai redusă decât cea a consumului de canabis. Se pare însă că acest model de consum se modifică în multe țări, amfetaminele fiind depășite de Ecstasy care ocupă locul doi după canabis în sondajele recente realizate la nivelul populației generale și în școli. De exemplu, în 2003 sondajele ESPAD din școli (Hibell et al., 2004) au arătat că prevalența estimată pe parcursul vieții a consumului de Ecstasy o depășește pe cea a amfetaminei în 14 dintre țările Uniunii Europene, în Norvegia și în țările candidate ⁽⁵⁷⁾. Totuși, trebuie menționat faptul că Ecstasy a devenit popular numai în anii 1990, în timp ce consumul de amfetamine are o istorie mai lungă. Acest lucru este reflectat în sondajele recente realizate în rândul adulților, care au indicat cifre mai mari pentru consumul de amfetamină pe parcursul vieții în 11 țări și pentru consumul de Ecstasy în 10 țări, în comparație cu un consum recent (ultimele 12 luni) mai mare de Ecstasy în 15 țări, iar de amfetamină în numai cinci țări (două țări au raportat cifre egale).

Conform sondajelor recente, la nivelul tuturor adulților (15–64 ani), consumul de amfetamină pe parcursul vieții în Uniunea Europeană variază între 0,1 % și 6 %, cu excepția Regatului Unit, unde se înregistrează o valoare de 12 %. Consumul recent este evident mai mic, variind între 0 % și 1,5 %, valorile cele mai mari înregistrându-se în Danemarca, Estonia și Regatul Unit.

O imagine similară se conturează pe baza sondajelor realizate la nivelul populației și pentru grupul de adulți tineri (15–34 ani), în rândul cărora experimentarea consumului de amfetamină pe parcursul vieții variază între 0,1 % și 10 %, Regatul Unit raportând un procent deosebit de ridicat de 18,4 %. Consumul recent variază între 0 % și 3 %, valorile cele mai mari înregistrându-se tot în Danemarca, Estonia și Regatul Unit (Figura 6). Deși cifrele privind consumul pe parcursul vieții în Regatul Unit sunt considerabil mai mari decât cele determinate în alte țări, prevalența consumului recent de amfetamină (consum în ultimele 12 luni) este foarte similară cu ratele raportate în alte țări și continuă să scadă pe ansamblu.

⁽⁵⁷⁾ Vezi Figura EYE-2 (partea iv) în Buletinul statistic 2005.

Figura 6: Consumul recent (anul precedent) de amfetamine în rândul adulților tineri pe tranșe de vârstă selecționate, de la 15 la 34 de ani și de la 15 la 24 de ani, măsurat prin anchete asupra populației



NB: Datele provin din cele mai recente anchete naționale existente în fiecare țară (vezi Tabelul GPS-4 pentru grupa de vârstă 15-34 de ani). Unele țări utilizează, pentru tineri, un interval de vârstă ușor diferit față de intervalul standard utilizat de OEDT. Variațiile din intervalele de vârstă pot reflecta într-o mică măsură diferențele dintre țări.

Surse: Rapoartele naționale Reitox (2004), preluate din anchete asupra populației, rapoarte sau articole științifice. Vezi și Tabelul GPS-0 din Buletinul statistic 2005.

Noi date privind consumul de amfetamine în grupul elevilor cu vârste între 15 și 16 ani sunt raportate în cadrul sondajelor ESPAD 2003⁽⁵⁸⁾. Prevalența consumului de amfetamină pe parcursul vieții variază de la sub 1 % la 7 %; valorile cele mai ridicate din cadrul estimărilor naționale privind consumul recent și actual (ultimele 30 de zile) al acestui drog sunt de 4 % și respectiv 3 %.

Aproximativ între 0,2-6,5 % din populația adultă a încercat Ecstasy, cifrele din majoritatea țărilor variind între 1-4 %. Consumul recent este raportat pentru 0-2,5 % dintre adulți, cea mai ridicată prevalență înregistrându-se în Republica Cehă, Spania și în Regatul Unit.

Dintre adulții tineri (15-34 ani), 0,6-13,6 % declară că au consumat recent Ecstasy. Consumul recent (prevalența în ultimele 12 luni) raportat este de 0,4-6 %, cele mai ridicate rate de prevalență înregistrându-se în Republica Cehă, Estonia, Spania și în Regatul Unit (Figura 7).

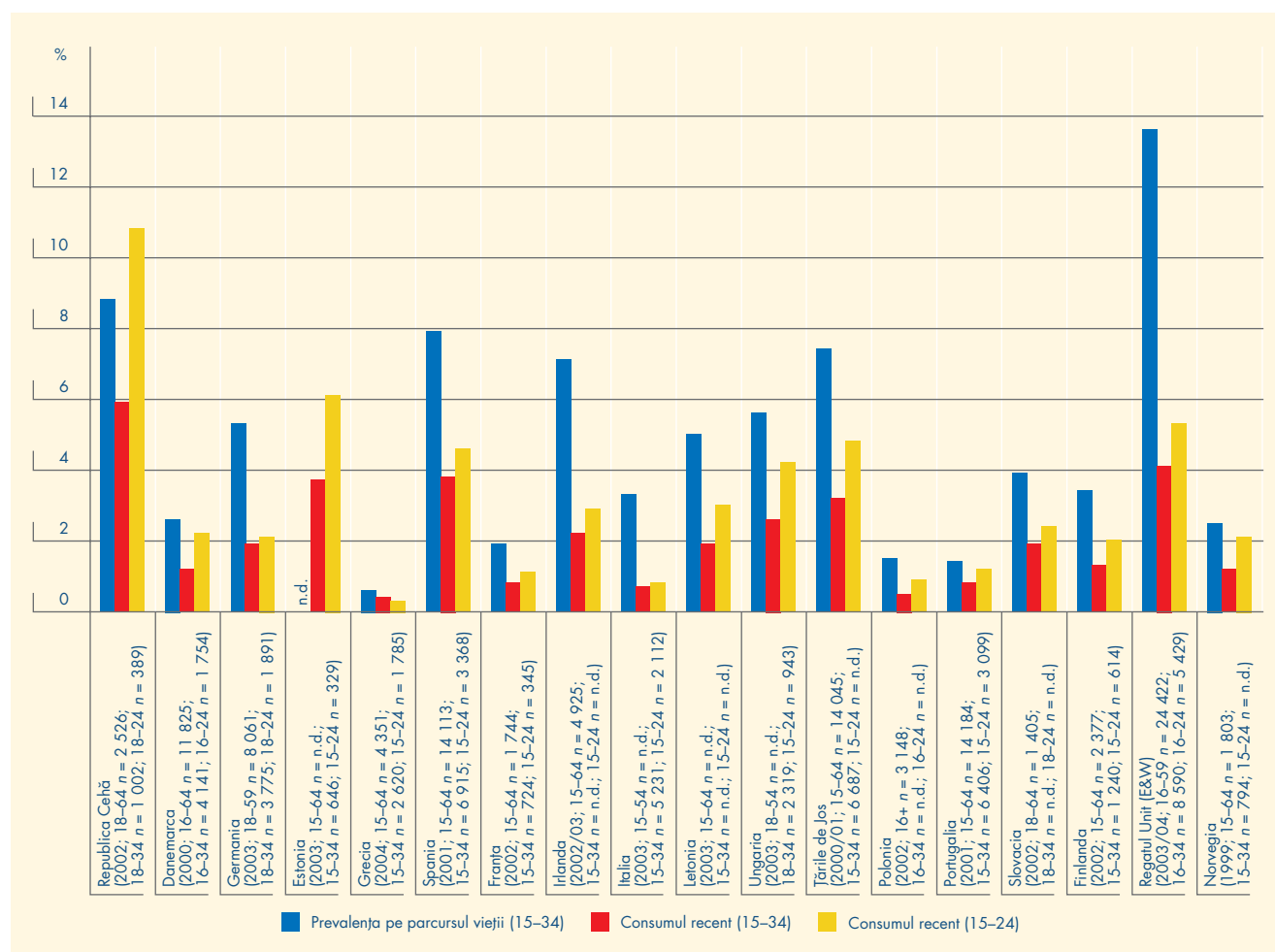
Deoarece consumul de Ecstasy este predominant un fenomen specific vârstei tinere, este utilă o analiză a ratelor de prevalență pentru grupul 15-24 ani și pentru

grupul elevilor de 15-16 ani. În grupul 15-24 ani, rata de experimentare pe parcursul vieții variază între 0,4 % și 13 %, iar cifrele recente variază între 0,3 % și 11 %. În plus, deoarece rata consumului de droguri la acest grup de vârstă este mai mare la bărbați decât la femei, majoritatea țărilor au raportat rate de experimentare de-a lungul vieții pentru bărbații cu vârste cuprinse între 15 și 24 de ani variind între 4-16 % și rate recente de consum în rândul bărbaților de 2-8 %. În fine, șapte țări au raportat cifre privind consumul actual (consumul în ultimele 30 de zile), care includ și consumul regulat, variind între 2 % și 5 %, fapt care sugerează că 1 dintre 20-50 de bărbați cu vârste cuprinse între 15-24 ani consumă cu regularitate Ecstasy. Este posibil ca aceste cifre să fie mai mari în zonele urbane și, în special, în rândul persoanelor care frecventează discoteci, cluburi sau evenimente la care se dansează (Butler and Montgomery, 2004).

Estimările privind prevalența consumului de Ecstasy sunt considerabil mai scăzute pentru elevii cu vârste între 15 și 16 ani decât pentru grupul 15-24 ani. Prevalența consumului de Ecstasy pe parcursul vieții în rândul elevilor

⁽⁵⁸⁾ Vezi Capitolul 2 pentru o analiză detaliată a rezultatelor sondajului ESPAD 2003 în școli.

Figura 7: Prevalența pe parcursul vieții și consumul recent (în anul precedent) de Ecstasy în rândul adulților tineri pe tranșe de vârstă selecționate, de la 15 la 34 de ani și de la 15 la 24 de ani, măsurat prin anchete asupra populației



NB: Datele provin din cele mai recente anchete naționale existente în fiecare țară (vezi Tabelele GPS-2 pentru prevalența pe parcursul vieții și GPS-4 pentru consumul recent la grupa de vârstă 15-34 de ani, din Buletinul statistic 2005).

Unele țări utilizează, pentru tineri, un interval de vârstă ușor diferit față de intervalul standard utilizat de OEDT. Variațiile din intervalele de vârstă pot reflecta într-o mică măsură diferențele dintre țări.

Surse: Rapoartele naționale Reitox (2004), preluate din anchete asupra populației, rapoarte sau articole științifice. Vezi și Tabelul GPS-0 din Buletinul statistic 2005.

inclusi în sondaj a variat între 0 % și 8 %, înregistrându-se rate chiar mai reduse pentru consumul recent (0-4 %) și pentru consumul actual (0-3 %). În majoritatea țărilor, estimările privind consumul actual variază între 1 % și 2 %, cu diferențe mici între sexe (Hibell et al., 2004).

Pentru comparație, în cadrul studiului național din 2003 din Statele Unite privind consumul de droguri și sănătatea (SAMHSA, 2003), 4,6 % dintre adulți (definiți ca având cel puțin 12 ani) au declarat că au experimentat Ecstasy pe parcursul vieții, iar 0,9 % au declarat că au consumat recent. În grupul de vârstă 18-25 ani din același sondaj, 14,8 % au declarat că au experimentat drogul pe parcursul vieții, 3,7 % au declarat că au consumat recent și 0,7 % au declarat un consum actual (ultima lună) ⁽⁵⁹⁾.

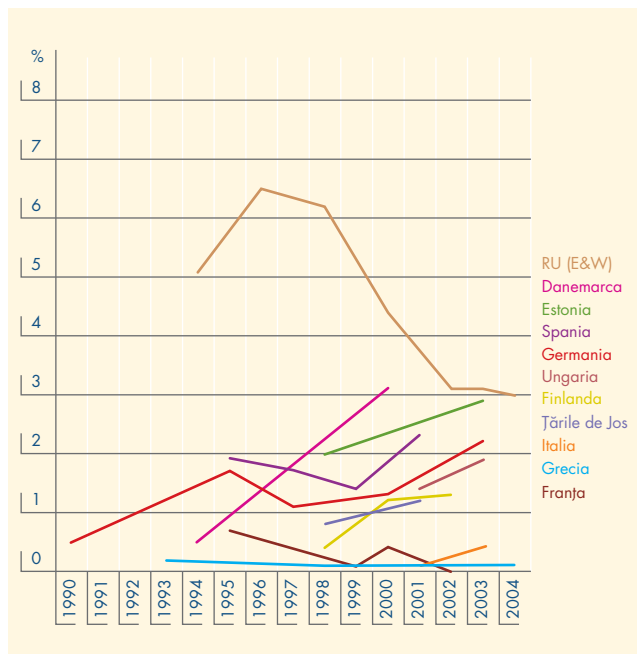
Tendințe

Sondajele la nivelul populației indică o creștere a consumului recent de amfetamină (Figura 8) și de Ecstasy (Figura 9) în rândul adulților tineri din majoritatea țărilor care dețin informații provenind din sondaje consecutive. În privința Ecstasy-ului, excepțiile sunt reprezentate de Germania și de Grecia, unde nivelul consumului nu a crescut, și de Regatul Unit unde consumul acestor droguri s-a stabilizat recent (2002/2003), deși la niveluri relativ ridicate (Figura 9).

După cum s-a arătat anterior, consumul de Ecstasy depășește în prezent consumul de amfetamină în multe țări; totuși, situația este departe de a fi una de declin al consumului de amfetamine. În majoritatea țărilor care au

⁽⁵⁹⁾ Observați că intervalul de vârstă din sondajul din Statele Unite (12 ani și mai mult) este mai mare decât intervalul de vârstă folosit de OEDT în sondajele din Uniunea Europeană (15-64 ani). Pe de altă parte, intervalul de vârstă al adulților tineri (18-25 ani) este mai restrâns decât cel folosit în majoritatea sondajelor din Uniunea Europeană (15-24 ani).

Figura 8: Tendințe ale consumului recent (în anul precedent) de amfetamine în rândul adulților tineri (15–34 ani), măsurate prin anchetele asupra populației (1)



(1) Dimensiunile eșantioanelor (persoane care au răspuns la anchetă) pentru grupa de vârstă 15–34 de ani pe țară și pe an sunt prezentate în Tabelul GPS-4 din Buletinul statistic 2005.

NB: Date preluate din anchetele naționale disponibile în fiecare țară. Cifrele și metodologia aplicată în fiecare anchetă pot fi consultate în Tabelul GPS-4 din Buletinul statistic 2005. Pentru adulții tineri, OEDT folosește intervalul 15–34 de ani [Danemarca și Regatul Unit începând de la 16 ani, iar Germania, Estonia (1998) și Ungaria începând de la 18 ani]. În Franța, intervalul de vârstă a fost 18–39 ani în 1995.

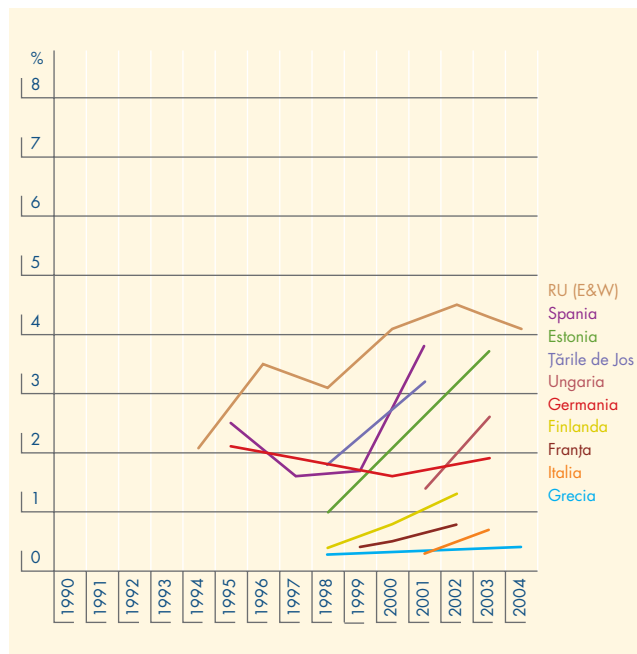
Surse: Rapoartele naționale Reitox (2004), preluate din anchete asupra populației, rapoarte sau articole științifice. Vezi și Tabelul GPS-0 din Buletinul statistic 2005.

putut furniza informații din sondaje consecutive, consumul de amfetamină (consum recent în rândul adulților tineri) a crescut de fapt. O excepție notabilă este reprezentată de Regatul Unit, unde din 1998 s-a observat o scădere considerabilă a consumului de amfetamină. Acest fapt ar putea explica de ce în Regatul Unit prevalența experimentării pe parcursul vieții este mare în comparație cu nivelurile mai moderate ale consumului recent înregistrate. Se poate specula că scăderea consumului de amfetamină a fost compensată într-o oarecare măsură de creșterea consumului de cocaină și de Ecstasy (vezi Figurile 8 și 9).

Date privind cererile de tratament

Consumul de ATS constituie rareori cauza principală pentru care este urmat un tratament pentru dependență de droguri. Totuși, există și excepții: în Republica Cehă, Finlanda și Suedia, ATS, și în special amfetaminele mai

Figura 9: Tendințe ale consumului recent (în anul precedent) de Ecstasy în rândul adulților tineri (15–34 ani), măsurate prin anchetele asupra populației (1)



(1) Dimensiunile eșantioanelor (persoane care au răspuns la anchetă) pentru grupa de vârstă 15–34 de ani pe țară și pe an sunt prezentate în Tabelul GPS-4 din Buletinul statistic 2005.

NB: Date preluate din anchetele naționale disponibile în fiecare țară. Cifrele și metodologia aplicată în fiecare anchetă pot fi consultate în Tabelul GPS-4 din Buletinul statistic 2005. Pentru adulții tineri, OEDT folosește intervalul 15–34 de ani [Danemarca și Regatul Unit începând de la 16 ani, iar Germania, Estonia (1998) și Ungaria începând de la 18 ani].

Surse: Rapoartele naționale Reitox (2004), preluate din anchete asupra populației, rapoarte sau articole științifice. Vezi și Tabelul GPS-0 din buletinul statistic pe 2005.

curând decât Ecstasy, reprezintă între 18 % și peste 50 % din totalul cererilor de tratament principal. În Republica Cehă, peste 50 % din cererile de tratament raportate au o legătură cu o problemă principală legată de metamfetamină. Acest lucru este reflectat și de cererile noi de tratament, pe a căror listă s-a adăugat și Slovacia (60). În plus, 11 % din clienții europeni noi care solicită tratament și care au raportat date au menționat ATS ca drog secundar (61).

Compararea datelor din 2002 și 2003 a indicat continuarea tendinței de creștere a numărului de consumatori de ATS (+3,5 %); între 1996 și 2003, numărul de pacienți care au solicitat tratament pentru ATS a crescut de la 2 204 la 5 070 în 12 dintre țările Uniunii Europene.

Dintre clienții noi care solicită tratament pentru consumul de ATS în centrele de tratament în ambulatoriu, 78,5 % consumă metamfetamine, iar 21,4 % MDMA (Ecstasy) (62).

(60) Vezi Tabelele TDI-4 (partea ii) și TDI-5 (partea ii) din Buletinul statistic 2005.

(61) Vezi Tabelul TDI-24 din Buletinul statistic 2005.

(62) Vezi Tabelul TDI-23 din Buletinul statistic 2005.

Proporția cea mai mare de pacienți care urmează un tratament pentru consum de Ecstasy se înregistrează în Ungaria, Țările de Jos și în Regatul Unit.

Aproape o treime dintre consumatorii de ATS care solicită tratament au vârste cuprinse între 15–19 ani, iar o altă treime au vârste cuprinse între 20 și 24 de ani ⁽⁶³⁾. Marea majoritate a pacienților care urmează un tratament pentru dependență de ATS consumă pentru prima dată drogul între 15 și 19 ani ⁽⁶⁴⁾.

Printre clienții care urmează tratamentul pentru dependență de ATS, consumatorii ocazionali și cei zilnici sunt reprezentați în proporții egale. În țările în care proporția pacienților care urmează un tratament pentru dependență de metamfetamină este mai mare, majoritatea pacienților consumă drogul de 2–6 ori pe săptămână ⁽⁶⁵⁾.

Principala cale de administrare a amfetaminelor și a Ecstasy-ului este cea orală (58,2 %); totuși, aproximativ 15 % dintre pacienți își injectează drogul; în unele țări, peste 60 % dintre pacienții care urmează un tratament pentru consum de ATS sunt actualmente consumatori de amfetamine prin injecție (Republica Cehă și Finlanda) ⁽⁶⁶⁾.

Decesele legate de consumul de Ecstasy

În comparație cu decesele legate de consumul de opiacee, decesele legate de consumul de Ecstasy sunt relativ rare, fără să fie negliabile în unele țări, monitorizarea lor putând fi ameliorată. Denumirea de „deces legat de consumul de Ecstasy” înseamnă că Ecstasy-ul este menționat în certificatul de deces sau că a fost identificat în cadrul analizei toxicologice (adesea asociat cu alte droguri) ⁽⁶⁷⁾.

Deși întocmirea raporturilor nu este armonizată, datele din Rapoartele naționale Reitox pentru 2004 sugerează că decesele legate de consumul de Ecstasy sunt rare în majoritatea țărilor din Uniunea Europeană, în special decesele legate numai de consumul de Ecstasy. În 2003, mai multe țări au raportat decese asociate consumului de Ecstasy: Austria (un singur deces legat de Ecstasy), Republica Cehă (un deces cauzat probabil de o supradoză de MDMA), Franța (opt cazuri de decese asociate cu Ecstasy), Germania (numai două cazuri datorate Ecstasy-ului și opt cazuri implicând consumul de Ecstasy în combinație cu alte droguri – aceste cifre au crescut la 8 și respectiv 11 în 2002), Portugalia (Ecstasy-ul depistat în 2 % din decesele legate de consumul de droguri) și Regatul Unit (Ecstasy-ul a fost „menționat” în 49 de certificate de deces în 2000, în 76 de certificate în 2001 și în 75 în 2002). Țările de Jos au raportat șapte

decese cauzate de intoxicații acute cu psihostimulante, deși nu au raportat substanța implicată.

Numărul țărilor care raportează date privind urgențele din spitale implicând Ecstasy este mic. În Amsterdam, numărul urgențelor nesoldate cu un deces (raportul național al Țărilor de Jos) care pot fi atribuite consumului de Ecstasy a fost stabil între 1995 și 2003 (ca și cel al urgențelor de acest tip asociate cu metamfetamine), iar numărul urgențelor provocate de ciuperci halucinogene și de gama-hidroxiutirat (GHB) a crescut. În Danemarca (conform raportului național), numărul cazurilor de contacte cu spitalele care pot fi atribuite intoxicațiilor cu stimulatoare a crescut de la 112 cazuri în 1999 la 292 de cazuri în 2003; în rândul acestora, numărul cazurilor asociate cu consumul de Ecstasy a crescut în mod sensibil din 1999 și până în 2000, fără a se înregistra o tendință ulterioară clară, în timp ce numărul cazurilor de contacte cu spitalele asociate cu consumul de metamfetamină a crescut constant pe parcursul aceleiași perioade.

Prevenirea

Proiectele mobile de prevenire se adaptează la fragmentarea culturii „rave” pentru a putea totuși ajunge la grupul țintă format din tineri care consumă droguri în scop de recreare, de exemplu prin intermediul punctelor de contact pentru fiecare „scenă”. Dintre țările în care se realizează analiza pastilelor, Germania și Portugalia au renunțat la această practică. În Țările de Jos, analiza pastilelor este efectuată numai de laboratoare, iar în Franța s-a propus abandonarea analizelor pentru pastile în diferite locuri. Printre motivele acestor modificări se numără și scăderea numărului de pastile falsificate din Europa de vest și preocupările privind legalitatea acestei practici. Totuși, în Republica Cehă, proiectele de analiză a pastilelor au fost continuate și au constituit și obiectul unor dezbateri în presă.

Prevenirea în locuri de recreare

Din ce în ce mai multe proiecte de prevenire selectivă în locuri de recreare sunt raportate de noile state membre, în special de Republica Cehă, Cipru (unitate mobilă de informare în localurile de noapte), Ungaria (trei organizații), Polonia și Slovenia.

De obicei, conținutul intervențiilor nu se modifică și este similar în majoritatea statelor membre, constând din discotecă antidrog, spectacole artistice, teatru, suport media (filme, desene animate etc.), seminarii, expoziții

⁽⁶³⁾ Vezi Tabelele TDI-11 (partea i) și TDI-11 (partea v) din Buletinul statistic 2005.

⁽⁶⁴⁾ Vezi Tabelele TDI-10 (partea i) și TDI-10 (partea v) din Buletinul statistic 2005.

⁽⁶⁵⁾ Vezi Tabelul TDI-18 (partea iii) din Buletinul statistic 2005.

⁽⁶⁶⁾ Vezi Tabelul TDI-17 (partea iii) din Buletinul statistic 2005.

⁽⁶⁷⁾ Vezi Raportul anual al OEDT 2004 (<http://ar2004.emcdda.eu.int/en/page038-en.html>) pentru mai multe detalii privind decesele legate de consumul de Ecstasy.

mobile și experiențe de călătorie (raportul național al Luxemburgului) de combatere a drogurilor.

Abordările structurale rămân în continuare importante. În Italia, Țările de Jos și în Scandinavia, activitățile în rețea sunt considerate drept o condiție preliminară pentru prevenirea consumului de droguri, obiectivul fiind acela de a influența cultura vieții de noapte. În acest scop, specialiștii din domeniul prevenirii stabilesc legături cu proprietarii localurilor în care se consumă de obicei droguri cu scop de recreare (inclusiv coffee shop-urile din Țările de Jos) precum și cu alte persoane care participă la viața de noapte, cum sunt portarii și personalul din baruri. În Suedia, aceste intervenții sunt extinse la alte orașe mari, în afara orașului Stockholm. Un studiu privind programe similare din Țările de Jos a ajuns la concluzia că „participanții și organizatorii petrecerilor au un comportament mult mai responsabil în privința drogurilor decât se estimase” (Piłman et al., 2003). Abordările integrate de acest tip prezintă și avantajul de a devia atenția publicului de la incidentele și urgențele medicale în care sunt implicate droguri ilegale din cadrul petrecerilor mari, concentrând atenția asupra riscului general din mediul cluburilor. În această categorie se încadrează și liniile directe pentru o viață de noapte mai sigură, dar acestea nu sunt încă răspândite pe scară largă în Europa (Calafat et al., 2003).

Consilierea individuală pe site-uri Internet este o abordare relativ nouă adoptată în Austria și în Germania (www.drugcom.de). În același sens, în Austria, există consiliere prin e-mail oferită de centrul de apeluri Vienna Drug Assistance (Asistență pentru droguri Viena) și au fost elaborate standarde de calitate (FSW, 2004). Totuși, majoritatea site-urilor web pentru prevenirea consumului de droguri nu fac decât să furnizeze asistență de specialitate și nu oferă forumuri de discuții, întrucât nu există dovezi solide privind eficiența unor astfel de comunități de consumatori gestionate de aceștia (Eysenbach et al., 2004).

Informații privind capturile și piața ⁽⁶⁸⁾

Conform rapoartelor Biroului Națiunilor Unite pentru Droguri și Criminalitate (UNODC, 2003a) producția de ATS – „droguri sintetice inclusiv amfetamină, metamfetamină și Ecstasy înrudite chimic” – este greu de cuantificat deoarece „aceasta se realizează pe bază de

substanțe chimice ușor accesibile în laboratoare care pot fi ascunse cu ușurință”. Totuși, producția globală anuală de ATS este estimată la aproximativ 520 tone (UNODC, 2003b). Capturile de ATS la nivel mondial au înregistrat un vârf în 2000 când au ajuns la 46 tone, iar ulterior o scădere, apoi din nou o creștere, la 34 tone, în 2003 (CND, 2004, 2005).

Amfetamina

Numărul de laboratoare dezafectate arată că producția mondială de amfetamină rămâne în continuare concentrată în Europa. În 2003, au fost descoperite laboratoare de amfetamină în opt țări ale Uniunii Europene (Belgia, Germania, Estonia, Lituania, Luxemburg, Țările de Jos, Polonia, Regatul Unit). Majoritatea amfetaminei confiscate în Uniunea Europeană în 2003 era originară din Țările de Jos, fiind urmată de cea din Polonia și Belgia. În plus, s-a raportat că în Estonia și în Lituania se produce amfetamină destinată țărilor nordice. Traficul cu amfetamină rămâne în principal unul intraregional (Rapoartele naționale Reitox, 2004; CND, 2005).

În mod similar, majoritatea capturilor de amfetamină se realizează în Europa. Europa centrală și de vest a contribuit cu 82 % din totalul capturilor de amfetamină la nivel mondial în 2003, țările din sud-estul Europei cu 13 %, iar țările din Orientul Mijlociu și Apropiat cu 3 % (CND, 2005). În ultimii cinci ani, țara în care s-au realizat cele mai importante capturi de amfetamină din Europa a fost Regatul Unit ⁽⁶⁹⁾. În Uniunea Europeană pe ansamblu, numărul capturilor de amfetamină ⁽⁷⁰⁾, care prezentase anterior o tendință crescătoare, a atins un vârf în 1998, iar cantitățile de amfetamină confiscate ⁽⁷¹⁾ au atins un nivel de vârf în 1997. Numărul de capturi de amfetamină a crescut din nou în 2001 și 2002 dar, conform tendințelor din țările pentru care sunt disponibile date, este posibil să se fi stabilizat sau să fi scăzut în 2003. Și cantitățile confiscate au fluctuat dar se pare că au înregistrat o creștere constantă începând din 2002 ⁽⁷²⁾.

În 2003, prețul mediu al amfetaminei la consumator a variat de la sub 10 EUR/g în Belgia, Estonia, Grecia, Letonia, Ungaria, Țările de Jos și Slovacia la 37,5 EUR/g în Norvegia ⁽⁷³⁾. Puritatea medie a amfetaminei vândute consumatorilor a variat în 2003 între 7,5 % (Germania) și 50 % (Norvegia) ⁽⁷⁴⁾.

⁽⁶⁸⁾ Vezi Interpretarea datelor privind capturile și piața, pag. 42.

⁽⁶⁹⁾ Trebuie realizată o verificare pe baza datelor lipsă pentru 2003 privind Regatul Unit când acestea vor fi disponibile. Nu au fost disponibile date privind numărul de capturi de amfetamină din 2003 pentru Italia, Cipru, Țările de Jos și România; nu au fost disponibile nici date privind numărul și nici date privind cantitățile capturilor de amfetamină din 2003 din Irlanda și Regatul Unit.

⁽⁷⁰⁾ Vezi Tabelul SZR-7 (partea i) din Buletinul statistic 2005.

⁽⁷¹⁾ Vezi Tabelul SZR-8 (partea i) din Buletinul statistic 2005.

⁽⁷²⁾ Trebuie realizată o verificare pe baza datelor lipsă pentru 2003 – în special pentru Regatul Unit – când acestea vor fi disponibile.

⁽⁷³⁾ Vezi Tabelul PPP-4 (partea i) din Buletinul statistic 2005.

⁽⁷⁴⁾ Vezi Tabelul PPP-8 (partea i) din Buletinul statistic 2005.

Metamfetamina

La nivel global, cel mai important ATS în ceea ce privește cantitatea fabricată și traficată este metamfetamina.

În 2003, cele mai mari cantități au fost în continuare produse și confiscate în Asia de est și de sud-est (China, Myanmar, Filipine, Thailanda), urmată de America de Nord (Statele Unite) (CND, 2005). Producția de metamfetamină din Europa se realizează la scară mult mai redusă. În 2003, au fost detectate și raportate laboratoare clandestine de metamfetamină în Republica Cehă, Germania, Lituania și Slovacia (Rapoartele naționale Reitox, 2004; CND, 2005). În Republica Cehă, s-a raportat producerea de metamfetamină încă de la începutul anilor 1980 (UNODC, 2003a); majoritatea acesteia este destinată consumului local, deși o parte este introdusă ilegal în Germania și în Austria (raportul național al Republicii Cehe, 2004). În 2003, autoritățile cehe au raportat o creștere a producției de „pervitin” (metamfetamină locală) din medicamente de marcă, în urma lipsei de efedrină (precursorul metamfetaminei) pe piața neagră locală. Deși OEDT nu a colectat sistematic date privind capturile de metamfetamină, Republica Cehă, Germania, Lituania și Norvegia au raportat realizarea unor astfel de capturi în 2003. În plus, Danemarca a raportat că metamfetamina este din ce în ce mai comună pe piața drogurilor ilicite iar Letonia a raportat o cantitate ridicată (0,8 tone) de efedrină capturată în 2003 (în comparație cu 2002) (Rapoartele naționale Reitox, 2004).

În 2003, prețul cu amănuntul al „pervitin-ului” din Republica Cehă a variat conform rapoartelor între 16 EUR și 63 EUR/g⁽⁷⁵⁾, iar puritatea sa a variat între 50 % și 75 %⁽⁷⁶⁾.

Ecstasy

La nivel global, Europa rămâne principalul centru de producție de Ecstasy, deși importanța sa relativă pare în declin deoarece producția de Ecstasy s-a extins și în alte părți ale lumii în ultimii ani, în special în America de Nord și în Asia de est și de sud-est (CND, 2005; INCB, 2005). În 2003, numărul laboratoarelor de Ecstasy depistate la nivel mondial a scăzut (CND, 2005); în Uniunea Europeană, s-a raportat depistarea unor astfel de laboratoare în Belgia, Estonia, Lituania și în Țările de Jos (Rapoartele naționale Reitox, 2004; CND, 2005). S-a raportat că Ecstasy-ul confiscat în Uniunea Europeană provine în principal din Țările de Jos, fiind urmat de cel

din Belgia, deși Estonia și Regatul Unit sunt de asemenea menționate ca țări sursă (Rapoartele naționale Reitox, 2003).

Traficul cu Ecstasy este încă puternic concentrat în Europa de vest deși, ca și producția, s-a extins în întreaga lume în ultimii ani (UNODC, 2003a). Din punctul de vedere al cantităților confiscate în 2003, Europa centrală și de vest a contribuit cu 58 %, urmată de Oceania cu 23 % (CND, 2005). În 2002, Țările de Jos au depășit pentru prima dată Regatul Unit, devenind țara din Uniunea Europeană cu cele mai mari capturi de Ecstasy⁽⁷⁷⁾.

Numărul capturilor de Ecstasy⁽⁷⁸⁾ de la nivelul Uniunii Europene a crescut rapid în perioada 1998–2001. Totuși, din 2002, numărul capturilor a scăzut și, pe baza tendințelor din țările pentru care există date, este posibil ca această scădere să fi continuat și în 2003. Cantitățile de Ecstasy interceptate⁽⁷⁹⁾ au crescut abrupt din 1998 în 2000, iar apoi într-un ritm mai lent. Totuși, în 2003, cantitățile confiscate au scăzut în majoritatea țărilor care au raportat date. Însă reducerea aparentă a capturilor de Ecstasy din Uniunea Europeană (atât în privința numărului cât și a cantităților) din 2003 trebuie confirmată pe baza datelor lipsă pentru 2003 – în special cu cele privind Regatul Unit – când acestea vor fi disponibile.

În 2003, costul mediu al unei tablete de Ecstasy pe stradă a variat de la sub 5 EUR (Ungaria, Țările de Jos) la 20–30 EUR (Grecia, Italia)⁽⁸⁰⁾.

În 2003, analizele au arătat că majoritatea tabletelor vândute ca droguri ilicite conțineau numai Ecstasy (MDMA, substanță activă) și substanțe de tipul Ecstasy (MDEA, MDA) ca ingrediente psihoactive. Această situație s-a înregistrat în Danemarca, Spania, Ungaria, Țările de Jos, Slovacia și Norvegia, unde peste 95 % dintre tabletele supuse analizelor conțineau aceste substanțe. Totuși, două țări, Estonia și Lituania, au raportat că un procent mai mare (94 % și respectiv 76 %) dintre tabletele supuse analizelor conțineau numai amfetamină și/sau metamfetamină ca substanțe psihoactive. Conținutul de MDMA al tabletelor de Ecstasy variază mult de la un lot la altul (chiar și în cazul celor marcate cu aceeași pictogramă) atât de la o țară la alta, cât și în interiorul aceleiași țări. În 2003, conținutul mediu de MDMA al tabletelor de Ecstasy a variat între 54 și 78 de mg⁽⁸¹⁾. Printre alte substanțe psihoactive identificate în tabletele vândute ca Ecstasy în 2003, s-au numărat MDA, MDE,

⁽⁷⁵⁾ Vezi Tabelul PPP-4 (partea i) din Buletinul statistic 2005.

⁽⁷⁶⁾ Vezi Tabelul PPP-8 (partea i) din Buletinul statistic 2005.

⁽⁷⁷⁾ Trebuie realizată o verificare pe baza datelor lipsă pentru 2003 când acestea vor fi disponibile. Nu au fost disponibile date privind numărul de capturi de Ecstasy din 2003 pentru Italia, Cipru, Țările de Jos și România; nu au fost disponibile nici date privind numărul și nici date privind cantitățile capturilor de Ecstasy din 2003 din Irlanda și Regatul Unit.

⁽⁷⁸⁾ Vezi Tabelul SZR-9 (partea iv) din Buletinul statistic 2005.

⁽⁷⁹⁾ Vezi Tabelul SZR-10 (partea i) din Buletinul statistic 2005.

⁽⁸⁰⁾ Vezi Tabelul PPP-4 (partea i) din Buletinul statistic 2005.

⁽⁸¹⁾ Acest interval de valori se bazează pe datele din câteva țări, respectiv din Danemarca, Germania, Franța, Luxemburg și Țările de Jos.

PMA, PMMA, DOB, 5-MeO-DIPT, 4-MTA și 1-PEA (Raportele naționale Reitox, 2004).

LSD

LSD este fabricat și comercializat în măsură mult mai mică decât ATS. Până în 2000, majoritatea capturilor de LSD din Uniunea Europeană au fost făcute în Regatul Unit, dar de atunci Germania ⁽⁸²⁾ a realizat cel mai mare număr de capturi ⁽⁸³⁾. Pe parcursul perioadei 1998–2002, la nivelul Uniunii Europene, atât numărul capturilor de LSD ⁽⁸⁴⁾ cât și cantitățile ⁽⁸⁵⁾ confiscate au scăzut constant – cu excepția unei perioade de stabilizare înregistrată în 2000. Totuși, în 2003, pentru prima dată în ultimii nouă ani, atât numărul capturilor de LSD cât și cantitățile interceptate au crescut. Au fost confiscate cantități excepțional de mari în Spania, Franța și Polonia. Este posibil ca această situație să indice un reviriment al traficului cu LSD (și probabil a consumului) în Uniunea Europeană. În 2003, costul mediu la consumator al unei unități de LSD a variat între 4 EUR în Regatul Unit și 25 EUR în Italia ⁽⁸⁶⁾.

Informații privind sistemul de avertizare rapidă

Principalul obiectiv al sistemului european de avertizare rapidă (EWS) din cadrul Joint Action on New Synthetic Drugs (Acțiunea comună privind drogurile sintetice noi) ⁽⁸⁷⁾ a Uniunii Europene din 1997 este acela de a colecta, de a analiza și de a schimba rapid informații privind drogurile sintetice noi imediat ce acestea apar pe scena europeană a drogurilor. EWS se află sub auspiciile OEDT prin intermediul rețelei Reitox și funcționează în strânsă cooperare cu Europol care îi oferă informații relevante privind activitatea poliției prin intermediul rețelei sale de unități naționale (ENU).

În 2004, OEDT i-au fost notificate de către statele membre șase droguri sintetice noi, numărul total de substanțe monitorizate ajungând astfel la peste 25. Printre acestea se numără feniletilaminele substituite la nucleu (majoritatea din grupul 2C precum și TMA-2, 4-MTA, PMMA, etc.), triptaminele (cum sunt DMT, AMT, DIPT și diverși derivați) și piperazinele (inclusiv BZP, mCPP). Informații privind alte substanțe, inclusiv unele catinone (cum sunt pirolidinele

substituite), au fost colectate și incluse în schimbul de informații. Totuși, Comisia Europeană și Parlamentul European nu au fost solicitate să valideze o evaluare a riscului pentru nici una dintre substanțele noi, deoarece dovezile privind riscurile pentru sănătatea individuală/publică și riscurile sociale erau insuficiente.

Ketamina și GHB-ul au fost, ambele, supuse evaluării riscului în anul 2000 și sunt monitorizate în continuare prin intermediul sistemului EWS. Deși există indicii privind posibilitatea răspândirii considerabile a acestor două substanțe în locuri de recreare, nu există încă suficiente dovezi pentru a cuantifica prevalența sau pentru a identifica tendințele la nivelul Uniunii Europene.

Ketamina a fost identificată în Belgia, Danemarca, Grecia, Franța, Ungaria, Țările de Jos, Suedia, Regatul Unit și Norvegia. Majoritatea capturilor au fost de praf alb, dar Franța și Regatul Unit au raportat și capturi/achiziții de ketamină în formă lichidă. Cel mai mare număr de depistări în fluidele corporale și în probe a fost raportat de Suedia și de Norvegia (51 și respectiv 30), dar nici una dintre cele două țări nu a operat o diferențiere între consumul în scopuri medicale și cel ilegal.

Identificarea de GHB, inclusiv capturile de precursori ai acestuia GBL și 1,4-BD (substanțe chimice disponibile în comerț pe scară largă) a fost raportată de Belgia, Republica Cehă, Danemarca, Estonia, Franța, Țările de Jos, Suedia, Finlanda, Regatul Unit și Norvegia. GHB-ul a fost capturat atât sub formă de praf cât și în formă lichidă.

În ultimele două luni ale anului 2004, au fost raportate mai multe cazuri de intoxicații provocate de consumul de cocaină falsificată cu doze relativ mari de atropină ⁽⁸⁸⁾ în Belgia, Franța, Italia și în Țările de Jos. Imediat după identificarea riscului de intoxicație cu combinația cocaină/atropină, OEDT a emis o alertă către partenerii din EWS, sfătuindu-i să își informeze rețelele și în special autoritățile competente din domeniul sănătății privind semnele intoxicației cu cocaină/atropină, astfel încât aceasta să poată fi diagnosticată într-un stadiu timpuriu. În consecință, mai multe state membre au decis să transmită avertizări rapide rețelelor sau autorităților din domeniul sănătății publice.

⁽⁸²⁾ Trebuie avut în vedere numărul mic de capturi de LSD pentru a evita excesele în interpretarea variațiilor înregistrate de la un an la altul.

⁽⁸³⁾ Trebuie realizată o verificare pe baza datelor lipsă pentru 2003 când acestea vor fi disponibile. Nu au fost disponibile date privind numărul de capturi de LSD din 2003 pentru Italia, Cipru, Țările de Jos și Polonia; nu au fost disponibile nici date privind numărul și nici date privind cantitățile capturilor de LSD din 2003 din Irlanda, Malta, Slovenia, Regatul Unit, Bulgaria și România.

⁽⁸⁴⁾ Vezi Tabelul SZR-11 (partea i) din Buletinul statistic 2005.

⁽⁸⁵⁾ Vezi Tabelul SZR-12 (partea i) din Buletinul statistic 2005.

⁽⁸⁶⁾ Vezi Tabelul PPP-4 (partea i) din Buletinul statistic 2005.

⁽⁸⁷⁾ Acțiunea comună din 1997 referitoare la schimbul de informații, evaluarea riscului și combaterea drogurilor sintetice noi (OJ L 167, 25.6.1997)

definește drogurile sintetice noi ca „droguri sintetice care nu figurează în prezent în nici unul dintre Tabelele din Convenția Națiunilor Unite din 1971 asupra substanțelor psihotrope, ale căror riscuri grave pentru sănătatea publică sunt comparabile cu cele ale substanțelor din Tabelul I sau II la convenția menționată anterior și care au o valoare terapeutică limitată”. Se referă la produse finite, nu la precursori.

⁽⁸⁸⁾ Atropina, un agent anticolinergic, este un alcaloid de origine naturală al *Atropa belladonna*. Intoxicațiile grave pot fi fatale.

În mai 2005, EWS a fost consolidat în continuare printr-o Decizie a Consiliului (2005/387/JHA) care a înlocuit Acțiunea Comună din 1997. Decizia Consiliului a extins sfera de activitate la toate substanțele psihoactive noi (atât stupefiante cât și droguri sintetice). În plus, mecanismul permite includerea medicamentelor în schimbul de informații privind substanțele psihoactive noi.

Acțiuni internaționale împotriva producției și a traficului de droguri sintetice

În cadrul cooperării la nivelul Uniunii Europene și la nivel internațional este recunoscută în măsură din ce în ce mai mare importanța monitorizării și a controlului precursorilor reprezentanți de substanțe chimice necesare pentru producerea substanțelor controlate. Sporind vigilența asupra substanțelor chimice necesare pentru producerea de droguri cum sunt heroina, cocaina și Ecstasy-ul, se pot pune în aplicare măsuri care să pună capăt sau să diminueze oferta acestora. În prezent în acest domeniu există trei programe internaționale importante: ,Operation Purple' (Operațiunea Purpuriu) care se ocupă de permanganatul de potasiu folosit pentru producerea de cocaină; ,Operation Topaz' (Operațiunea Topaz) pentru monitorizarea anhidridei acetice, un precursor folosit pentru producerea de heroină, și ,Proiect Prisma' (Proiectul Prisma) care se concentrează asupra investigării în sens invers a parcursului capturilor de precursori ai stimulatoarelor de tipul amfetaminelor în porturile de intrare sau în locurile în care se găsesc laboratoare ilegale pentru fabricarea de droguri. În total, au fost notificate un număr de 20 227 de tranzacții la INCB și examinate în cadrul acestor operațiuni pe parcursul ultimilor doi ani și există dovezi că aceste acțiuni au avut un impact asupra producției de droguri.

Proiectul Prisma are o importanță deosebită în ceea ce privește producția de droguri sintetice din Uniunea Europeană. Este un domeniu de lucru dificil, deoarece printre numeroasele substanțe chimice care pot fi folosite pentru producerea de ATS se numără și multe substanțe necesare pentru desfășurarea unor activități comerciale legale sau reprezintă produse derivate ale acestora. Printre domeniile de interes acoperite de Proiectul Prisma se numără monitorizarea schimburilor comerciale internaționale cu safrol care este folosit pentru producerea de Ecstasy; prevenirea deturnării preparatelor farmaceutice care conțin pseudoefedrină; și localizarea laboratoarelor implicate în fabricarea ilicită de 1-fenil-2-propanonă. În ciuda dificultăților din acest domeniu de lucru, se pare că Proiectul Prisma a condus la îmbunătățirea cooperării internaționale și a reușit să

pună cu succes în aplicare unele interdicții. Un exemplu în acest sens, menționat în recentul raport INCB (2005), este cooperarea dintre China și Polonia care a dus la identificarea unui caz important de contrabandă cu 1-fenil-2-propanonă spre Polonia.

Măsuri împotriva producției și traficului de droguri sintetice în Europa

În conformitate cu planul de punere în aplicare a acțiunilor care trebuie întreprinse în privința furnizării de droguri sintetice, Comisia, în cooperare cu Europol, a pregătit un raport, în decembrie 2003, în care a descris situația din prezent a principalelor proiecte multilaterale în ceea ce privește cartografia rețelelor de distribuție și experiența acumulată în acest domeniu la nivelul Uniunii Europene, în statele membre și în țările candidate. În raport, au fost subliniate elementele de importanță cheie ale unor astfel de proiecte care se pare că sunt esențiale pentru obținerea unor beneficii operaționale. Raportul a concluzionat că „o combinație de informații din diverse domenii legate de drogurile sintetice în cadrul unei strategii integrate de incluziune poate genera beneficii”.

În decembrie 2004, proiectele CASE și GENESIS ale Europolului au fuzionat formând proiectul Synergy (Sinergie), care cuprinde un fișier analitic de lucru (AWF) susținut de 20 de state membre și de unele țări terțe, Europol Illicit Laboratory Comparison System (Sistemul Europol de comparare a laboratoarelor ilicite) (EILCS) și Europol Ecstasy Logo System (Sistemul Europol pentru pictogramele Ecstasy (EELS)). Proiectul continuă să furnizeze asistență pentru Comprehensive Action against Synthetic Drugs in Europe (Acțiunea generală împotriva drogurilor sintetice în Europa) (CASE), o inițiativă suedeză de analiză a profilului amfetaminei, și European Joint Unit on Precursors (Unitatea europeană comună pentru precursori) (EJUP), formată din experți din șase state membre.

Fișierul analitic AWF asigură colectarea și analizarea informațiilor la nivel înalt privind activitățile criminale legate de drogurile sintetice și de precursori. Se acordă prioritate investigării grupurilor criminale și/sau *modus operandi* importante.

EILCS colaborează informații fotografice și tehnice de la locurile în care se produc droguri sintetice și de la locurile de abandonare a deșeurilor chimice, pentru a permite stabilirea unei legături între echipamentele, materialele și substanțele chimice confiscate, inițierea schimbului de informații, investigarea parcursului în sens invers, examinarea medico-legală în vederea identificării unor probe și identificarea și concentrarea asupra celor care

facilitează activitatea grupurilor criminale sau asupra asociațiilor acestora. Europol constituie, prin intermediul EILCS, punctul european de convergență al Proiectului Prisma – Echipament, al programului global INCB al Națiunilor Unite de investigare în sens invers a parcursului mașinilor de tabletare și a altor echipamente folosite pentru producerea de droguri sintetice.

EELS colajionează informațiile medico-legale de bază și cele privind *modus operandi* pentru capturile importante, permițând identificarea asemănărilor dintre capturi, și pe

baza dispozitivelor de ștanțat confiscate, și inițiază schimbul de informații privind acțiunile poliției, investigațiile ulterioare și stabilirea profilului medico-legal în scopul colectării de probe și al concentrării asupra grupurilor criminale.

Europol Synthetic Drug Production Equipment Catalogue (Catalogul Europol de echipamente de producere a drogurilor sintetice) și Europol Ecstasy Logo Catalogue (Catalogul Europol al pictogramelor Ecstasy) sunt actualizate și publicate cu regularitate.



Capitolul 5

Cocaina și cocaina crack

Prevalența și modelele de consum de cocaină

Conform sondajelor naționale recente la nivelul populației, între 0,5 % și 6 % din populația adultă declară că a consumat cocaină cel puțin o dată (adică prevalența pe parcursul vieții), valorile cele mai mari înregistrându-se în Italia (4,6 %), Spania (4,9 %) și în Regatul Unit (6,8 %). Consumul recent de cocaină (în ultimele 12 luni) raportat de adulți este, în general, sub 1 %; în majoritatea țărilor cifrele variază între 0,3 % și 1 %. În Spania și în Regatul Unit ratele de prevalență pentru consumul recent au fost de peste 2 %.

Deși cifrele privind prevalența consumului de cocaină sunt mult mai mici decât cele pentru canabis, este posibil ca nivelurile de consum în rândul adulților tineri să fie mai mari decât media pentru populație. Experimentarea drogului pe parcursul vieții în grupul cu vârste cuprinse între 15 și 34 de ani variază între 1 % și 11,6 %, nivelurile cele mai ridicate înregistrându-se din nou în Spania (7,7 %) și în Regatul Unit (11,6 %). Consumul recent variază între 0,2 % și 4,6 %, Danemarca, Irlanda, Italia și Țările de Jos înregistrând rate de aproximativ 2 %; în Spania și în Regatul Unit valoarea înregistrată este de peste 4 %.

Consumul de cocaină este mult mai mare în rândul bărbaților. De exemplu, sondajele din Danemarca, Germania, Spania, Italia, Țările de Jos și Regatul Unit au arătat că, pentru bărbații cu vârste cuprinse între 15–34 de ani, rata celor care au experimentat drogul pe parcursul vieții varia între 5 % și 13 %. În șase țări consumul recent a fost de peste 3 %, Spania și Regatul Unit raportând rate de 6–7 % (Figura 10).

La nivelul populației generale, consumul de cocaină este fie abandonat după o perioadă de experimentare ca adult tânăr, fie rămâne unul ocazional și se produce în principal la sfârșit de săptămână și în locuri de recreare (baruri și discotecii). Totuși, în unele țări nu pot fi neglijate anumite

forme de consum regulat. Consumul actual (în ultimele 30 de zile) este raportat de 1,5–4 % dintre bărbații tineri (15–34 ani) din Spania, Italia, Țările de Jos și din Regatul Unit. Este posibil ca în zonele urbane rata consumului de cocaină să fie considerabil mai mare.

În cadrul unui studiu recent, realizat în mai multe orașe, marea majoritate (95 %) a persoanelor definite ca fiind consumatoare integrate social (recrutați în discotecii, cluburi sau prin contacte personale) prizau cocaina; numai o mică parte fumaseră sau își injectaseră vreodată substanța (Prinzleve et al., 2004).

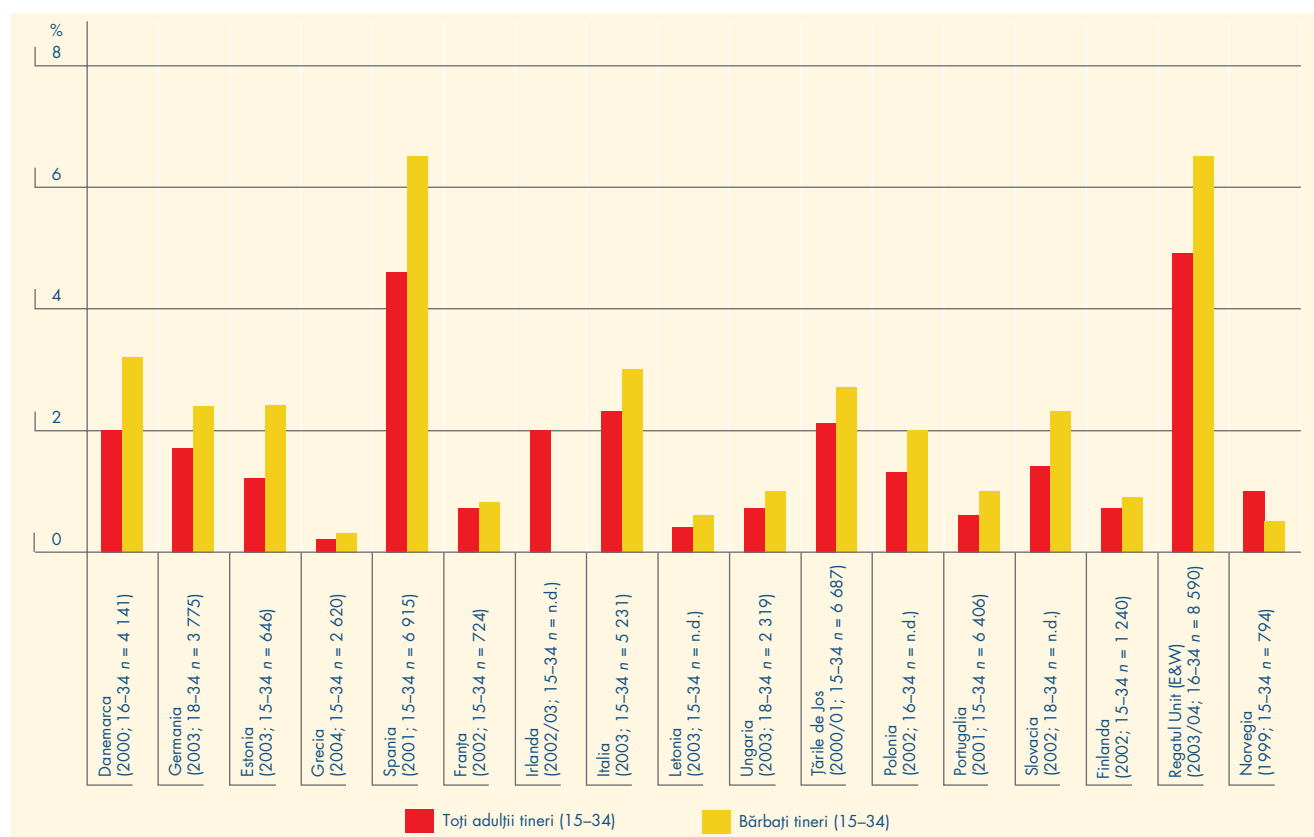
O estimare foarte brută a consumului recent (prevalența în ultimul an) de cocaină, bazată pe ipoteza că prevalența medie este de aproximativ 1 % din numărul total al adulților, ar fi undeva între 3 și 3,5 milioane de persoane în Europa. Pe baza ratelor consumului actual se poate ajunge la o estimare brută de aproximativ 1,5 milioane de utilizatori ⁽⁸⁹⁾.

Pentru o comparație cu ceea ce se întâmplă în afara Europei, în cadrul studiului național din 2003 din Statele Unite privind consumul de droguri și sănătatea (SAMHSA, 2003), 14,7 % dintre adulți (având cel puțin 12 ani) au declarat că au consumat cocaină pe parcursul vieții, iar 2,5 % au declarat că au consumat cocaină în ultimele 12 luni ⁽⁹⁰⁾. În rândul persoanelor cu vârste între 18 și 25 de ani, cifrele au fost de 15 % (pe parcursul vieții), 6,6 % (în ultimele 12 luni) și 2,2 % (în ultima lună). Pentru bărbații cu vârste cuprinse între 18–25 ani, cifrele au fost de 17,4 %, 8,2 % și respectiv 2,9 %. Pe ansamblu, prevalența consumului de cocaină pe parcursul vieții este mai mare la nivelul populației generale în SUA decât în țările din Europa cu cea mai ridicată prevalență. Totuși, această diferență nu este atât de clară având în vedere evaluările mai recente ale consumului, întrucât unele țări europene raportează în prezent estimări mai mari decât cifrele pentru Statele Unite.

⁽⁸⁹⁾ Aceste estimări extrem de brute sunt de fapt valorile prevalenței de la mijlocul intervalului în care variază ratele naționale de prevalență (vezi Tabelul GPS-1 din Buletinul statistic 2005). Observați că multe țări cu populație mare (Germania, Spania, Italia, Țările de Jos și Regatul Unit) au rate de prevalență comparativ mai ridicate și în câteva cazuri mai mari decât intervalul folosit pentru calcul.

⁽⁹⁰⁾ Observați că intervalul de vârstă din sondajul din Statele Unite (12 ani și mai mult) este mai mare decât intervalul de vârstă folosit de OEDT în sondajele din Uniunea Europeană (15–64 ani). Pe de altă parte, intervalul de vârstă al adulților tineri (18–25 ani) este mai restrâns decât cel folosit în majoritatea sondajelor din Uniunea Europeană (15–24 ani).

Figura 10: Consumul recent (în anul precedent) de cocaină în rândul tuturor adulților tineri și al bărbaților tineri, măsurat prin anchetele naționale



NB: Datele provin din cele mai recente anchete naționale existente în fiecare țară (vezi Tabelul GPS-4 din Buletinul statistic 2005). Unele țări utilizează, pentru tineri, un interval de vârstă ușor diferit față de intervalul standard utilizat de OEDT. Variațiile din intervalele de vârstă pot reflecta într-o mică măsură diferențele dintre țări.

Surse: Rapoartele naționale Reitox (2004), preluate din anchete asupra populației, rapoarte sau articole științifice. Vezi și Tabelul GPS-0 din Buletinul statistic 2005.

Tendențele consumului de cocaină

Identificarea unor tendințe europene clare ale consumului de cocaină, bazate pe studii realizate la nivelul populației, este încă dificilă (vezi secțiunea privind tendințele pentru cannabis). Totuși, există semnale de alarmă privind creșterea consumului de cocaină în Europa din mai multe surse, inclusiv din rapoarte locale, studii selective realizate în locuri destinate dansului, rapoarte care arată o creștere a indicatorilor privind capturile și o creștere a indicatorilor relativi la unele probleme (decese, urgențe).

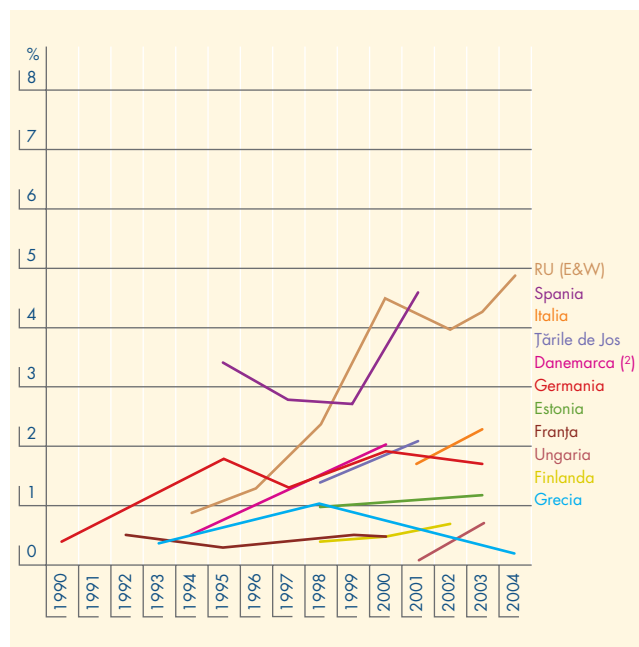
Consumul recent de cocaină a crescut considerabil în rândul tinerilor în Regatul Unit din 1996 până în 2000, dar de atunci s-a menținut relativ stabil, deși în ultimii ani au fost observate creșteri moderate. În Spania ⁽⁹¹⁾ a fost înregistrată o creștere din 1999 până în 2001. Creșteri mai puțin vizibile au fost observate în Danemarca, Italia, Ungaria, Țările de Jos și Austria (conform sondajelor locale) și în Germania, pe parcursul anilor 1990, dar cu oscilații (Figura 11).

Decese legate de consumul de cocaină

Preocupările legate de riscurile consumului de cocaină pentru sănătate sunt mari, în special din cauza tendinței de creștere a consumului în scopuri de recreare observată în unele țări, în special în locuri (discotecă, cluburi) frecventate de grupuri de tineri. În ciuda dificultăților de estimare a numărului de decese legate de consumul de cocaină, această valoare poate constitui un indicator util al riscului ridicat sau poate ajuta la identificarea modelelor riscante de consum. Deși decesele subite în care este implicată cocaina dar nu și opiaceele nu sunt frecvente în Europa, este posibil ca decesele legate de cocaină să nu fie înregistrate în mod adecvat în statisticile actuale. Informațiile disponibile privind decesele legate de consumul de cocaină în Europa sunt limitate și se raportează în diferite forme. Consumul de cocaină este frecvent în rândul consumatorilor de opiacee, iar cocaina este identificată de multe ori în analizele toxicologice pentru cazurile de supradoză de opiacee, pe lângă alte substanțe, cum sunt alcoolul și bezodiazepinele.

⁽⁹¹⁾ Informațiile care au fost primite prea târziu pentru a fi incluse în raport lasă să se întrevadă o stabilizare în cadrul sondajelor din 2003 (prevalența de anul trecut în rândul adulților tineri de 4,8 % față de 4,6 % în 2001).

Figura 11: Tendințe ale consumului recent (în anul precedent) de cocaină în rândul adulților tineri (15–34 ani), măsurate prin anchetele asupra populației (1)



(1) Dimensiunile eșantioanelor (persoane care au răspuns la anchetă) pentru grupa de vârstă 15–34 de ani pe țară și pe an sunt prezentate în Tabelul GPS-4 din Buletinul statistic 2005.

(2) În Danemarca, valoarea pentru 1994 corespunde „drogurilor tari”.
NB: Date preluate din anchetele naționale disponibile în fiecare țară. Cifrele și metodologia aplicată în fiecare anchetă pot fi consultate în Tabelul GPS-4 din Buletinul statistic 2005.

Pentru adulții tineri, OEDT folosește intervalul 15–34 de ani [Danemarca și Regatul Unit începând de la 16 ani, iar Germania, Estonia (1998) și Ungaria începând de la 18 ani]. În Franța intervalul de vârstă a fost 25–34 de ani în 1992 și 18–39 de ani în 1995.

Surse: Rapoartele naționale Reitox (2004), preluate din anchete asupra populației, rapoarte sau articole științifice. Vezi și Tabelul GPS-0 din buletinul statistic pe 2005.

Mai multe țări au raportat informații privind decesele legate de consumul de cocaină în 2003 (Rapoartele naționale Reitox): Germania (25 de cazuri în care a fost implicată numai cocaina și 93 în care a fost implicată cocaina în combinație cu alte droguri; în 2002, cifrele au fost de 47 și respectiv 84), Franța (10 provocate numai de cocaină și 1 în asociere cu un medicament), Grecia (2 cazuri provocate de cocaină), Ungaria (4 cazuri provocate de supradoze de cocaină), Țările de Jos (17 decese provocate de cocaină în 2003, cu o tendință de creștere între 1994, 2 cazuri, și 2002, 37 de cazuri), Austria (cocaina a fost identificată în 30 % din decesele legate de consumul de droguri, singură în numai 3 cazuri și într-un caz, în asociere cu gaz), Portugalia (cocaina a fost identificată în 37 % din decesele legate de consumul de droguri) și în Regatul Unit („menționarea” cocainei în

certIFICATELE DE DECES A CREȘTUT DE LA 85 ÎN 2000, LA 115 ÎN 2001 ȘI LA 171 ÎN 2002, PE PARCURSUL PERIOADEI 1993–2001 ÎNREGISTRÂNDU-SE O CREȘTERE DE 8 ORI). ÎN RAPORTUL SĂU NAȚIONAL REITOX 2003, SPANIA A RAPORTAT CĂ, ÎN 2001, COCAINA A FOST PREZENTĂ ÎN 54 % DIN TOTALUL DECESELOR LEGATE DE CONSUMUL DE DROGURI; ÎN 39 DE CAZURI (8 % DIN TOTALUL DECESELOR LEGATE DE DROGURI) ÎN DECES NU AU FOST IMPLICATE OPIACEE, ÎN 21 DINTRE ACESTEA FIIND IMPLICATĂ NUMAI COCAINA, IAR 5 AU FOST PROVOCATE DE COCAINĂ ȘI ALCOOL.

Deși informațiile disponibile sunt limitate, cocaina joacă probabil un rol determinant în 1 % până la 15 % din decesele legate de consumul de droguri din țările care au reușit să facă o diferențiere a tipurilor de droguri care provoacă decesul, mai multe țări (Germania, Spania, Franța și Ungaria) raportând în acest sens cifre în jurul a 8–12 % din decesele legate de consumul de droguri. Deși este dificil să extrapolăm aceste rezultate la întreaga Europă, ele ar putea indica mai multe sute de decese legate de consumul de cocaină pe an la nivelul Uniunii Europene. Deși cifrele sunt mult mai mici decât cele privind decesele provocate de opiacee, decesele legate de consumul de cocaină reprezintă o problemă gravă și care probabil se va amplifica; în cele câteva țări pentru care se pot estima tendințele, numărul lor este în creștere.

În plus, cocaina poate fi un factor care contribuie la decesele legate de probleme cardiovasculare (aritmii, infarct miocardic și hemoragii cerebrale; vezi Ghuran and Nolan, 2000), în special la consumatorii cu boli care îi predispun, fiind posibil ca multe dintre aceste decese să nu fie incluse în rapoarte.

Date privind cererile de tratament ⁽⁹²⁾

După opiacee și canabis, cocaina este drogul cel mai des declarat ca drog principal de către cei care încep tratamentul și face obiectul a aproximativ 10 % din totalul cererilor de tratament din Uniunea Europeană. Totuși, dincolo de această cifră globală, există variații foarte mari de la o țară la alta: în majoritatea țărilor, numărul cererilor de tratament legate de consumul de cocaină este relativ mic, în Spania și în Țările de Jos însă proporția din totalul clienților reprezentată de cei care solicită tratament pentru dependența de consumul de cocaină este de 26 % și respectiv 38 % ⁽⁹³⁾. În majoritatea țărilor, proporția clienților noi care solicită tratament pentru dependență de cocaină ca drog principal este cea mai mare din totalul clienților ⁽⁹⁴⁾. Cocaina este de asemenea raportată ca drog secundar de aproximativ 13 % dintre clienții noi care solicită tratament în centrele de tratament în ambulatoriu ⁽⁹⁵⁾.

⁽⁹²⁾ Analiza datelor se bazează pe numărul de pacienți care au solicitat tratament în toate centrele de tratament în ceea ce privește distribuția generală și tendințele, și pe cifrele pentru centrele de tratament în ambulatoriu în ceea ce privește profilul clienților și modelele de consum.

⁽⁹³⁾ Vezi Tabelul TDI-5 (partea ii) din Buletinul statistic 2005. Datele privind Spania sunt pentru 2002.

⁽⁹⁴⁾ Vezi Tabelul TDI-4 (partea ii) din Buletinul statistic 2005.

⁽⁹⁵⁾ Vezi Tabelul TDI-24 din Buletinul statistic 2005.

Multe țări raportează o creștere a consumului de cocaină în rândul clienților care solicită tratament; din 1996 în 2003, proporția clienților noi care au solicitat tratament pentru consumul de cocaină a crescut de la 4,8 % la 9,3 %, iar numărul de pacienți noi care au solicitat tratament pentru consumul de cocaină ca drog primar a crescut de la 2 535 la 6 123. În Țările de Jos, în 2003, pentru prima dată, numărul clienților noi care au solicitat tratament pentru consum de cocaină a depășit numărul celor care au solicitat tratament pentru consum de opiacee. O analiză a datelor privind tratamentul realizată la Londra pentru perioada din 1995–1996 până în 2000–2001, arată că numărul clienților consumatori de cocaină a crescut de peste două ori (GLADA, 2004), deși de la un nivel inițial redus (de la 735 la 1 917).

Aceste date sunt probabil influențate de o problemă încă de importanță redusă, dar care se intensifică, adică de cocaina crack (bază de cocaină care poate fi fumată), care a fost semnalată atât în Țările de Jos cât și în Regatul Unit, unde numărul clienților care solicită un tratament pentru dependență de cocaină crack a crescut în ultimii ani. Deși numărul consumatorilor problematici este mic, tendința lor este de a se concentra în câteva zone urbane principale și de aceea sunt extrem de vizibili în rapoartele elaborate pe baza monitorizării din orașe.

Consumatorii de cocaină crack provin de obicei dintr-un alt mediu social decât consumatorii de praf de cocaină. Probabilitatea ca acești consumatori de cocaină crack să fie defavorizați social este mai mare și există dovezi care sugerează că minoritățile etnice pot fi deosebit de vulnerabile la problema cocainei crack: două treimi dintre persoanele de culoare care solicită tratament pentru dependența de droguri în Londra consumă cocaină crack ca drog primar (GLADA, 2004), iar 30 % dintre pacienții care solicită un tratament pentru dependență de cocaină crack din Țările de Jos nu sunt de origine olandeză. Deși există această preocupare legată de cocaina crack, trebuie avut în vedere faptul că, deși drogul este asociat cu probleme deosebite atât pentru persoana care îl consumă, cât și pentru comunitatea în care aceasta trăiește, problema este puternic localizată în Europa. Trebuie observat faptul că majoritatea clienților care solicită un tratament pentru dependența de cocaina crack provin din două țări (Țările de Jos și Regatul Unit).

Pe ansamblu, majoritatea cererilor de tratament pentru dependență de cocaină din Europa nu sunt legate de cocaina crack. În jur de 70 % dintre pacienții noi care solicită un tratament pentru dependență de cocaină consumă cocaină-hidroclorură (praf de cocaină) (majoritatea prizează drogul), iar restul de 30 % consumă cocaină crack. În jur de 5 % din pacienții noi care solicită

un tratament pentru dependență de cocaină declară că își injectează cocaina.

Clienții noi care solicită un tratament pentru consum de cocaină ca drog principal sunt predominant bărbați (raportul bărbați-femei fiind de 3,7:1). Distribuția pe sexe diferă de la o țară la alta ⁽⁹⁶⁾. Un studiu calitativ de cercetare realizat în Italia pe pacienți care au solicitat tratament pentru consumul de substanțe stimulative, în principal cocaină, a arătat că numărul femeilor este aproape egal cu cel al bărbaților în ceea ce privește consumul de substanțe stimulative, dar în ceea ce privește persoanele care solicită tratament pentru dependența de cocaină sau de alte substanțe stimulative, raportul dintre numărul bărbaților și cel al femeilor este puternic dezechilibrat în favoarea bărbaților (Macchia et al., 2004).

Clienții noi care consumă cocaină ca drog principal sunt în medie mai în vârstă decât ceilalți consumatori de droguri (o medie de vârstă de 30 ani, majoritatea încadrându-se în grupul de vârstă 20–34 de ani); conform rapoartelor, un procent mai mic, dar totuși important, de pacienți este reprezentat de cei cu vârste între 35 și 39 ani ⁽⁹⁷⁾.

Cocaina este consumată adesea în combinație cu un alt drog secundar, de multe ori cannabis (40 %) sau cu alcool (37 %). Studiile locale privind consumatorii prin injecție sugerează că, în unele zone, combinarea heroinei și a cocainei în aceeași injecție câștigă popularitate (și este numită uneori de consumatorii prin injecție „speedball”). Dacă lucrurile stau într-adevăr așa, datele generale privind cererile de tratament din majoritatea țărilor nu sugerează acest lucru, deoarece conform acestora numai o mică parte dintre pacienți declară un consum combinat de heroină și cocaină. Totuși, acest lucru nu este valabil pentru toate țările; de exemplu, în Țările de Jos, o analiză a datelor privind cererile de tratament din partea consumatorilor de cocaină sugerează că mulți pacienți care solicită un tratament pentru dependență de cocaină sunt consumatori de mai multe droguri și că, dintre aceștia, cei mai numeroși sunt cei care consumă și cocaină și heroină (Mol et al., 2002).

Tratamentul consumului problematic de cocaină

Nu există un tratament farmacologic consacrat și răspândit pe scară largă disponibil pentru consumatorii cu probleme legate de cocaină, așa cum există pentru cei care suferă de probleme legate de consumul de opiacee. Uneori, consumatorilor de cocaină li se prescriu medicamente pentru calmare sistemică, dar de obicei acestea au efect pe termen scurt și au ca scop reducerea

⁽⁹⁶⁾ Vezi Tabelul TDI-22 din Buletinul statistic 2005 și *Differences in patterns of drug use between women and men (Diferențe între modelele de consum de droguri la femei și la bărbați)* (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=7293>).

⁽⁹⁷⁾ Vezi Tabelul TDI-10 (partea i) din Buletinul statistic 2005.

problemelor legate de consumul de cocaină, de exemplu, anxietate sau tulburări de somn. Opțiunile de tratament pe termen lung pentru consumatorii de cocaină sunt în general oferite în cadrul serviciilor care folosesc medicamente generice. În orice caz, se pare că opțiunile de tratament disponibile pentru cei care au probleme cu cocaina sunt slab dezvoltate (Haasen, 2003). Este însă posibil ca situația să se schimbe, deoarece unele țări au început să dezvolte noi tratamente destinate în mod specific persoanelor care au probleme cu cocaina, un exemplu în acest sens fiind dezvoltarea unor servicii specifice pentru consumul de cocaină crack în Anglia (NTA, 2003).

Majoritatea literaturii științifice dedicate tratării problemelor legate de cocaină se bazează pe studii americane și de aceea este posibil să nu reflecte contextul european. Din păcate, evaluarea tratamentului pentru consumul problematic de cocaină este în continuare puțin frecventă în Uniunea Europeană, în parte pur și simplu deoarece, din perspectivă istorică, serviciile de tratament s-au confruntat relativ rar cu probleme legate de cocaină. O trecere sistematică în revistă a literaturii europene privind tratamentul pentru dependența de cocaină (Rigter et al., 2004) a arătat că, în general, rata respectării tratamentului de către consumatorii problematici de cocaină este scăzută, iar ratele de recidivă sunt mari. Există și unele dovezi care sugerează că psihoterapia ar putea ajuta la reducerea consumului, dar nu și în ceea ce privește utilitatea acupuncturii în tratarea problemelor legate de cocaină. Totuși, pe ansamblu, aceste rezultate trebuie interpretate luând în considerare pur și simplu absența unei baze solide de dovezi din Europa destinate ghidării intervențiilor terapeutice din acest domeniu. De exemplu, nu este clar nici măcar dacă intervențiile destinate cocainei în mod specific sunt mai eficiente decât includerea persoanelor cu probleme legate de cocaină în programe de tratament mai generale care nu sunt specifice pentru un anumit drog. În plus, încă nu există un răspuns la întrebarea dacă este posibilă elaborarea unui tratament farmacologic pentru consumatorii problematici de cocaină care să devină „opțiunea standard de tratament”, așa cum metadona și buprenorfina fac parte din abordarea standard a tratamentului pentru consumul problematic de opiacee. Trebuie să avem în vedere existența unor diferențe importante la nivelul mecanismelor prin care opiaceele și substanțele stimulative așa cum este cocaina acționează asupra corpului, ceea ce înseamnă că este foarte posibil ca opțiunile terapeutice pentru tratarea acestor probleme să difere. În prezent, în Statele Unite, se desfășoară lucrări foarte interesante destinate elaborării unor intervenții care

să blocheze temporar efectele consumului de cocaină asupra consumatorului și va fi interesant de văzut dacă se va ajunge astfel la crearea unor noi opțiuni de tratament.

Reducerea efectelor nocive pentru sănătate

Pe parcursul ultimilor câțiva ani, măsurile destinate prevenirii și reducerii efectelor nocive pentru sănătate asociate consumului de cocaină și de cocaină crack s-au dezvoltat rapid și au fost elaborate informații noi specifice privind cocaina și cocaina crack, în special pe Internet. Serviciile de asistență prin telefon din Belgia, Franța și Portugalia au primit cel mai mare număr de cereri de informații privind consumul de cocaină și de cocaină crack înregistrat vreodată, deși procentul acestor apeluri rămâne mult mai mic decât procentul celor privind medicamentele legale și canabisul. Personalul serviciilor care se ocupă de droguri dispune de o formare suplimentară în privința intervențiilor adecvate în problemele generate de consumul de cocaină și de cocaină crack, în diferite locuri în care fenomenul este recent (spectacolele de sfârșit de săptămână din Dublin sau seratele techno din Viena).

În centrele urbane mari, cum ar fi în Frankfurt (Suchthilfezentrum Bleichstrasse: www.drogenberatung-ijj.de), Barcelona (Hospital Vall d'Hebron: www.vhebron.es), Viena (ChEck iT!: www.checkyourdrugs.at) și Londra (www.cracklondon.org.uk), se acordă consiliere specializată și tratament pentru consumatorii de cocaină și de cocaină crack.

Informații privind capturile și piața ⁽⁹⁸⁾

Producția și traficul

Columbia este de departe cea mai importantă sursă de coca ilicită din lume, fiind urmată de Peru și Bolivia. Producția globală de cocaină din 2003 a fost estimată la 655 tone, la care Columbia a contribuit în proporție de 67 %, Peru 24 % și Bolivia 9 % (CND, 2005). Majoritatea cocainei confiscate în Europa vine direct din America de Sud (Columbia) sau via America Centrală și Caraibe. În 2003, rapoartele au arătat că Brazilia și Venezuela, în special, au fost țări de tranzit pentru cocaina importată în Uniunea Europeană, alături de Argentina, Costa Rica și Curaçao (Rapoartele naționale Reitox, 2004; CND, 2005). Alte zone de tranzit au fost sudul și vestul Africii (INCB, 2005). Principalele puncte de intrare în Uniunea Europeană sunt în continuare Spania, Țările de Jos și Portugalia (Rapoartele naționale Reitox, 2004; CND, 2005; INCB, 2005).

⁽⁹⁸⁾ Vezi 'Interpretarea datelor privind capturile și piața', pag. 42.

Capturi

Conform datelor privind capturile, cocaina se situează pe locul al treilea pe lista celor mai traficate droguri din lume, după plantele de canabis și rășina de canabis. Din punctul de vedere al volumului capturat – 490,5 tone în întreaga lume în 2003 –, majoritatea traficului cu cocaină s-a înregistrat și în 2003 pe cele două continente americane (82 %) și în Europa. Aceasta din urmă a contribuit cu 17 % din totalul cantităților de cocaină confiscate în întreaga lume, ceea ce reprezintă o creștere față de anul anterior (CND, 2005). În Europa, majoritatea cantităților de cocaină confiscată sunt recuperate în țările din vest. În ultimii cinci ani, Spania a fost în mod constant țara din Uniunea Europeană în care s-au înregistrat cele mai ridicate niveluri ale capturilor de cocaină. În 2003, ea a înregistrat mai mult de jumătate din numărul total de capturi și de cantități capturate ⁽⁹⁹⁾ din întreaga Uniune Europeană.

Pe parcursul perioadei 1998–2002, numărul de capturi de cocaină ⁽¹⁰⁰⁾ a crescut în toate statele, cu excepția Germaniei și a Portugaliei. Pe parcursul aceleiași perioade, cantitățile de cocaină confiscate în Uniunea

Europeană ⁽¹⁰¹⁾ au fluctuat, deși tendința a fost de creștere. Totuși, pe baza tendințelor din țările pentru care sunt disponibile date, se pare că numărul total al capturilor de cocaină din Uniunea Europeană a scăzut în 2003 (în special în Spania), în timp ce cantitățile de cocaină confiscate au crescut considerabil (în special în Spania și în Țările de Jos). În 2003, în Uniunea Europeană, au fost capturate cantități deosebit de mari de cocaină.

Deși unele țări din Uniunea Europeană au raportat capturi de cocaină crack, uneori acestea nu pot fi deosebite de capturile de cocaină. Astfel, este posibil ca tendințele capturilor de cocaină descrise anterior să se refere și la cocaina crack.

Prețul și puritatea

Prețul mediu ⁽¹⁰²⁾ al cocainei la nivelul vânzării cu amănuntul a variat mult în Uniunea Europeană în 2003, de la 34 EUR/g în Spania la 175 EUR/g în Norvegia.

În comparație cu heroina, puritatea medie a cocainei la nivelul consumatorilor este mare, variind în 2003 de la 32 % în Republica Cehă și Germania la 83 % în Polonia ⁽¹⁰³⁾.

⁽⁹⁹⁾ Trebuie realizată o verificare pe baza datelor lipsă pentru 2003 când acestea vor fi disponibile. Nu au fost disponibile date privind numărul de capturi de cocaină din 2003 pentru Italia, Cipru, Țările de Jos și România; nu au fost disponibile nici date privind numărul și nici date privind cantitățile capturilor de cocaină din 2003 din Irlanda și Regatul Unit.

⁽¹⁰⁰⁾ Vezi Tabelul SZR-5 (partea i) din Buletinul statistic 2005.

⁽¹⁰¹⁾ Vezi Tabelul SZR-6 (partea i) din Buletinul statistic 2005.

⁽¹⁰²⁾ Vezi Tabelul PPP-3 (partea i) din Buletinul statistic 2005.

⁽¹⁰³⁾ Vezi Tabelul PPP-7 (partea i) din Buletinul statistic 2005. Trebuie menționat faptul că puritatea medie estimată a cocainei din republica Cehă și din Polonia în 2003 se bazează pe un număr mic de eșantioane ($n = 5$ și respectiv 6).



Capitolul 6

Heroina și consumul de droguri injectabile

Consumul regulat și susținut de heroină, injectarea drogurilor și, în unele țări, folosirea intensivă a substanțelor stimulatoare, contribuie în proporție importantă la problemele de sănătate legate de droguri și la problemele sociale din Europa. Numărul persoanelor cu acest tip de comportament este relativ mic în comparație cu populația generală, dar impactul problemelor provocate de consumul de droguri este considerabil. Pentru a contribui la înțelegerea acestei probleme și pentru a permite monitorizarea tendințelor în timp, OEDT colaborează cu statele membre în vederea redefinirii conceptului de „consum problematic de droguri” și pentru elaborarea de strategii destinate măsurării scalei și a impactului acestuia.

Consumul problematic de droguri

Consumul problematic de droguri (CPD) se definește operațional ca fiind „consumul de droguri injectabile sau consumul de opiacee, cocaină și/sau amfetamine timp îndelungat/în mod regulat”⁽¹⁰⁴⁾. Diferențele dintre definiții și incertitudinile metodologice fac dificilă obținerea unor estimări fiabile în acest domeniu, iar diferențele dintre țări sau în timp trebuie interpretate cu precauție.

Consumul problematic de droguri se poate împărți în mai multe categorii. Se poate face o distincție generală între consumul de heroină, care a generat în mod istoric cele mai multe cazuri de CPD în majoritatea țărilor din Uniunea Europeană, și consumul problematic de substanțe stimulatoare, care predomină în Finlanda și Suedia, unde majoritatea consumatorilor problematici de droguri consumă amfetamină ca drog primar. În mod similar, în Republica Cehă, consumatorii de metamfetamină au reprezentat în mod tradițional un procent semnificativ din totalul consumatorilor problematici de droguri.

Consumul problematic de droguri se diversifică. De exemplu, problemele legate de consumul mai multor droguri au devenit treptat mai importante în majoritatea țărilor, iar unele țări în care problemele legate de opiacee au fost în mod istoric predominante raportează acum modificări spre alte droguri. În Spania, estimările privind numărul consumatorilor problematici de opiacee sunt în scădere, observându-se o creștere a problemelor legate de

cocaină; totuși, nu se cunosc tendințele credibile ale evoluției în timp a CPD care să reflecte și consumul problematic de cocaină. Germania și Țările de Jos raportează o proporție în creștere a consumatorilor de cocaină crack în rândul populației lor cu probleme legate de consumul de droguri, deși estimările generale privind consumatorii problematici de droguri din Țările de Jos rămân aceleași.

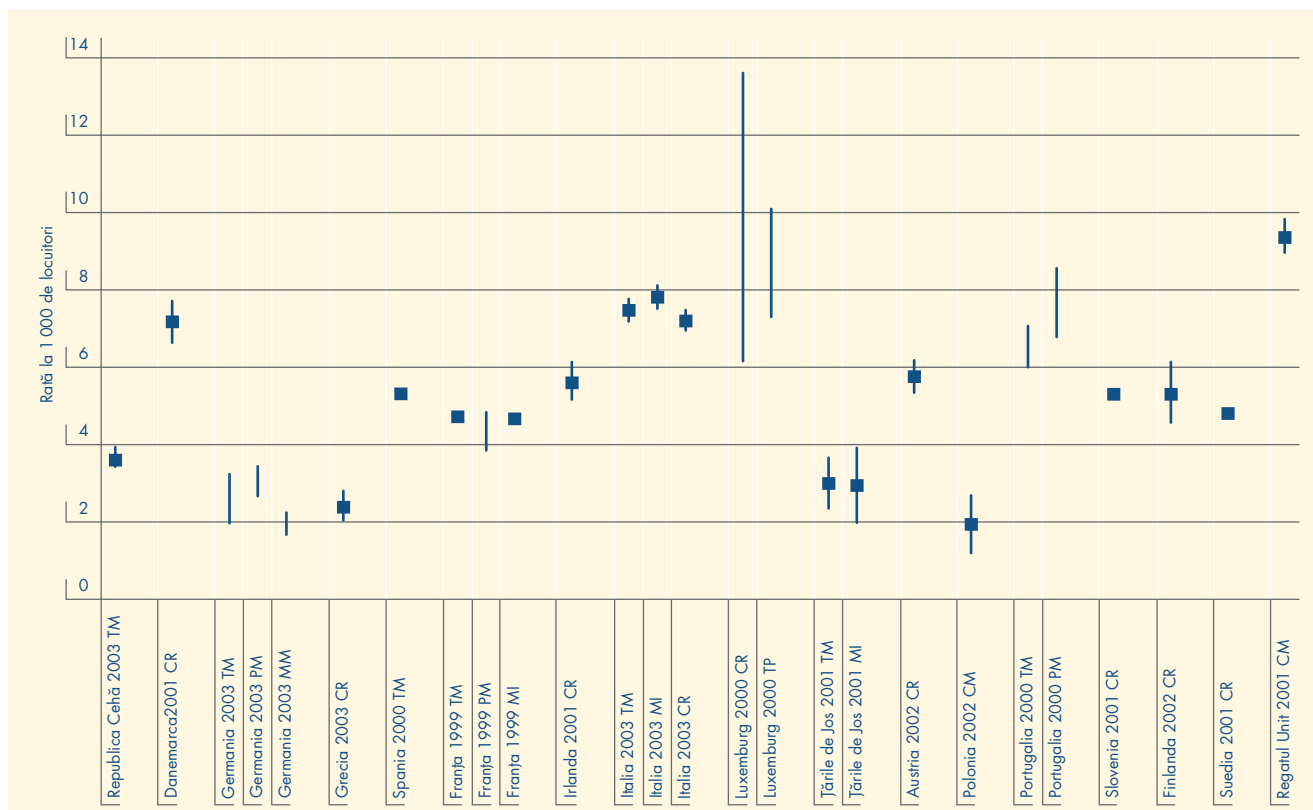
Prevalența

Estimările privind prevalența consumului problematic de droguri la nivel național în perioada 1999–2003 au variat între două și 10 cazuri la 1 000 de locuitori cu vârste cuprinse între 15–64 ani (pe baza punctului de mijloc al estimărilor) sau până la 1 % din populația adultă⁽¹⁰⁵⁾. Se pare că prevalența diferă mult de la o țară la alta, deși atunci când într-o țară au fost utilizate metode diferite rezultatele au fost în mare coerente. Estimări mai mari sunt raportate de Danemarca, Irlanda, Italia, Luxemburg, Austria, Portugalia, Spania și Regatul Unit (6–10 cazuri la 1 000 locuitori cu vârste între 15–64 ani), iar Germania, Grecia, Țările de Jos și Polonia (sub patru cazuri la 1 000 locuitori cu vârste între 15–64 ani) au raportat rate mai scăzute (Figura 12). În ceea ce privește noile țări ale Uniunii Europene și țările candidate, nu există estimări bine documentate decât pentru Republica Cehă, Polonia și Slovenia, pentru care cifrele se situează în gama joasă spre medie, adică 3,6, 1,9 și respectiv 5,3 la 1 000 de locuitori cu vârste între 15–64 de ani. Rata medie ponderată a CPD în Uniunea Europeană se situează probabil între patru și șapte cazuri la 1 000 locuitori cu vârste între 15–64 de ani, ceea ce înseamnă 1,2–2,1 milioane de consumatori problematici de droguri în Uniunea Europeană, dintre care între 850 000 și 1,3 milioane sunt consumatori activi prin injectare. Totuși, aceste estimări sunt departe de a fi exacte și trebuie îmbunătățite pe măsură ce vor fi disponibile mai multe date privind noile state membre.

Estimările locale și regionale sugerează că prevalența CPD poate varia mult între orașe și regiuni. Cele mai mari estimări privind prevalența locală în perioada 1999–2003 sunt raportate de Irlanda, Portugalia și Regatul Unit, ratele la 1 000 ajungând la 16 (Dublin), 17 (Beja), 24 (Aveiro)

⁽¹⁰⁴⁾ Pentru mai multe detalii, vezi *methodological notes on problem drug use* (notele metodologice privind consumul problematic de droguri) din *Buletinul statistic 2005*.

⁽¹⁰⁵⁾ Vezi Tabelul PDU-1 din *Buletinul statistic 2005*.

Figura 12: Estimări privind prevalența consumului problematic de droguri 1999–2003 (rată la 1 000 de locuitori cu vârste între 15 și 64 de ani)

NB: CR, metoda captură-recaptură; TM, metodă multiplicator bazată pe tratament; PM, metodă multiplicator bazată pe registrele poliției; MI, indicator multivariabil; TP, distribuție „Poisson tronqué”; CM, metode combinate. Pentru mai multe detalii, vezi Tabelele PDU-1, PDU-2 și PDU-3 din Buletinul statistic 2005. Simbolul indică o estimare punctuală, iar bara indică un interval de incertitudine, care poate fi un interval de confidență de 95 % sau un interval bazat pe analiza sensibilității (vezi Tabelul PDU-3). Grupurile țintă pot varia ușor din cauza diferitelor metode și surse de date; prin urmare, comparațiile trebuie realizate cu precauție. Estimarea realizată pentru Spania nu include consumul problematic de cocaină; o valoare estimată mai ridicată este indicată în Tabelele PDU-2 și PDU-3, care ia în considerare acest grup, dar care probabil nu este la fel de fiabilă.

Surse: Punctele naționale de convergență. Vezi și EMCDDA (2003).

și 25 (unele zone din Londra), și până la 29 (Dundee) și 34 (Glasgow) (Figura 13). Variațiile geografice sunt totuși importante la nivel local, prevalența în alte zone ale Londrei fiind estimată la 6 la 1 000. Aceste date sugerează că sunt necesare estimări sigure ale prevalențelor locale și în multe alte țări, în care este posibil să se înregistreze rate deosebit de ridicate (sau de scăzute) ale prevalenței locale sau regionale, care nu sunt însă măsurate.

Deși s-au înregistrat îmbunătățiri considerabile ale tehnicilor de estimare, lipsa de date istorice sigure și coerente complică evaluarea tendințelor consumului problematic de droguri. Unele țări au raportat modificări ale estimărilor care sunt susținute și de alți indicatori și care sugerează că s-a înregistrat o creștere a CPD de la mijlocul anilor 1990 (EMCDDA, 2004a); totuși, se pare că în unele țări această tendință s-a stabilizat în ultimii ani. Sunt disponibile estimări repetate din 1999 până în 2003 pentru 16 țări (inclusiv Danemarca și Suedia, ambele dispunând de date pentru 1998–2001, și Regatul Unit, care dispune de date pentru 1996–2001). Dintre aceste

16 țări, 6 au raportat o creștere a estimărilor CPD (Danemarca, Finlanda, Norvegia, Austria, Suedia și Regatul Unit), 5 au raportat o prevalență stabilă sau o scădere (Republica Cehă, Irlanda, Germania, Grecia și Slovenia), iar 5 (Spania, Italia, Luxemburg, Țările de Jos și Portugalia) au raportat tendințe diferite care au variat în funcție de metodele de estimare folosite, fiind posibil ca unele dintre acestea să vizeze grupuri țintă diferite din rândul consumatorilor problematici de droguri ⁽¹⁰⁶⁾.

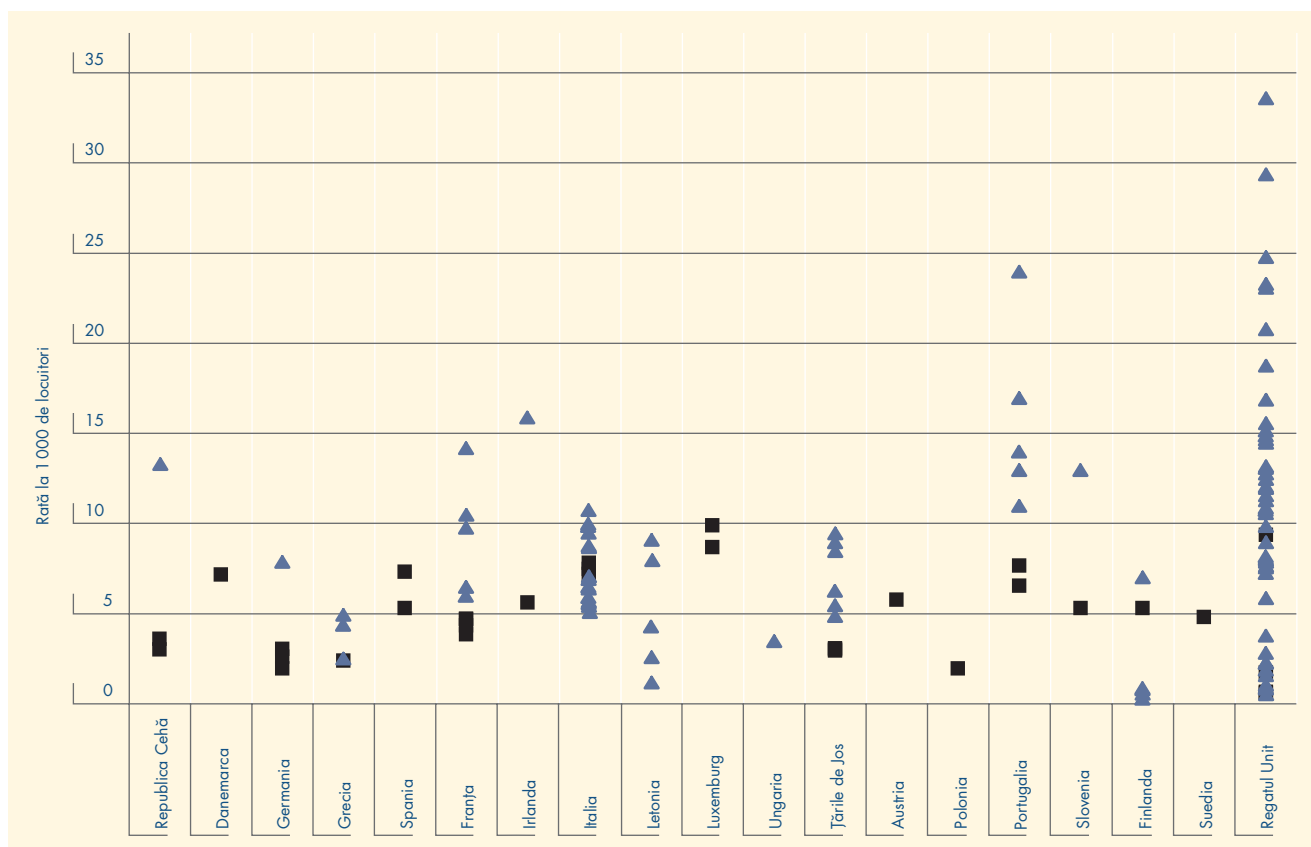
Injecția drogurilor

Consumatorii de droguri injectabile (CDI) sunt expuși unui risc foarte înalt de efecte adverse. Prin urmare, este important ca injecția drogurilor să fie analizată separat, ca o categorie principală a consumului problematic de droguri (CPD).

Deși consumul de droguri injectabile are un impact important asupra sănătății publice, doar puține țări furnizează estimări în această privință. Estimările disponibile de la nivel național indică valori între unu și

⁽¹⁰⁶⁾ Vezi Figura PDU-4 din Buletinul statistic 2005.

Figura 13: Estimări la nivel național și local ale prevalenței consumului problematic de droguri, 1999–2003
(Rată la 1 000 de locuitori cu vârste între 15 și 64 de ani)



NB: Pătrat negru = eșantioane cu acoperire națională; triunghi albastru = eșantioane cu acoperire locală/regională
Grupurile jintă pot varia ușor din cauza diferitelor metode și surse de date; prin urmare, comparațiile trebuie realizate cu precauție. Pentru mai multe detalii, vezi Tabelele PDU-1, PDU-2 și PDU-3 din Buletinul statistic 2005. Tiparul estimărilor prevalenței pe plan local depinde mult de disponibilitatea și locul de desfășurare a studiilor; cu toate acestea, dacă există, estimările pe plan local pot indica o prevalență diferită de media națională în anumite orașe sau regiuni.

Surse: Punctele naționale de convergență. Vezi și EMCDDA (2003).

șase cazuri la 1 000 de locuitori cu vârste cuprinse între 15 și 64 de ani, ceea ce sugerează faptul că există diferențe semnificative de la o țară la alta în ceea ce privește prevalența CDI⁽¹⁰⁷⁾. Luxemburgul raportează cele mai ridicate estimări privind CDI, cu rate de peste 6 cazuri la 1 000 de locuitori cu vârste cuprinse între 15 și 64 de ani, în timp ce Grecia raportează cea mai scăzută estimare pentru CDI, cu doar puțin peste 1 caz la 1 000 de locuitori. Deși există puține estimări privind prevalența consumului de droguri injectabile, există dovezi care confirmă creșterea prevalenței după 1999 în Norvegia, în timp ce în Portugalia fiecare metodă distinctă de estimare indică o tendință diferită⁽¹⁰⁸⁾.

Analiza ratelor de injectare în rândul consumatorilor de heroină aflați sub tratament indică diferențe accentuate de la o țară la alta, precum și variații ale tendințelor în timp⁽¹⁰⁹⁾. În câteva țări (Spania, Țările de Jos și Portugalia), doar o proporție relativ mică de consumatori

de heroină și-o injectează, în timp ce în majoritatea celorlalte țări heroina este consumată de regulă prin injectare. În câteva dintre primele state membre ale Uniunii Europene în care astfel de date sunt disponibile (Danemarca, Spania, Franța, Grecia, Italia și Regatul Unit), ratele de injectare în rândul consumatorilor de heroină aflați sub tratament au scăzut. Cu toate acestea, în majoritatea noilor state membre, cel puțin unde sunt disponibile astfel de date, aproape toți consumatorii de heroină aflați sub tratament și-o injectează.

Date privind cererea de tratament

Din totalul cererilor de tratament înregistrate, 60 % sunt depuse pentru tratament pentru dependența de opiacee, deși în multe cazuri drogul principal nu este înregistrat –, iar peste jumătate (54%) din acești pacienți care solicită tratament pentru dependență de opiacee sunt cunoscuți drept consumatori prin injectare, în timp ce pentru 10 %

⁽¹⁰⁷⁾ Vezi Figura PDU-2 din Buletinul statistic 2005.

⁽¹⁰⁸⁾ Vezi Figura PDU-5 din Buletinul statistic 2005.

⁽¹⁰⁹⁾ Vezi Figura PDU-3 din Buletinul statistic 2005.

din aceștia nu se știe dacă își injectează drogurile sau nu. De asemenea, se arată că opiaceele reprezintă drogul secundar pentru aproximativ 10 % din pacienții noi ⁽¹¹⁰⁾.

În multe țări, opiaceele (mai ales heroina) rămân principalul drog pentru care pacienții solicită tratament, dar se constată diferențe importante de la o țară la alta. Prin împărțirea statelor membre și țările candidate ale Uniunii Europene în trei grupuri generale în funcție de măsura în care populația aflată sub tratament cuprinde consumatori de heroină se obține următoarea situație:

- sub 40 % – Republica Cehă, Țările de Jos, Polonia, Finlanda, Suedia;
- 50–70 % – Danemarca, Germania, Spania, Irlanda, Cipru, Letonia, România, Slovacia;
- peste 70 % – Bulgaria, Franța, Grecia, Italia, Lituania, Luxemburg, Malta, Slovenia, Regatul Unit ⁽¹¹¹⁾.

Se raportează că prevalența în rândul pacienților în curs de tratament pentru dependența de opiacee care continuă tratamentul timp de mulți ani este în creștere, în timp ce incidența noilor cereri de tratament pentru dependența de opiacee scade [rapoartele naționale Reitox, 2004; Drug Misuse Research Division, 2004]. În anumite țări, tendințele consumului de heroină în rândul noilor pacienți în curs de tratament pot fi urmărite din 1996 până în 2003, iar datele indică o scădere globală a numărului absolut de consumatori care solicită tratament.

Contribuția relativă a pacienților în curs de tratament pentru dependența de opiacee la numărul noilor pacienți care încep tratamentul a scăzut mai accentuat, ceea ce se explică prin creșterea numărului de pacienți înregistrați cu probleme legate în principal de alte droguri. În schimb, această evoluție s-ar putea datora unei treceri de la consumul de heroină la cel de cocaină în cazul unor pacienți în curs de tratament pentru dependență de opiacee (Ouweland et al., 2004), diferențierii sistemului de tratament, care a devenit mai accesibil pentru alți consumatori problematici de droguri, sau recrutării reduse de noi consumatori problematici de droguri (raportul național al Țărilor de Jos).

În ultimii zece ani, au apărut diferențe ale acestei tendințe între anumite țări, înregistrându-se o scădere semnificativă a pacienților în curs de tratament pentru dependență de heroină în Danemarca, Germania, Țările de Jos, Slovacia

și Finlanda, dar o anumită creștere în Bulgaria și în Regatul Unit ⁽¹¹²⁾.

Analiza datelor privind noii pacienți care recurg la centrele de tratament în ambulatoriu permite o descriere mai detaliată a profilului consumatorilor de opiacee. Există de 2,8 ori mai mulți bărbați decât femei care solicită un nou tratament pentru consumul primar de opiacee; cu toate acestea, distribuția pe sexe variază considerabil de la o țară la alta, de la 5:1 la 2:1, cu excepția Ciprului, unde raportul dintre bărbați și femei este foarte ridicat (11:1), și a Suediei, unde acesta este foarte scăzut (0,9:1), iar femeile sunt mai numeroase decât bărbații în rândul consumatorilor de opiacee ⁽¹¹³⁾.

Majoritatea consumatorilor de opiacee au vârste cuprinse între 20 și 34 de ani, iar în cadrul grupei de vârstă 30–39 de ani, peste jumătate din pacienți solicită tratament pentru consumul de opiacee. Se constată o tendință de îmbătrânire a pacienților în curs de tratament pentru dependență de opiacee, în Țările de Jos aproximativ 40 % din noii pacienți în curs de tratament pentru dependență de opiacee având vârste de peste 40 de ani. Excepțiile sunt România și Slovenia, unde pacienții în curs de tratament pentru dependență de opiacee sunt foarte tineri (15–19 ani) ⁽¹¹⁴⁾.

Majoritatea pacienților în curs de tratament pentru dependență de opiacee declară că au consumat opiacee pentru prima dată la vârste cuprinse între 15 și 24 de ani, iar aproximativ 50 % din pacienți au folosit drogul înainte de vârsta de 20 de ani ⁽¹¹⁵⁾. Dacă se compară vârsta la primul consum cu vârsta la primul tratament, intervalul de timp dintre primul consum și prima cerere de tratament este în general între 5 și 10 ani. Vârsta timpurie a începerii consumului de opiacee se asociază frecvent cu o serie de probleme comportamentale și cu privațiuni sociale (raportul național al Regatului Unit).

În majoritatea țărilor, între 60 % și 90 % din pacienți consumă drogul zilnic, în timp ce unii pacienți nu au mai consumat opiacee în ultima lună sau le-au consumat doar ocazional; explicația constă probabil în faptul că clienții nu mai consumă drogul înainte de a începe tratamentul ⁽¹¹⁶⁾.

Patruzeci la sută dintre pacienți își injectează drogul, iar alți 40 % îl fumează sau îl inhalează. S-au înregistrat diferențe în ceea ce privește modalitatea de consum între vechile și noile state membre ⁽¹¹⁷⁾ (Figura 14), în noile state

⁽¹¹⁰⁾ Vezi Tabelul TDI-24 din Buletinul statistic 2005.

⁽¹¹¹⁾ Vezi Tabelul TDI-5 (partea ii) din Buletinul statistic 2005.

⁽¹¹²⁾ Vezi Tabelul TDI-3 (partea i) din Buletinul statistic 2005.

⁽¹¹³⁾ Vezi Tabelul TDI-22 din Buletinul statistic 2005.

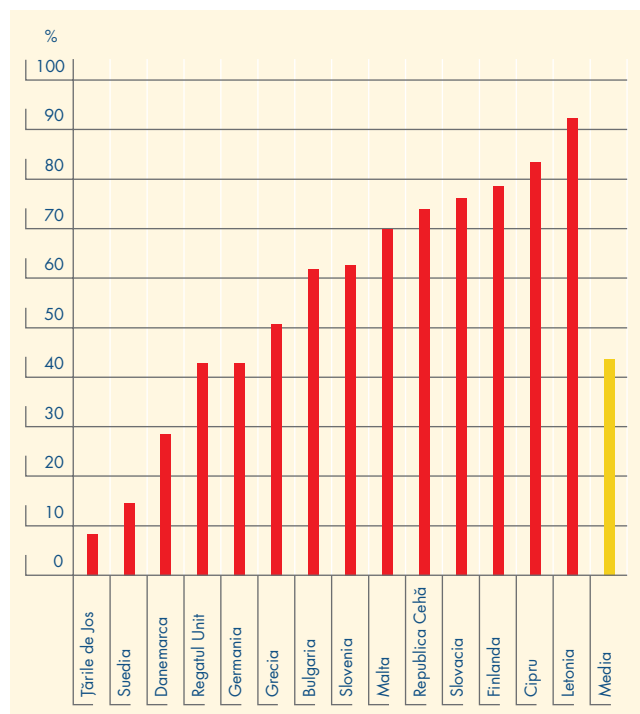
⁽¹¹⁴⁾ Vezi Tabelul TDI-10 (partea iii) din Buletinul statistic 2005.

⁽¹¹⁵⁾ Vezi Tabelul TDI-11 (partea ii) din Buletinul statistic 2005.

⁽¹¹⁶⁾ Vezi tabelul TDI-18 (partea i) din Buletinul statistic 2005. Numai Germania raportează că 70 % din noii pacienți consumă opiacee ocazional sau nu au consumat opiacee în ultima lună.

⁽¹¹⁷⁾ Numai țările pentru care aceste date au fost disponibile.

Figura 14: Noi pacienți în regim de ambulatoriu care își injectează opiacee, ca proporție din numărul total de noi pacienți consumatori de opiacee pe țară, 2003



NB: Rapoartele vizează numai țările în care există pacienți consumatori de opiacee ca drog principal și/sau țările care furnizează date.
Sursa: Rapoartele naționale Reitox (2004).

membre procentul de consumatori care își injectează opiaceele fiind de peste 60 %, iar în vechile state membre sub 60 % (cu excepția Finlandei, unde procentul dintre pacienți și consumatori care își injectează opiaceele este de 78,4 %). Cea mai scăzută proporție de consumatori care își injectează drogurile dintre pacienții în curs de tratament pentru dependență de opiacee se înregistrează în Țările de Jos (8,3 %) ⁽¹¹⁸⁾.

Mulți pacienți noi consumă opiacee, precum și un alt drog, adeseori cannabis (47 %) sau alcool (24 %). Cu toate acestea, există diferențe semnificative de la o țară la alta: în Republica Cehă și Slovacia, aproximativ jumătate din pacienți consumă opiaceele împreună cu stimulente diferite de cocaină; în Grecia și Malta, 18 % și, respectiv, 29 % din pacienți consumă cocaina ca drog secundar; în Finlanda, dintre consumatorii de opiacee (mai ales consumatorii de buprenorfină) 37 % declară că consumă hipnotice și sedative (mai ales benzodiazepine) ca droguri secundare ⁽¹¹⁹⁾.

Boli infecțioase legate de consumul de droguri

Infecția cu HIV și SIDA

Tendențe recente privind cazurile de infecție cu HIV raportate

Infecția cu HIV a avut o răspândire epidemică puternică în rândul CDI din noile state membre ale Uniunii Europene din zona Mării Baltice, urmată de o epidemie masivă în Europa de Est (EuroHIV, 2004) (vezi căsuța Infecția cu HIV și SIDA în Europa de Est). Cazurile nou diagnosticate au atins niveluri de vârf în Estonia și Letonia în 2001, iar în Lituania în 2002, dar de curând aceste rate au scăzut radical. Acest model este tipic pentru epidemiile de infecție cu HIV în rândul CDI. Epidemia apare pentru că toți membrii grupului central de CDI cu risc înalt se infectează într-un interval scurt de timp, iar după aceea incidența scade din cauza lipsei de CDI susceptibili și se stabilizează ulterior la un nivel care depinde de rata de recrutare de noi CDI cu risc înalt. Nu se poate însă neglija efectul suplimentar al modificării de comportament și, dacă se va putea adevăra, acesta s-ar putea datora în parte intervențiilor specifice (vezi Prevenirea bolilor infecțioase legate de consumul de droguri, pag. 71).

În statele membre ale Europei celor 15, numărul noilor cazuri de infecție cu HIV diagnosticate a rămas scăzut în ultimii ani, cu excepția Portugaliei. Cu toate acestea, comparațiile la nivelul Uniunii Europene sunt incomplete, deoarece unele date privind cazurile de infecție cu HIV raportate continuă să lipsească (Spania și Italia) sau abia încep să devină accesibile (Franța) pentru unele dintre țările afectate cel mai mult de SIDA. Portugalia a înregistrat o rată foarte înaltă de 88 de cazuri la un milion de locuitori în 2003, dar și o scădere accentuată față de anul 2000 (când rata a fost de 245 de cazuri la un milion de locuitori). Această scădere trebuie interpretată cu precauție având în vedere faptul că sistemul european de raportare a datelor a fost pus în aplicare în Portugalia numai în anul 2000.

Seroprevalența HIV

Datele privind seroprevalența determinată de CDI (procent de infectați din eșantioanele de CDI) constituie o completare semnificativă a datelor privind cazurile de infecție cu HIV raportate. Studiile repetate de seroprevalență și monitorizarea de rutină a datelor obținute din testele diagnostice pot valida tendințele în ceea ce privește cazurile raportate și pot de asemenea

⁽¹¹⁸⁾ Vezi Tabelul TDI-17 (partea i) din Buletinul statistic 2005.

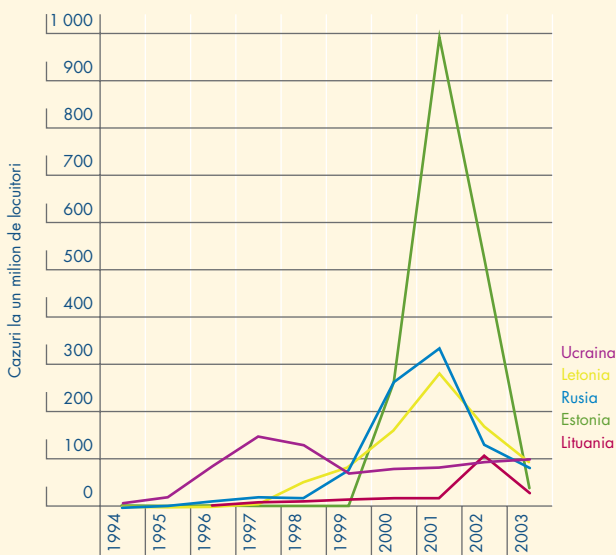
⁽¹¹⁹⁾ Vezi Tabelul TDI-25 (partea ii) din Buletinul statistic 2005. Vezi de asemenea extrasul privind buprenorfina. Fiecare pacient poate declara că consumă până la patru droguri secundare.

Infecția cu HIV și SIDA în Europa de Est

Virusul imunodeficienței umane (HIV) a prezentat o răspândire epidemică masivă și recentă în rândul CDI din Rusia și Ucraina, dar și în statele membre ale Uniunii Europene din zona Mării Baltice. În 2001, rata cazurilor noi de infecție diagnosticate legate de consumul de droguri intravenoase a atins punctul de vârf în Estonia și în Federația Rusă, cu 991 și, respectiv, 333 de cazuri la un milion de locuitori. În Ucraina, punctul de vârf a fost atins mai devreme, în 1997, cu 146 cazuri la un milion de locuitori, ca urmare a transmisiei pe scară largă prin CDI, după care ratele noilor cazuri diagnosticate de infecție cu HIV legate de CDI au scăzut, dar recent au început din nou să crească.

Incidența SIDA în rândul CDI crește rapid în Letonia și Ucraina, ceea ce sugerează faptul că accesul și acoperirea tratamentului antiviral sunt probabil insuficiente (vezi Terapia antiretrovirală intens activă în regiunea europeană acoperită de OMS, pag. 69).

Cazurile de infecție cu HIV nou diagnosticate la consumatorii de droguri injectabile din anumite state membre ale Uniunii Europene, Rusia și Ucraina, pe an de raportare



Sursă: European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS (EuroHIV) (Centrul European pentru monitorizarea epidemiologică a SIDA) (2004).

furniza informații mai detaliate privind anumite regiuni și medii. Cu toate acestea, datele privind prevalența provin dintr-o varietate de surse care, în anumite cazuri, pot fi greu de comparat și, prin urmare, trebuie interpretate cu precauție.

Creșterea recentă a numărului de cazuri de infecție cu HIV raportate este confirmată în cea mai mare parte de datele disponibile privind seroprevalența; de exemplu, în Letonia, prevalența în cadrul eșantioanelor de CDI testate care urmează tratamentul național a crescut de la 1,5 % (5/336) în 1997 la 14 % (302/2 203) în 2001, iar apoi a scăzut la 7 % (65/987), în 2003. În Austria, unde nu sunt disponibile date privind cazurile de infecție cu HIV raportate pentru CDI, prevalența HIV în cadrul eșantioanelor naționale de decese (direct) legate de consumul de droguri indică o oarecare creștere, la 7 % (11/163) în 2003 de la 1 % (1/117) în 1998, dar aceste valori sunt reduse, iar tendința nu este semnificativă din punct de vedere statistic.

În 2002 și 2003, prevalența infecției cu HIV în rândul CDI, mai ales al celor aflați sub tratament pentru dependență de droguri, a prezentat variații considerabile în cadrul aceleiași țări și de la o țară la alta, de la 0 % în Bulgaria, Ungaria, Slovenia și Slovacia la un nivel maxim de 37,5 % (54/144) într-un oraș din Italia (2003, Bolzano – consumatorii aflați sub tratament și cei din închisori) ⁽¹²⁰⁾. Cele mai înalte rate de prevalență în eșantioanele naționale (peste 10 % în 2002–2003) s-au înregistrat în Italia, Letonia și Portugalia ⁽¹²¹⁾; în Spania, datele pentru anul 2001 indică o prevalență foarte ridicată, dar lipsesc datele mai recente ⁽¹²²⁾. Cele mai înalte rate de prevalență din eșantioanele regionale și locale (peste 20 % în 2002–2003) s-au înregistrat în Spania, Italia, Letonia și Polonia ⁽¹²³⁾, deși nu s-au furnizat date recente din anumite țări și regiuni care prezentaseră o prevalență ridicată în anii precedenți. În Letonia și Polonia, studiile locale indică transmiterea recentă a infecției cu HIV, bazându-se pe prevalența extrem de ridicată în rândul CDI tineri ⁽¹²⁴⁾. În cazul studiului polonez, această transmitere recentă este confirmată de o prevalență de 23 % în cadrul unui eșantion de 127 de noi consumatori de droguri injectabile ⁽¹²⁵⁾.

Prevalența prezintă tendințe diferite în timp de la o țară la alta. Deși au existat epidemii recente în regiunea Mării Baltice, datele privind seroprevalența HIV din eșantioanele de CDI sugerează o scădere de la jumătatea anilor 1990 în unele dintre țările cel mai grav afectate (Spania, Franța și Italia), urmată de o stabilizare a situației în ultimii ani ⁽¹²⁶⁾. Cu toate acestea, dacă seroprevalența este înaltă și stabilă, transmiterea poate continua. Datele privind noii CDI indică ferm transmiterea continuă și chiar mai ridicată în Spania, între 1999 și 2000. În alte câteva țări (Franța 2001–2003, Portugalia 1999–2000), datele locale și

⁽¹²⁰⁾ Vezi Figura INF-3 din Buletinul statistic 2005.

⁽¹²¹⁾ Datele privind Portugalia și Italia nu se limitează la CDI și este posibil ca astfel să subestimeze prevalența în rândul CDI.

⁽¹²²⁾ Vezi Tabelele INF-1 și INF-8 din Buletinul statistic 2005.

⁽¹²³⁾ Vezi Tabelul INF-8 din Buletinul statistic 2005.

⁽¹²⁴⁾ CDI cu vârste sub 25 de ani: 33 % infectați din 55 CDI tineri în Polonia și 20 % din 107 CDI tineri în Letonia.

⁽¹²⁵⁾ Vezi Tabelul INF-10 și Figurile INF-4 și INF-5 din Buletinul statistic 2005.

⁽¹²⁶⁾ Vezi Figura INF-16 din Buletinul statistic 2005.

regionale privind CDI noi și tineri au indicat un anumit nivel (mai ridicat) de transmitere, dar dimensiunile eșantioanelor sunt prea mici pentru ca aceste tendințe să fie semnificative din punct de vedere statistic ⁽¹²⁷⁾. Pe de altă parte, trebuie remarcat faptul că, în mai multe țări, prevalența HIV în rândul CDI a rămas foarte scăzută în 2002–2003. Prevalența HIV a fost sub 1 % în Republica Cehă, Grecia (date de la nivel național), Ungaria, Slovenia, Slovacia, Finlanda, România (date numai pentru 2001), Bulgaria și Norvegia (date pentru Oslo). În unele din aceste țări (ex. Ungaria), atât prevalența infecției cu HIV cât și prevalența infecției cu virusul hepatic C (HCV) se află printre cele mai scăzute din Uniunea Europeană, ceea ce sugerează un nivel scăzut al riscului de injectare (vezi în continuare secțiunea Hepatita B și C).

Incidența SIDA

În Letonia, incidența SIDA legată de CDI a crescut de la 0 cazuri în 1997 la 19 cazuri estimate la un milion de locuitori atât în 2002 cât și în 2003 ⁽¹²⁸⁾. Cu toate acestea, statul membru al Uniunii Europene cu cea mai înaltă incidență rămâne Portugalia, cu 33 de cazuri la un milion de locuitori, deși această cifră continuă să scadă din 1999. Incidența SIDA datorată CDI în Uniunea Europeană a atins nivelul de vârf la începutul anilor 1990, iar apoi a scăzut. Țara cel mai grav afectată era Spania, unde incidența a atins nivelul de vârf de 124 cazuri la un milion de locuitori în 1994, dar până în 2003 această cifră scăzuse la un nivel estimat de 16 cazuri la un milion de locuitori.

Terapia antiretrovirală în regiunea europeană acoperită de OMS

Estimările realizate de OMS cu privire la acoperirea terapiei antiretrovirale intens active (HAART) arată că, în Uniunea Europeană și în majoritatea țărilor din Europa Centrală, peste 75 % din persoanele care au nevoie de tratament au acces la HAART.

În țările baltice, se consideră însă că acoperirea este „slabă” în Estonia și Lituania (25–50 %) și „foarte slabă” în Letonia (sub 25 %). Acoperirea este considerată „foarte slabă” în majoritatea țărilor din Europa de Est.

Nu există estimări ale acoperirii specifice pentru CDI, dar studiile au arătat că CDI sunt frecvent expuși unui risc mai înalt de a nu avea acces corespunzător la HAART decât persoanele infectate pe alte căi.

Sursă: WHO Regional Office for Europe, Health for All Database (Biroul regional al OMS pentru Europa, Baza de date „Sănătate pentru toți”) (www.euro.who.int/hfad) (accesată la 8 martie 2005).

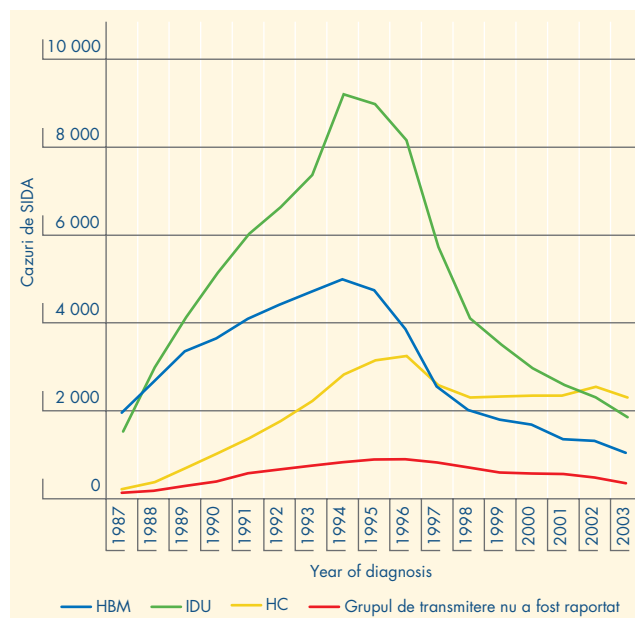
Scăderea incidenței SIDA la sfârșitul anilor 1990 este rezultatul introducerii, în 1996, a terapiei antiretrovirale extrem de active (HAART), care împiedică dezvoltarea SIDA la persoanele infectate cu HIV (vezi căsuța privind HAART). În cazul CDI, este posibil ca măsurile de prevenire a infecției cu HIV să fi jucat un rol important, iar în anumite țări, un alt factor este posibil să fi fost reprezentat de scăderea numărului de consumatori prin injectare (vezi Injectarea drogurilor, pag. 64).

Datele privind incidența anuală arată că, până în 2002, cel mai mare număr de cazuri noi de SIDA din Uniunea Europeană putea fi atribuit consumului de droguri intravenoase; apoi, acest mod de transmitere a fost depășit de relațiile sexuale heterosexuale, reflectând modificările din epidemiologia HIV în anii precedenți (Figura 15). Cu toate acestea, trebuie subliniat faptul că modalitățile de infectare pot varia semnificativ de la o țară la alta ⁽¹²⁹⁾.

Hepatita B și C

Prevalența anticorpilor anti virus hepatic C (HCV) în rândul CDI este, în general, extrem de ridicată, deși există variații considerabile în acest sens atât în cadrul aceleiași

Figura 15: Cazuri de SIDA în funcție de grupul de transmitere și anul de diagnosticare (1987–2003) ajustat în funcție de întârzierile de raportare, Uniunea Europeană



NB: Datele sunt indicate pentru cele trei grupe principale de transmitere și pentru cazurile în care nu se raportează nici un grup de transmitere. HBM – bărbați homosexuali și bisexuali; CDI – consumatori de droguri injectabile; HC – contact heterosexuale. Țările care nu sunt cuprinse sunt Franța, Țările de Jos (nu există date pentru întreaga perioadă) și Cipru (nu există date disponibile).

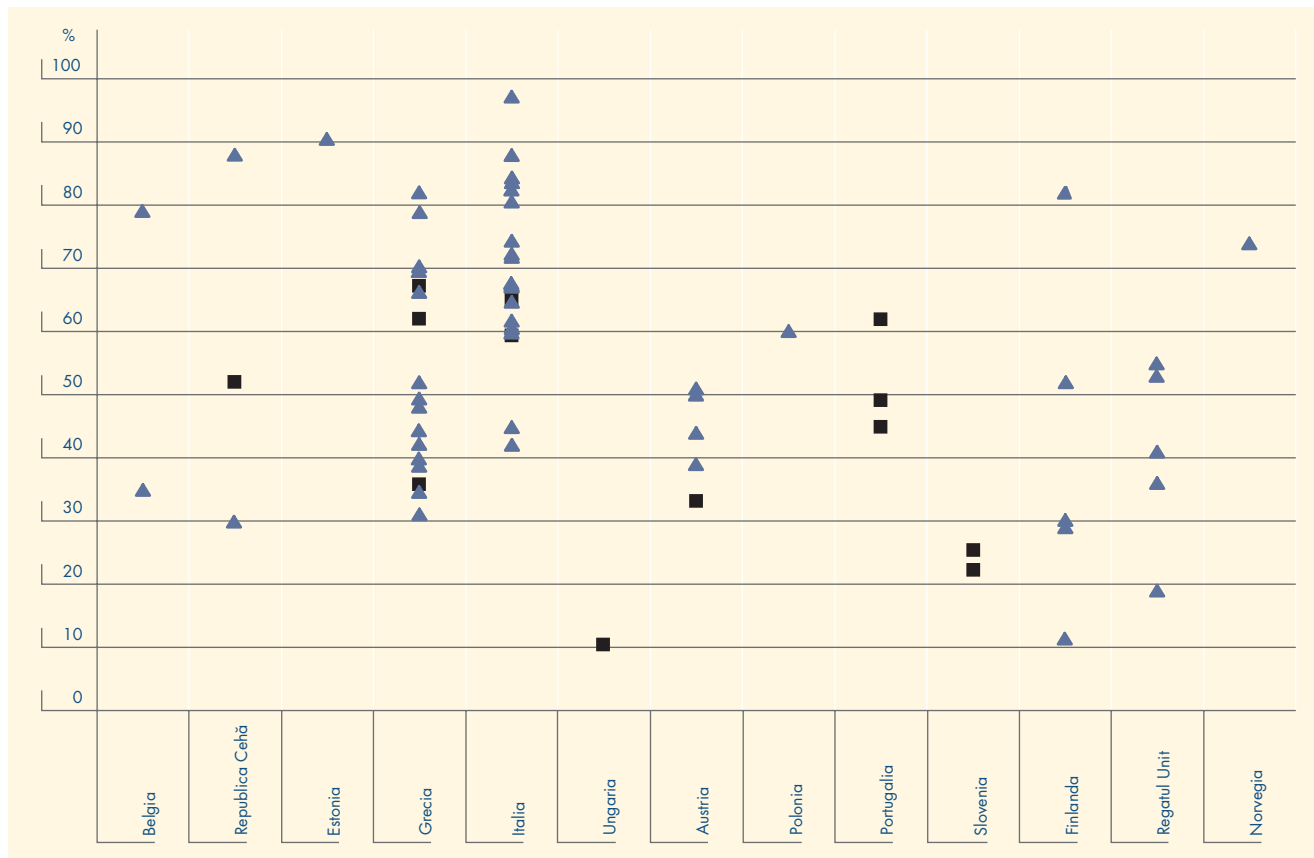
Sursă: EuroHIV; date raportate până la 31 decembrie 2003.

⁽¹²⁷⁾ Vezi Figurile INF-26 și INF-27 din Buletinul statistic 2005.

⁽¹²⁸⁾ Vezi Figura INF-1 din Buletinul statistic 2005.

⁽¹²⁹⁾ Vezi Figura INF-2 din Buletinul statistic 2005.

Figura 16: Estimări la nivel național și local ale prevalenței HCV în rândul consumatorilor de droguri injectabile, 2002–2003



NB: Pătrat negru, eșantioane cu acoperire națională; triunghi albastru, eșantioane cu acoperire locală/regională. Diferențele dintre țări trebuie interpretate cu precauție din cauza tipurilor diferite de contexte și/sau metode de cercetare; strategiile naționale de eșantionare variază. Datele pentru Spania și Portugalia și unele date privind Republica Cehă includ și indivizi care nu sunt consumatori de droguri injectabile și, prin urmare, este posibil ca prevalența în rândul CDI să fie subestimată (în eșantioane, proporția de indivizi care nu sunt consumatori de droguri injectabile nu este cunoscută). Datele pentru Portugalia, Slovenia și Slovacia sunt limitate la prevalența în rândul CDI aflați sub tratament și este posibil să nu fie reprezentative pentru prevalența în rândul CDI care nu se află sub tratament.

Surse: Punctele naționale de convergență Reitox (2004). Pentru sursele primare, consultați detaliile și datele până în anul 2002, vezi Tabelul INF-11 din Buletinul statistic 2005.

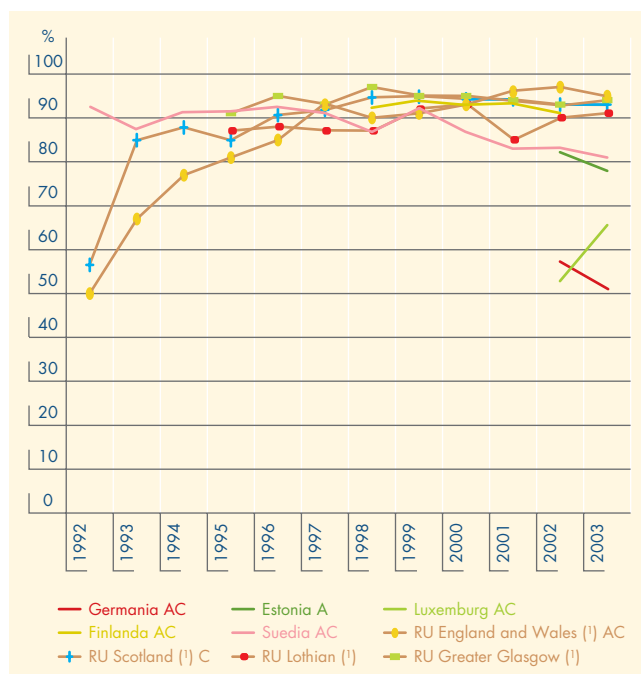
țări, cât și de la o țară la alta ⁽¹³⁰⁾. Printre eșantioanele de CDI, s-au raportat rate de prevalență de peste 60 % în 2002–2003 în Belgia, Estonia, Grecia, Italia, Polonia, Portugalia și Norvegia, în timp ce eșantioane cu o prevalență sub 40 % s-au raportat în Belgia, Republica Cehă, Grecia, Ungaria, Austria, Slovenia, Slovacia, Finlanda și Regatul Unit (Figura 16) ⁽¹³¹⁾.

Datele privind prevalența la CDI tineri (sub 25 de ani) sunt disponibile doar în câteva țări și, în anumite cazuri, dimensiunile eșantioanelor sunt reduse. Dintre țările în care astfel de date sunt disponibile, cea mai înaltă prevalență la CDI tineri în 2002–2003 (peste 40 %) s-a înregistrat în eșantioanele din Grecia, Austria și Polonia, iar cea mai scăzută prevalență (sub 20 %) în eșantioanele din Ungaria, Slovenia, Finlanda și Regatul Unit ⁽¹³²⁾. Datele prin prevalența HCV în rândul noilor consumatori de

droguri injectabile (care se injectează de mai puțin de doi ani) sunt și mai limitate, dar informațiile care sunt disponibile pentru 2002–2003 arată că cea mai ridicată prevalență (peste 40 %) se înregistrează în eșantioanele din Belgia și Polonia, iar cea mai scăzută prevalență (sub 20 %) în eșantioanele din Republica Cehă, Grecia și Slovenia ⁽¹³³⁾. Datele privind notificarea hepatitei C în perioada 1992–2003 arată că, în țările care furnizează astfel de date, CDI reprezintă marea majoritate a cazurilor notificate de hepatită C (notificările se limitează în mare parte la cazurile diagnosticate de infecție acută) (Figura 17).

Prevalența markerilor virusului hepatitic B (HBV) variază de asemenea considerabil atât în aceeași țară, cât și de la o țară la alta ⁽¹³⁴⁾. Datele cele mai complete se referă la anti-HBc, ceea ce indică prezența infecției și, printre cei cu

⁽¹³⁰⁾ Vezi Tabelele INF-2 și INF-11 din Buletinul statistic 2005.
⁽¹³¹⁾ Vezi de asemenea Figura INF-21 din Buletinul statistic 2005 și Matheï et al., 2005.
⁽¹³²⁾ Vezi Tabelul INF-12 din Buletinul statistic 2005.
⁽¹³³⁾ Vezi Tabelul INF-13 și Figurile INF-7 și INF-8 din Buletinul statistic 2005.
⁽¹³⁴⁾ Vezi Tabelele INF-3, INF-14 și INF-15 din Buletinul statistic 2005.

Figura 17: Cazurile de hepatită C notificate, procentul de cazuri raportate ca CDI, 1992–2003


(!) Datele nu sunt date la nivel național.

NB: A, cazuri acute; AC, cazuri acute și cronice; C, cazuri cronice.

Surse: Punctele naționale de convergență.

rezultate negative, potențialul de vaccinare. În 2002–2003, s-au raportat eșantioane de CDI cu o prevalență de peste 60 % din Belgia, Estonia și Italia, în timp ce din Belgia, Spania, Italia, Austria, Portugalia, Slovenia, Slovacia și Regatul Unit s-au raportat eșantioane cu o prevalență sub 30 %⁽¹³⁵⁾. Datele privind semnalarea hepatitei B în perioada 1992–2003 arată că, în țările care furnizează astfel de date, proporția de CDI a crescut constant⁽¹³⁶⁾. În regiunea nordică, marea majoritate a cazurilor acute de hepatită B notificate s-au înregistrat la CDI, iar epidemiile de hepatită B au coincis cu creșterea incidenței injectării de droguri în mai multe țări (Blystad et al., 2005).

Pentru o prezentare de sinteză a altor boli infecțioase legate de consumul de droguri, consultați Raportul anual 2004 (<http://ar2004.emcdda.eu.int/en/page074-en.html>).

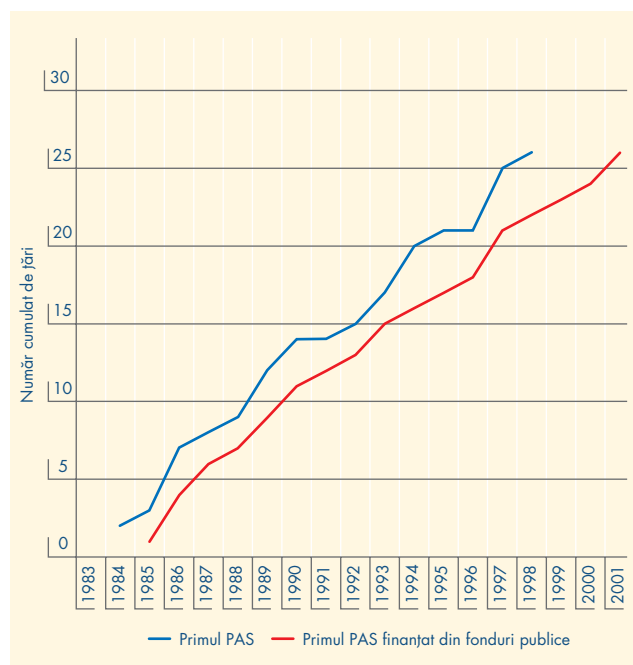
Prevenirea bolilor infecțioase legate de consumul de droguri

Deși politicile naționale ale statelor membre sunt diferite, reflectând situația lor specifică și contextul lor politic în privința drogurilor, este din ce în ce mai evident că la nivel

europen se va obține un consens privind elementele cheie necesare pentru o reacție eficientă în vederea combaterii infecției cu HIV și a altor boli infecțioase în rândul CDI⁽¹³⁷⁾. Printre măsurile corespunzătoare se numără accesul mai larg la tratamentul pentru dependență de droguri (OMS, 2005), dezvoltarea unor servicii cu acces necondiționat și asigurarea echipamentului steril și a programelor educative, însă trebuie subliniat faptul că există diferențe de la o țară la alta în ceea ce privește accentul pus pe diferite componente ale acestor servicii. De mare importanță este disponibilitatea într-un număr satisfăcător a tratamentelor de substituție pe cale orală pentru consumatorii de opiacee injectabile, pentru că aceasta reduce semnificativ comportamentul legat de droguri care implică un risc înalt de transmitere a HIV (Gowing et al., 2005; Sullivan et al., 2005).

Disponibilitatea acelor și a seringilor

Programele pentru ace și seringi (PAS) au fost inițiate în Uniunea Europeană la mijlocul anilor 1980 ca reacție imediată la amenințarea unei epidemii de infecție cu HIV în rândul consumatorilor de droguri injectabile și s-au extins rapid în anii 1990 (Figura 18). În 1993, existau deja programe finanțate din fonduri publice în peste jumătate din cele 25 de state membre ale Uniunii

Figura 18: Introducerea programelor pentru ace și seringi în 23 de state membre ale Uniunii Europene, Norvegia și Bulgaria


Surse: Rapoartele naționale Reitox, 2004.

⁽¹³⁵⁾ Vezi Figurile INF-9, INF-10, INF-22 și INF-23 din Buletinul statistic 2005.

⁽¹³⁶⁾ Vezi Figura INF-14 din Buletinul statistic 2005.

⁽¹³⁷⁾ În cadrul a două conferințe recente, reprezentanții guvernelor europene și-au confirmat parteneriatul în combaterea HIV/SIDA și au stabilit măsuri pentru a-și consolida reacțiile în acest domeniu (Declarația de la Dublin, februarie 2004, și Declarația de la Vilnius, septembrie 2004). Toate documentele cheie ale Uniunii Europene privind HIV/SIDA se găsesc pe site-ul pentru sănătate publică al Comisiei Europene (http://europa.eu.int/comm/health/ph_threats/com/aids/keydocs_aids_en.htm).

Europene din prezent, precum și în Norvegia. Astăzi, programele pentru ace și seringi există în Bulgaria, România și Norvegia, precum și în toate statele membre ale Uniunii Europene, cu excepția Ciprului, unde echipamentul steril se poate obține totuși fără restricții din farmacii, iar un posibil program oficial pentru ace și seringi este acum în discuție⁽¹³⁸⁾. După introducerea acestor programe într-o țară, acoperirea geografică a unităților din programul pentru ace și seringi a crescut în general în mod continuu. În prezent, multe state au realizat o acoperire geografică completă, farmaciile fiind un partener vital în mai multe state membre. În Suedia, însă, cele două programe inițiate în 1986 în sudul țării au rămas singurele de acest fel, iar în Grecia, numărul de programe pentru ace și seringi este limitat și acestea sunt disponibile numai în Atena⁽¹³⁹⁾.

De obicei, programele pentru ace și seringi sunt integrate în activitatea agențiilor de consiliere în privința drogurilor cu acces necondiționat (vezi căsuța Îmbunătățirea accesibilității serviciilor), în activitatea de asistență socială de proximitate și de îngrijire a persoanelor fără adăpost în statele membre ale Uniunii Europene și în Norvegia. Având în vedere faptul că agențiile cu acces necondiționat reușesc să ajungă la populații ascunse de consumatori activi de droguri, acestea pot constitui un punct de plecare important pentru contact, prevenire, educație și consiliere, precum și pentru trimiterea la tratament. De asemenea, se constată din ce în ce mai mult că serviciile cu acces necondiționat pot constitui o platformă vitală pentru asigurarea asistenței medicale primare, pentru depistarea bolilor infecțioase și vaccinare și pentru tratamentul antiviral pentru membrii comunității care, din diferite motive, se pot confrunta cu dificultăți în ceea ce privește accesul la servicii de asistență medicală mai dezvoltate.

Programele pentru ace și seringi sunt prezentate ca fiind abordarea predominantă a prevenirii bolilor infecțioase în rândul consumatorilor de droguri în 16 state membre ale Uniunii Europene și în Norvegia și ca fiind abordarea obișnuită în alte șase state; aceste programe sunt considerate a fi măsura prioritară de acțiune față de bolile infecțioase în rândul consumatorilor de droguri în două treimi din statele membre ale Uniunii Europene⁽¹⁴⁰⁾.

Dovezi privind eficiența programelor pentru ace și seringi

Încă din anii 1980, s-a desfășurat studii de cercetare științifică privind eficiența PAS la reducerea HIV/SIDA în rândul CDI⁽¹⁴¹⁾. Într-o sinteză a literaturii de specialitate, publicată de OMS în 2004, se arată că există dovezi incontestabile conform cărora creșterea disponibilității și a utilizării echipamentului steril de injectare de către CDI reduce substanțial infectarea cu HIV și că nu s-au

Îmbunătățirea accesibilității serviciilor

Termenul „acces necondiționat” definește cadrul de punere în aplicare cu scopul de a facilita accesul consumatorilor de droguri la servicii de asistență socială și medicală. Pentru a-și coborî pragul de acces, agențiile sunt amplasate în locații specifice și au un orar de lucru adaptat la nevoile clienților lor, fiind deschise chiar și seara târziu sau pe timpul nopții. Agențiile cu acces necondiționat își oferă adeseori serviciile și prin intermediul asistenților sociali de proximitate. Utilizarea serviciilor agențiilor implică un grad redus de birocrație și adeseori nici un fel de taxă și nu le impune clienților obligația de a nu consuma droguri sau de a înceta consumul de droguri. Astfel de agenții au drept grup țintă consumatorii actuali care nu au fost niciodată în contact cu alte servicii pentru probleme legate de droguri sau de sănătate, precum și consumatorii care au pierdut contactul cu astfel de servicii. Serviciile acestor agenții urmăresc grupurile „greu de contactat” și grupurile specifice de consumatori cu risc înalt, precum și consumatorii experimentali (de exemplu, prin furnizarea serviciilor în cluburi și discoteci sau în alte locații de petreceri). Accesul necondiționat se poate aplica agențiilor de pe stradă, centrelor de zi fără programare și punctelor de asistență medicală de teren, precum și adăposturilor de urgență. În cadrul unui sistem cuprinzător de asistență, datorită accesibilității lor, aceste agenții joacă un rol important în stabilirea contactului cu populațiile „ascunse” sau „greu de contactat” de consumatori de droguri. Pe lângă faptul că îi motivează pe consumatori să se înscrie la tratament și că fac trimiteri, aceste agenții asigură frecvent servicii „de supraviețuire”, inclusiv alimente, îmbrăcăminte, echipament de injectare și îngrijiri medicale. Ele constituie cadre esențiale pentru diseminarea mesajelor care urmăresc promovarea sănătății și îmbogățirea cunoștințelor și a competențelor privind consumul în condiții de siguranță în rândul celor care consumă droguri fie experimental, fie în condiții de dependență și în mod problematic. Din ce în ce mai mult, aceste agenții au început să ofere și servicii de tratament.

înregistrat nici un fel de consecințe negative semnificative neintenționate (OMS, 2004). Cu toate acestea, studiul a concluzionat că PAS singure nu sunt suficiente pentru a ține sub control infecția cu HIV în rândul CDI și că aceste programe trebuie susținute de o serie de măsuri complementare pentru a ține sub control infecția cu HIV în rândul CDI și determinată de aceștia. Analizând rentabilitatea PAS, de Wit and Bos (2004) au tras concluzia că PAS par să fie rentabile la prevenirea răspândirii infecției cu HIV și că prezintă beneficii suplimentare și importante pe lângă reducerea nivelului de infectare cu HIV, cum ar fi stabilirea contactului dintre o populație de consumatori de droguri greu accesibilă și serviciile de asistență medicală și socială.

⁽¹³⁸⁾ Vezi Tabelul NSP-2 din Buletinul statistic 2005.

⁽¹³⁹⁾ Vezi „Needle and syringe availability” („Disponibilitatea acelor și a seringilor”) din Buletinul statistic 2005.

⁽¹⁴⁰⁾ Vezi site-ul OEDT pentru o prezentare generală a reacțiilor naționale la boli infecțioase (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=10212>).

⁽¹⁴¹⁾ Vezi site-ul OEDT pentru o listă a analizelor cheie (<http://emcdda.eu.int/?nnodeid=5777>).

Prevenirea hepatitei

Persoanele care își injectează droguri sunt expuse unui risc foarte ridicat de infecție cu HBV și HCV, iar 50–80 % dintre consumatorii de droguri se infectează într-un interval de cinci ani din momentul în care au început să se injecteze, ceea ce poate duce la infecții cronice care pot afecta și, în cele din urmă, distruge ficatul (OEDT, 2004b). În prezent, nu există un vaccin împotriva hepatitei C, dar hepatita B poate fi prevenită eficient prin vaccinare ⁽¹⁴²⁾.

Mai multe state membre ale Uniunii Europene au introdus sau reintrodus hepatita B în programele naționale de imunizare în ultimii zece ani și vaccinarea face acum parte din protocoalele de vaccinare de rutină pentru copii în majoritatea statelor membre ale Uniunii Europene. Până în prezent, numai Danemarca, Țările de Jos, Suedia, Regatul Unit și Norvegia nu au urmat recomandarea OMS ⁽¹⁴³⁾.

Deși vor trece mai multe decenii până când nu vor mai exista populații semnificative cu risc, în prezent, în majoritatea statelor membre ale Uniunii Europene și în Norvegia se pun în aplicare programe de vaccinare axate pe grupul țintă de consumatori de droguri. Pentru a ajunge la populațiile țintă, consumatorilor de droguri li se asigură vaccinarea în puncte de contact ușor accesibile și, din ce în ce mai mult, în închisori ⁽¹⁴⁴⁾.

Campaniile de imunizare împotriva hepatitei B sunt frecvent combinate cu vaccinarea împotriva hepatitei A și cu serviciile de consiliere, testare și trimitere în ceea ce privește hepatita C. Deși terapia pentru hepatita C se asigură în toate aceste state, în practică, consumatorii de droguri se pot confrunta cu dificultăți în ceea ce privește accesul la acest tratament. Având în vedere faptul că ghidurile oficiale de practică medicală sunt considerate un instrument important în orientarea modalităților de asigurare a tratamentului pentru hepatita C, în 2003–2004, aceste ghiduri au făcut obiectul unei analize realizate de OEDT ⁽¹⁴⁵⁾. Majoritatea ghidurilor recomandă tratarea consumatorilor de droguri după ce au renunțat la droguri sau după ce au fost deja stabilizați cu terapie de substituție administrată pe cale orală de o perioadă care poate varia între trei luni și doi ani. Cu cât aceste ghiduri sunt mai recente, cu atât au o tendință mai mare de a lua

în considerare rezultatele cercetării care subliniază beneficiile pentru consumatorii de droguri determinate de o abordare pluridisciplinară a tratamentului de echipe formate din hepatologi și specialiști în consumul de droguri. Creșterea recentă a nivelului de armonizare a ghidurilor la nivel național poate ameliora opțiunile de tratament și poate îmbunătăți rezultatele pentru consumatorii de droguri.

Decese legate de consumul de droguri

Decese legate de consumul de heroină

În prezenta secțiune, termenul „decese legate de consumul de droguri” se folosește pentru a desemna decesele provocate direct de consumul de unul sau mai multe droguri și care survin, în general, la scurt timp după consumul substanței sau al substanțelor. Astfel de decese sunt cunoscute ca „supradoze”, „intoxicații” sau „decese induse de droguri” ⁽¹⁴⁶⁾.

Opiaceele sunt implicate în majoritatea cazurilor de „decese legate de consumul de droguri” provocate de substanțe ilegale raportate în Uniunea Europeană, deși, în multe cazuri, la examenul toxicologic se identifică și alte substanțe, în special alcool, benzodiazepine și, în anumite țări, cocaină ⁽¹⁴⁷⁾.

Între 1990 și 2002, statele membre ale Uniunii Europene au raportat 7 000–9 000 de decese provocate de supradoze pe an ⁽¹⁴⁸⁾, ceea ce în total reprezintă peste 100 000 de decese în acest interval. Cifrele menționate pot fi considerate o estimare minimă deoarece este probabil ca în majoritatea țărilor să apară o sub-raportare a cazurilor.

Supradoza de opiacee este una dintre principalele cauze de deces în rândul tinerilor din Europa, mai ales în rândul bărbaților din mediul urban (OEDT, 2004c). În prezent, supradoza este de asemenea principala cauză de deces în rândul consumatorilor de opiacee din Uniunea Europeană în ansamblu; de exemplu, în 2001, statele membre ale Europei celor 15 au raportat 8 347 de decese legate de consumul de droguri, față de 1 633 de decese

⁽¹⁴²⁾ Pentru mai multe informații privind hepatita, vezi site-ul OEDT (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=10192>).

⁽¹⁴³⁾ Raport privind 14th Global Advisory Group: Expanded Programme on Immunization (Al 14-lea Grup consultativ global: Programul extins de imunizare), 14–18 octombrie 1991, Antalya, Turcia, aprobat de Adunarea Organizației Mondiale a Sănătății în 1992.

⁽¹⁴⁴⁾ Vezi Tabelul privind vaccinarea împotriva hepatitei B (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=10192>).

⁽¹⁴⁵⁾ Consultant study on hepatitis C treatment guidelines for injecting drug users (Studiu consultativ privind ghidurile de practică pentru tratamentul hepatitei C la consumatorii de droguri injectabile) (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=5826>).

⁽¹⁴⁶⁾ Aceasta este definiția aprobată de grupul de experți naționali al OEDT: vezi notele metodologice „Drug-related death EMCDDA definition” (Definiția OEDT a decesului legat de consumul de droguri) din Buletinul statistic 2005 și DRD Standard protocol, version 3.0 (Protocolul standard DRD, versiunea 3.0) (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1419>). Majoritatea țărilor au propriile definiții la nivel național care sunt în prezent identice sau relativ similare cu definiția OEDT, deși unele țări includ în această categorie cazurile provocate de medicamente psihoactive sau decesele care nu sunt provocate de supradoze, dar în general în proporție redusă [vezi „National definitions of drug-related deaths” (Definiții naționale ale deceselor legate de consumul de droguri) din Buletinul statistic 2005].

⁽¹⁴⁷⁾ Vezi Tabelul DRD-1 din Buletinul statistic 2005.

⁽¹⁴⁸⁾ Vezi Tabelele DRD-2 și DRD-3 din Buletinul statistic 2005.

provocate de SIDA în rândul CDI (EuroHIV, 2004) ⁽¹⁴⁹⁾, deși nu trebuie neglijate costurile și problemele eventuale pe termen mai lung legate de infecția cu HIV.

Majoritatea consumatorilor de droguri care iau supradoze sunt bărbați, aceștia reprezentând 60–100 % din cazuri, iar în majoritatea țărilor proporția se situează între 75 și 90 %. Majoritatea victimelor supradozelor au între 20 și 30 de ani, cu o vârstă medie de 30 de ani (interval 22–45 ani). Vârsta medie atinge nivelul cel mai mic în câteva dintre noile state membre (Estonia, Letonia, Lituania și România), în multe din acestea proporția de victime ale supradozelor cu vârste sub 25 de ani fiind relativ mare, ceea ce ne face să credem că populația consumatoare de heroină din aceste țări este mai tânără ⁽¹⁵⁰⁾.

Decese legate de consumul de metadonă

Mai multe țări au raportat prezența metadonei într-un număr considerabil de decese legate de consumul de droguri în rapoartele naționale Reitox din 2004. Informațiile sunt furnizate conform terminologiei naționale și, în anumite cazuri, este dificil de evaluat exact rolul jucat de metadonă în provocarea decesului; unele cazuri au fost într-adevăr intoxicații cu metadonă, în alte cazuri însă prezența substanței a fost doar semnalată. Danemarca a raportat că metadona a fost prezentă în 49 % din cazurile de deces prin intoxicație (97 din 198 de cazuri, dintre care 64 au implicat doar metadonă). Germania a raportat că 23 % din cazuri s-au datorat „substanțelor de substituție”, dintre care în 3 % au fost implicate numai substanțele (55 cazuri), iar în 20 % acestea au fost combinate cu alcool și stupefiante (354 cazuri), în timp ce în 2002 totalul a fost de 30 % (7 % substanțe singure și 23 % în combinație). Regatul Unit a raportat 418 cazuri cu „menționarea” metadonei, deși acest lucru nu implică o relație cauzală. Alte țări au raportat prezența metadonei în decese legate de consumul de droguri mai puțin frecvent: Franța (opt cazuri numai cu metadonă sau în combinație), Austria (metadonă detectată în 10 % din cazurile de deces), Portugalia (metadonă detectată în 3 % din cazuri) și Slovenia (patru decese provocate de metadonă). În rapoartele naționale Reitox din 2003, Irlanda și Norvegia au raportat de asemenea un număr semnificativ de cazuri asociate cu prezența metadonei.

Ca și în cazul tuturor opiaceelor, metadona este o substanță care poate deveni toxică, dar studiile au arătat că terapia de substituție reduce riscul mortalității prin supradoză în rândul participanților la program. Mai multe studii au arătat că decesele în care este implicată metadona au tendința de a fi mai degrabă rezultatul

consumului ilicit decât al consumului prescris, iar alte studii au indicat prezența unui risc mai înalt în fazele inițiale ale tratamentului de menținere pe metadonă. Aceste rezultate indică nevoia de a asigura standarde de bună calitate în programele de substituție.

Decese legate de consumul de fentanil și buprenorfină

În ultimii ani, țările baltice au raportat o serie de decese în cazul cărora examenul toxicologic a identificat prezența fentanilului, de multe ori concomitent cu heroină. În raportul său național, Suedia a raportat 13 decese legate de consumul de fentanil în rândul CDI în 2003, față de doar câteva cazuri ocazionale în anii precedenți. Pentru informații privind rolul buprenorfinei în decesele legate de consumul de droguri, vezi extrasul privind buprenorfina.

Tendențe privind decesele subite legate de consumul de droguri

Tendențele privind decesele legate de consumul de droguri variază de la o țară la alta ⁽¹⁵¹⁾ și chiar de la o regiune la alta, ca urmare a diferențelor constatate în ceea ce privește modul de răspândire a consumului de heroină, prevalența acestuia, comportamentele de risc (ex. proporția de consumatori prin injectare, consumul de mai multe droguri), asigurarea tratamentului și a serviciilor de asistență pentru consumatorii de droguri și, poate, disponibilitatea și caracteristicile heroinei. Un rol important poate fi jucat de asemenea de diferențele în ceea ce privește organizarea și politicile serviciilor medicale de urgență.

Având în vedere aceste limite, se pot identifica o serie de tendințe generale în Uniunea Europeană, în special pentru statele membre ale Europei celor 15, în cazul cărora există serii mai lungi și mai sistematice de date. În ansamblu, s-a remarcat o creștere accentuată a numărului de decese legate de consumul de droguri în anii 1980 și la începutul anilor 1990. În perioada 1990–2000, în ciuda scăderilor înregistrate în anumite țări, tendința generală de creștere s-a menținut în Europa, dar la o rată mai redusă. În anul 2000, s-au raportat 8 930 de decese față de numai 6 426 în 1990 (o creștere de 40 %) ⁽¹⁵²⁾. În majoritatea statelor membre mai vechi ale Uniunii Europene, se poate observa o tendință de îmbătrânire a victimelor supradozelor, indicând un „efect de cohortă îmbătrânită” care poate fi legat de o scădere a recrutării de tineri dependenți (Figura 19).

Cu toate acestea, începând din anul 2000, multe state membre ale Uniunii Europene au raportat o scădere a numărului de decese legate de consumul de droguri. În ceea ce privește statele membre ale Europei celor 15 și

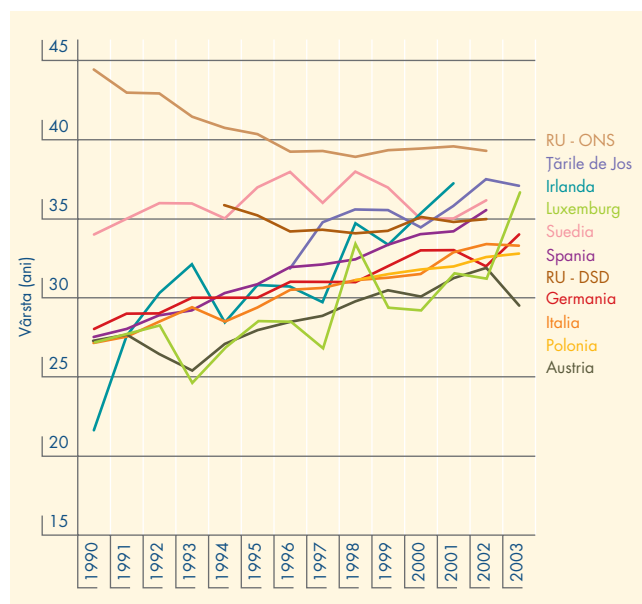
⁽¹⁴⁹⁾ Cifra indicată pentru decesele provocate de SIDA se referă la regiunea vestică a OMS Europa și cuprinde decesele din mai multe state terțe, cum ar fi Elveția, Islanda și Israel.

⁽¹⁵⁰⁾ Vezi Figura DRD-2 din Buletinul statistic 2005.

⁽¹⁵¹⁾ Vezi Figura DRD-7 din Buletinul statistic 2005.

⁽¹⁵²⁾ Vezi Figura DRD-8 din Buletinul statistic 2005.

Figura 19: Tendințele vârstei medii a victimelor deceselor subite legate de consumul de droguri în unele state membre ale Europei celor 15, 1990–2001/2003



NB: Figura reprezintă datele din țările care au raportat vârsta medie a victimelor în majoritatea anilor din perioada de raportare. Informații conform „definițiilor naționale” prezentate în Tabelul DRD-6 din Buletinul statistic 2005. În Anglia și țara Galilor, se folosește „definiția din strategia privind drogurile”.

Surse: Rapoartele naționale Reitox (2004), preluate din registrele naționale de decese sau din registre speciale (de medicină legală sau ale poliției).

Norvegia, numărul total de decese a scăzut de la 8 930 în 2000 la 8 394 în 2001 (o scădere de 6 %) și la 7 122 de cazuri în 2002 ⁽¹⁵³⁾ (o scădere suplimentară de 15 %). Numai 10 țări au furnizat informații privind anul 2003, prin urmare concluziile privind tendințele din Uniunea Europeană trebuie trase cu precauție. Pe baza datelor din cele 10 țări menționate, în 2003 s-a constatat însă o scădere cu 5 %, adică doar o treime din scăderea înregistrată în 2002. Dintre cele 10 țări care au furnizat informații privind anul 2003, trei au raportat creșteri, una nu a raportat nici o schimbare, iar șase au raportat scăderi, dintre care cele înregistrate în Grecia (22 %) și Italia (17 %) pot fi considerate semnificative ⁽¹⁵⁴⁾. Aceste evoluții ar trebui să determine o preocupare serioasă, deoarece este posibil ca factorii care au determinat scăderea numărului de decese legate de consumul de droguri în intervalul 2000–2002 (o reducere de aproape 20 %) să fi fost abrogați în 2003; acest aspect este deosebit de important, având în vedere că decesele legate de consumul de droguri se situează în continuare la niveluri ridicate din punct de vedere istoric – aproximativ la fel ca la începutul anilor 1990 (Figura 20).

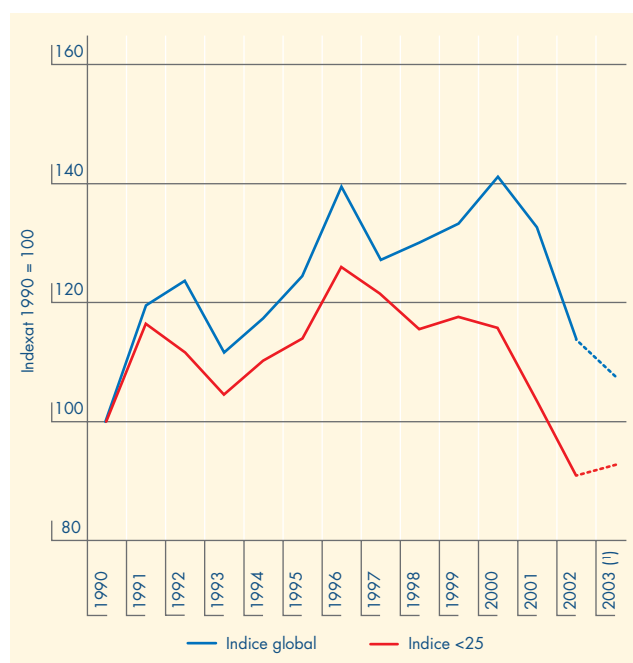
⁽¹⁵³⁾ Cifrele pentru Belgia și Irlanda în 2002 nu sunt incluse (au fost 88 de cazuri în Irlanda în 2001).

⁽¹⁵⁴⁾ Pe baza unui model statistic simplu Poisson. Datele furnizate de poliția din Norvegia indică de asemenea o scădere evidentă în 2003.

⁽¹⁵⁵⁾ Vezi Figura DRD-9 din Buletinul statistic 2005.

⁽¹⁵⁶⁾ Vezi Figura DRD-6 din Buletinul statistic 2005.

Figura 20: Tendința globală a deceselor subite legate de consumul de droguri în statele membre ale Europei celor 15 și tendința proporției reprezentate de victimele datorate consumului de droguri sub vârsta de 25 de ani, 1990–2003



(1) Cifra pentru 2003 este provizorie, având în vedere faptul că numai zece țări au furnizat date pentru 2003. Cifra pentru 2003 reflectă situația în țările care au furnizat date atât în 2002 cât și în 2003.

NB: Indice: 1990 = 100. Numărul de cazuri pe țară și pe an este prezentat în Tabelul DRD-2 (părțile i și v) din Buletinul statistic 2005. Belgia nu a furnizat date pentru perioada 1998–2001, iar Irlanda pentru anul 2002. S-a utilizat o metodă de calcul, definită în EMCDDA (2001), pentru a efectua corecții asupra acestei situații.

Surse: Rapoartele naționale Reitox (2004), preluate din registrele naționale de decese sau din registre speciale (medicină legală sau poliție), pe baza definițiilor naționale indicate în Tabelul DRD-6 din Buletinul statistic 2005.

Pe ansamblu, numărul deceselor legate de consumul de droguri în rândul persoanelor sub 25 de ani a scăzut relativ constant din 1996, indicând o posibilă scădere a numărului de tineri consumatori prin injectare (Figurile 19 și 20), ca rezultat al unei tendințe în scădere sau stabile în majoritatea statelor membre ale Europei celor 15, cu excepția Franței, Suediei și Norvegiei. Cu toate acestea, în câteva din noile state membre, la mijlocul anilor 1990 și în 2000–2002 s-a constatat o creștere evidentă a proporției victimelor sub 25 de ani, ceea ce indică recrutarea unui număr tot mai mare de consumatori tineri ⁽¹⁵⁵⁾. În plus, scăderea observată la nivelul Europei celor 15 începând din 2000 s-a înregistrat mai ales în rândul bărbaților (o scădere de 21,9 %). Femeile au prezentat o scădere mult mai redusă (14,5 %), iar în 2003, spre deosebire de bărbați, se pare că tendința de scădere în rândul femeilor s-a inversat ⁽¹⁵⁶⁾.

Tendențele din noile state membre sunt greu de identificat din cauza volumului limitat de informații disponibile. Deși există diferențe de la o țară la alta, informațiile existente indică faptul că numărul deceselor legate de consumul de droguri a început să crească de la începutul până la mijlocul anilor 1990. Această constatare este coroborată și cu creșterea proporției victimelor sub 25 de ani care s-a produs de la mijlocul anilor 1990 până în 1999–2000 în majoritatea țărilor care au furnizat informații ⁽¹⁵⁷⁾. În noile state membre care au furnizat astfel de date, numărul victimelor sub 25 de ani a crescut mult mai mult decât numărul total de victime, începând din 1996 până foarte de curând (Figura 21), susținând ipoteza unei epidemii mai recente. Din anul 2000, mortalitatea provocată de substanțe ilegale s-a stabilizat sau a scăzut în Bulgaria, Republica Cehă ⁽¹⁵⁸⁾, Letonia (în 2003) și Ungaria. În ansamblu, se pare că s-a atins un grad de stabilizare în ultimii ani, dar această constatare trebuie tratată cu precauție deoarece în multe țări calitatea și gradul de acoperire a raportărilor sunt încă limitate. Este posibil ca creșterea probabilă a consumului de heroină care s-a produs în anii 1990 în multe din noile state membre să fi fost compensată de extinderea serviciilor de tratament furnizate în ultimii ani sau de alți factori, dar este dificil de anticipat tendința viitoare (Figura 21).

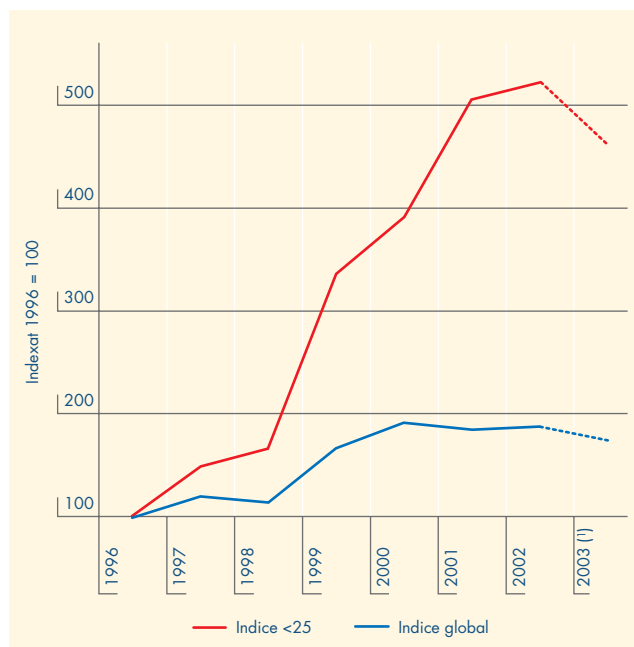
Se poate trage concluzia că, în ciuda evoluțiilor pozitive din 2000–2002, probabil legate de factori cum ar fi renunțarea la injectare în rândul consumatorilor de opiacee în anumite țări și asigurarea tratamentului pe scară mai largă, precum și posibila stabilizare sau scădere a numărului de consumatori de opiacee, cifrele actuale rămân la un nivel ridicat din perspectiva evoluției pe termen lung și există indicii conform cărora este posibil ca situația să nu se mai amelioreze.

Mortalitatea globală în rândul consumatorilor de opiacee

Mortalitatea globală în rândul consumatorilor de opiacee este de până la 20 de ori sau chiar mai ridicată decât mortalitatea populației generale de aceeași vârstă. Acest nivel înalt al mortalității este și mai ridicat în rândul celor care consumă droguri prin injectare. În ciuda prevalenței reduse a dependenței de opiacee, acest tip de dependență are un impact semnificativ asupra mortalității adulților tineri din Europa (Bargagli et al., 2004).

Cauzele mortalității la consumatorii de opiacee nu sunt reprezentate doar de supradoze, ci și de SIDA și alte boli

Figura 21: Tendința globală a deceselor subite legate de consumul de droguri în noile state membre și în țările candidate și tendința proporției reprezentate de victimele sub 25 de ani, 1996–2003



(*) Cifra pentru 2003 este provizorie.
 NB: Țările cuprinse sunt Bulgaria, Republica Cehă, Estonia, Letonia, Lituania, Ungaria, Malta și Slovenia.
 Indice: 1996 = 100. Numărul de cazuri pe țară pe an este prezentat în Tabelul DRD-2 (partea ii) din Buletinul statistic 2005.
 Este important de reținut faptul că indicele a fost calculat folosind date dintr-un număr restrâns de țări. De asemenea, trebuie remarcat faptul că Republica Cehă și Estonia reprezintă o proporție considerabilă a victimelor sub 25 de ani.
 Estonia nu a furnizat date pentru 1996 și 2003, Ungaria pentru 2002, iar Republica Cehă pentru 1996–2000. Metoda de calcul este prezentată în detaliu în OEDT (2001).
 Surse: Rapoartele naționale Reitox (2004), preluate din registrele naționale de decese sau din registre speciale (de medicină legală sau ale poliției), pe baza definițiilor naționale indicate în Tabelul DRD-6 din Buletinul statistic 2005.

infecțioase, precum și de cauze externe de deces (accidente, violență, sinucideri etc.). Principala cauză de deces în cohortele cu o prevalență redusă a infecției cu HIV este supradoza. Decesele provocate de SIDA au scăzut considerabil în ultimii ani, chiar și în rândul cohortelor cu o prevalență ridicată a infecției cu HIV, din cauza disponibilității tot mai extinse a terapiei HAART începând cu 1995 (vezi anterior cifrele generale din Europa) ⁽¹⁵⁹⁾.

Pe măsură ce consumatorii de opiacee înaintază în vârstă, mortalitatea crește progresiv deoarece decesele provocate de afecțiuni cronice (cum ar fi ciroză, cancer, boli respiratorii, endocardită, SIDA) se adaugă la decesele provocate de supradoze și de cauze externe,

⁽¹⁵⁷⁾ Vezi Figura DRD-9 din Buletinul statistic 2005.

⁽¹⁵⁸⁾ Dacă se iau în considerare numai cazurile cuprinse în OEDT „Selection D” („Selecția D”), care cuprinde drogurile ilegale. Definiția de la nivel național cuprinde multe cazuri determinate de medicamente psihoactive (75 %).

⁽¹⁵⁹⁾ 'Mortality of drug users in the EU: coordination of implementation of new cohort studies, follow-up and analysis of existing cohorts and development of new methods and outputs' (Mortalitatea consumatorilor de droguri în Uniunea Europeană: coordonarea punerii în aplicare a noilor studii pe cohorte, a urmăririi și analizei cohortelor existente și elaborarea unor noi metode și rezultate). Raportul OEDT CT.00.EP.13, 2002 (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1419>).

cum ar fi sinuciderea și violența (raportul național al Țărilor de Jos).

În plus, condițiile de trai și alți factori decât consumul de droguri ca atare (lipsa adăpostului, bolile psihice, violența, malnutriția etc.) pot contribui substanțial la un nivel ridicat al mortalității în rândul consumatorilor de droguri. Studiile au arătat că mortalitatea în rândul pacienților cu afecțiuni psihice este de patru ori mai ridicată decât în cazul populației generale (Korkeila, 2000) și că mortalitatea în rândul persoanelor fără adăpost este, de asemenea, de trei până la patru ori mai ridicată decât în cazul populației generale (Hwang, 2001).

Reducerea numărului de decese legate de consumul de droguri

Politici de reacție

Obiectivul jintă privind reducerea substanțială a numărului de decese legate de consumul de droguri, stabilit la nivelul politicilor Uniunii Europene pentru 2000–2004, a fost acceptat pe larg în statele membre. Opt dintre statele membre ale Europei celor 15 (Germania, Grecia, Spania, Irlanda, Luxemburg, Portugalia, Finlanda și Regatul Unit) plus patru dintre noile state membre (Cipru, Letonia, Lituania și Polonia) au inclus reducerea deceselor legate de consumul de droguri în documentele lor de strategie națională ⁽¹⁶⁰⁾. Faptul că mai multe noi state membre nu dispun încă de informații fiabile privind numărul de decese legate de consumul de droguri constituie totuși un obstacol important la stabilirea unei politici adecvate de reacție.

Noua Strategie a Uniunii Europene privind drogurile (2005–2012) acordă o mare prioritate îmbunătățirii accesului la o serie de servicii care pot reduce morbiditatea și mortalitatea asociate toxicomaniei, iar numărul de decese legate de consumul de droguri a fost ales ca unul dintre principalii indicatori ai progresului în sensul atingerii acestui obiectiv în primul plan de acțiune pe patru ani (2005–2008) ⁽¹⁶¹⁾.

Intervenții

O intervenție majoră din punctul de vedere al impactului asupra deceselor legate de consumul de droguri este reprezentată de asigurarea corespunzătoare a tratamentului, mai ales a terapiei de substituție (OMS, 1998; ACMD, 2000; Brugal et al., 2005). În anii 1980 și într-o măsură și mai mare în anii 1990, terapia de substituție a cunoscut o răspândire rapidă în Europa, mai ales în statele membre ale Uniunii Europene cu o prevalență ridicată a consumului de heroină injectabilă.

În prezent, peste o jumătate de milion de consumatori de heroină din Uniunea Europeană – adică între un sfert și jumătate din grupul jintă estimat de consumatori de heroină – sunt înscrși în programele de terapie de substituție.

În țările în care peste jumătate din populația problematică consumatoare de droguri urmează terapia de substituție, este probabil să se obțină o reducere a nivelurilor de injectare a drogurilor și a comportamentelor de risc conexe, ceea ce determină o reducere corespunzătoare a deceselor provocate de supradoze.

În 2003, Consiliul European a recomandat statelor membre ale Uniunii Europene o serie de măsuri în vederea reducerii numărului de decese legate de consumul de droguri ⁽¹⁶²⁾. Pe lângă asigurarea tratamentului pentru dependență de droguri, acestea cuprind educația și difuzarea de informații privind riscul de supradoză și managementul consumatorilor de droguri, al persoanelor apropiate și familiilor lor, precum și strategii proactive pentru a ajunge la cei care nu se află în contact cu serviciile vizate, prin activitate de asistență socială de proximitate și prin servicii ușor accesibile și atractive în ceea ce privește problema drogurilor. Nivelul de punere în aplicare a recomandării și efectele acesteia sunt evaluate îndeaproape de Comisie într-un raport care urmează să fie publicat în 2006.

Profilul demografic al victimelor supradozelor arată că persoanele consumatoare de heroină mai în vârstă și netratate sunt expuse celui mai înalt risc de deces din supradoză. O măsură specifică și eficientă pentru abordarea acestui grup prioritar este reprezentată de înființarea unor unități pentru consum de droguri sub supraveghere ⁽¹⁶³⁾. Astfel de servicii funcționează în prezent în 15 orașe din Germania și în 15 orașe din Țările de Jos, precum și la Madrid, Barcelona, Bilbao (Spania) și Oslo (Norvegia).

Tratamentul dependenței de opiacee

În termeni simpli, opțiunile disponibile pentru tratamentul consumului problematic de opiacee pot fi clasificate în trei categorii generale: tratament sub supraveghere medicală (MAT), terapie prin abstenență și terapie de menținere (aceasta din urmă nu va fi analizată în prezentul document). Cu toate acestea, abordarea problemelor de dependență și sevraj reprezintă doar un aspect al tratării cu succes a problemelor legate de consumul de opiacee. Sprijinirea indivizilor să se reintegreze în societate prin inserție socială, adică prin găsirea unui loc de muncă și a unei locuințe stabile, și dezvoltarea competențelor sociale necesare pentru a evita recidiva pot fi la fel de importante

⁽¹⁶⁰⁾ Vezi tabelul general: Strategies and selected measures to reduce drug-related deaths (Strategii și măsuri selectate pentru reducerea numărului de decese legate de consumul de droguri) (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1333>).

⁽¹⁶¹⁾ Vezi Strategia Uniunii Europene privind drogurile 2005–2012 (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=6790>).

⁽¹⁶²⁾ <http://eldd.emcdda.eu.int/?nnodeid=5173&pluginMethod=eldd.showlegaltextdetail&id=2603&lang=en&T=2>

⁽¹⁶³⁾ European report on drug consumption rooms (Raportul european privind camerele pentru consum de droguri) (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1327>).

în vederea asigurării unui rezultat pozitiv pe termen lung. Numeroase studii au arătat că persoanele cu probleme legate de consumul de opiacee încep de mai multe ori tratamentul, dar că este posibil ca obiectivele terapiei, în special abținerea, să nu fie îndeplinite la prima încercare de tratament a individului, ci se obțin prin intervenții terapeutice repetate.

Tratamentul sub supraveghere medicală

Tratamentul sub supraveghere medicală (TSM) cuprinde atât terapia de substituție cu agonști (metadonă, buprenorfină, dihidrocodeină, heroină, morfină de tip

retard) cât și tratamentul cu antagoniști, deși acesta este mult mai puțin răspândit (de exemplu, naltrexonă).

Metadona este disponibilă în aproape toate statele membre (vezi Tabelul 3) și continuă să fie terapia de substituție cel mai frecvent prescrisă în Europa. Cu toate acestea, opțiunile de tratament s-au diversificat în ultimii ani. Buprenorfină este acum disponibilă în 18 din cele 26 de țări pentru care există date disponibile. Terapia cu alți agonști, precum și terapia cu antagoniști (naltrexonă, naloxonă sau clonidină), sunt mai rar utilizate în Uniunea Europeană. Un studiu privind introducerea rețetelor controlate de heroină se află în desfășurare în Belgia, iar

Tabelul 3: Substanțe utilizate în tratamentul sub supraveghere medicală în Europa (inclusiv testări)

Țara	Metadonă	Buprenorfină	Dihidrocodeină	Morfină de tip retard	Heroină	Naltrexonă/ naloxonă	Clonidină
Belgia	X	X	X			X	X
Republica Cehă	X	X					
Danemarca	X	X					
Germania	X	X	X		X	X	
Estonia	X	X					
Grecia	X	X				X	
Spania	X	X			X		
Franța	X	X		X			
Irlanda	X						
Italia	X	X				X	X
Cipru							
Letonia	X						
Lituania	X	X				X	
Luxemburg	X	X		X			
Ungaria	X						
Malta	X		X			X	X
Țările de Jos	X	X			X	X	X
Austria	X	X	X	X			
Polonia	X						
Portugalia	X	X				X	X
Slovenia	X						
Finlanda	X	X					
Suedia	X	X					
Regatul Unit	X	X	X		X	X	X
Bulgaria	X			X			
România	X						
Norvegia	X	X					

NB: Nu există informații pentru Slovacia și Turcia.

Sursă: Tabel standard privind disponibilitatea tratamentului legat de droguri.

Austria a obținut un aviz al experților privind terapia asistată cu heroină pentru pacienții cu dependență cronică de opiacee, pe baza rezultatelor programelor internaționale existente.

Cele mai recente cifre arată că în 2003 au existat peste 450 000 de pacienți sub terapie de substituție în unitățile

specializate din Uniunea Europeană (Tabelul 4), dintre care peste 90 % primeau metadonă. Pe lângă aceștia, mai existau clienții cărora li se administrau alte tipuri de terapie de substituție (cum ar fi cu dihidrocodeină, morfină de tip retard sau heroină) și cei care beneficiau de terapie de substituție în alte unități, cum ar fi cabinetele medicilor de familie. Din păcate, în multe state membre nu există

Tabelul 4: Estimări ale numărului de pacienți în tratamentul de substituție din Europa în 2003

țara	Pacienți sub terapie cu metadonă în unități specializate	Pacienți sub terapie cu buprenorfină în unități specializate	Total pacienți sub terapie de substituție în unități specializate
Belgia	1 922	48	1 970
Republica Cehă	368	204	572
Danemarca	4 971	484	5 455
Germania	65 000	9 000	74 000
Estonia	60	13	73
Grecia	2 018	275	2 293
Spania	88 678	36	88 714
Franța	15 000	13 000	28 000
Irlanda (1)	5 561	0	5 561
Italia	79 065	7 113	86 178
Cipru	0	0	0
Letonia	67	0	67
Lituania	332	n.d.	332
Luxemburg	133	10	143
Ungaria	750	0	750
Malta	698	0	698
Țările de Jos	12 000	n.d.	12 000
Austria (2)	1 796	1 667	6 413 (3)
Polonia	865	0	865
Portugalia	9 765	2 743	12 508
Slovenia	1 909	0	1 909
Finlanda	170	430	600
Suedia	800	1 300	2 100
Regatul Unit	128 000	n.d.	128 000
Bulgaria	380	0	380
România	400	0	400
Norvegia	1 947	484	2 431
Total (4)	422 655	36 807	462 412 (3)

(1) Reprezintă numărul de cazuri și nu numărul de indivizi tratați pe parcursul anului.

(2) În Austria, aproximativ 46 % din pacienți beneficiază de terapie de substituție diferită de cea cu metadonă sau buprenorfină, care au fost adăugate pentru a obține un total corect. Defalcarea proporțională se bazează pe primele tratamente.

(3) Totalul agregat mai mare se datorează unui număr estimat de 2 950 pacienți care urmează în Austria terapie de substituție cu alte substanțe decât metadonă sau buprenorfină (predominant cu morfină de tip retard).

(4) n.d. = nu există informații. La calcularea valorilor totale, rubricilor marcate cu „nu există informații” li s-a atribuit valoarea zero, iar, prin urmare, cifrele indicate sunt valori minime.

NB: Nu există informații pentru Slovacia și Turcia

Sursă: Tabel standard privind disponibilitatea tratamentului legat de droguri.

deocamdată date fiabile privind aceste aspecte ale terapiei de substituție și, prin urmare, nu se pot determina valori totale pentru Uniunea Europeană în ansamblu.

Cu toate acestea, unele țări dispun de date sau estimări fiabile privind numărul clienților care beneficiază de terapie de substituție administrată de medicii de familie, adăugând astfel informații importante la estimările totale ale numărului de pacienți cărora li se administrează terapie de substituție în Uniunea Europeană. Pacienții cărora terapia cu metadonă le-a fost administrată de medicul lor de familie în anul 2003 au fost în număr de 8 500 în Franța, 2 682 în Irlanda, 851 în Luxemburg și 930 în Țările de Jos. În plus, în Republica Cehă și în Franța, 1 200 și, respectiv, 70 000 de pacienți au beneficiat de terapie cu buprenorfină administrată de medicul de familie. Se estimează că în aceste cinci țări terapia de substituție a fost administrată de medicii de familie unui număr total de 81 743 de pacienți. Având în vedere faptul că peste 450 000 de pacienți urmează tratamentul de substituție în unități specializate, numărul total de pacienți care beneficiază de tratament de substituție a depășit acum pragul de o jumătate de milion, ajungând la aproximativ 530 000. Din nou, informațiile fiind incomplete, cifra de 530 000 reprezintă o estimare minimă a numărului de consumatori de droguri care urmează terapia de substituție.

Măsura în care terapia de substituție este disponibilă diferă semnificativ între statele membre ale Europei celor 15 și noile state membre și țările candidate. Deși reprezintă peste 20% din populația totală, noile state membre și țările candidate numără doar 1,3 % din pacienții terapiei de substituție (fără a cuprinde Turcia, unde nu există date privind terapia de substituție). Dintre noile state membre, numai două, Republica Cehă și Slovenia, furnizează estimări privind prevalența consumului problematic de droguri, iar în ambele țări terapia de substituție este disponibilă pentru o proporție mai redusă a consumatorilor problematici de droguri (16 % și, respectiv, 26 %) decât media pentru Europa celor 15 (35 %). Deși lipsesc estimările privind prevalența consumului problematic de droguri în noile state membre și în țările candidate, măsura în care se asigură tratamentul de substituție este net inferioară celei din statele membre ale Europei celor 15. Având în vedere riscul înalt de răspândire a bolilor infecțioase în anumite țări și rolul de prevenire pe care TSM îl poate juca pentru a limita acest fenomen [vezi, de exemplu, UNODC (Biroul Națiunilor Unite pentru Droguri și Criminalitate), 2002], această situație poate constitui un motiv de îngrijorare.

În ultimii ani au apărut două tendințe distincte în cadrul TSM. Prima este o continuare a tendinței de a crește disponibilitatea terapiei de substituție, deși această

creștere devine mai puțin pronunțată. În plus, s-a produs o diversificare a substanțelor oferite; de exemplu, numărul de țări care au raportat utilizarea buprenorfinei a crescut la 14 în 2003, față de numai 6 în 1999/2000.

O a treia tendință, deși aceasta este mai puțin conturată, constă în implicarea tot mai extinsă a medicilor de familie în asigurarea TSM. Implicarea medicilor de familie a fost raportată numai în trei din cele 15 state membre (Belgia, Franța, Regatul Unit) în 2000/2001 (Solberg et al., 2002), dar este acum prezentă în 10 din statele membre ale Europei celor 15 (Belgia, Germania, Franța, Irlanda, Italia, Luxemburg, Țările de Jos, Austria, Suedia și Regatul Unit), precum și în trei din noile state membre (Republica Cehă, Malta și Slovenia).

Terapia prin abstenență

Terapia prin abstenență implică aplicarea tehnicilor psiho-sociale și educaționale pentru a obține abstenența pe termen lung de la consumul de droguri. În mod tradițional, tratamentul prin abstenență era de tip rezidențial și pe termen lung, de exemplu în comunități terapeutice. În prezent, el este de asemenea asigurat în unități de la nivelul comunităților.

Spre deosebire de TSM, pentru care există registre naționale centralizate în multe state membre, registrele privind terapia prin abstenență sunt rare, la fel ca și datele cantitative clare și fiabile privind această metodă de tratament. Deși nu se poate realiza o comparație corectă cu TSM, rapoartele înaintate de statele membre indică faptul că TSM este principala formă de tratament pentru consumatorii problematici de opiacee în majoritatea statelor membre ale Uniunii Europene, precum și la nivel european global. Cu toate acestea, unele țări indică o preferință generală pentru terapia prin abstenență față de TSM (Estonia, Cipru, Lituania, Polonia și Finlanda). Într-o serie de țări, mai ales în Grecia, Spania și Norvegia, TSM și terapia prin abstenență se situează la niveluri similare.

Noi evoluții în privința asigurării calității

Mai multe țări (Germania, Austria și Portugalia) au elaborat manuale pentru personalul medical implicat în tratamentul legat de droguri. Eforturile depuse în cadrul strategiei guvernamentale a Regatului Unit privind drogurile au demonstrat că, investind în buget, organizare, monitorizare și personal, listele de așteptare pot fi reduse și tot mai mulți consumatori de droguri pot avea acces la tratament și îl pot urma. În Anglia, în 2003–2004, cu 41 % mai mulți consumatori problematici de droguri au fost în contact cu serviciile de tratament pentru dependență de droguri decât în 1998–1999, iar timpii de așteptare s-au redus cu două treimi din 2001.

În 2003–2004, 72 % din pacienți fie au încheiat cu succes tratamentul structurat, fie s-au menținut sub tratament, față de numai 57 % în 2002–2003 (NTA, 2004).

Cadrul în care se asigură terapia prin abținere variază considerabil. În unele țări (Germania, Grecia, Spania, Franța, Cipru, Luxemburg, Țările de Jos, Polonia, Slovenia, Regatul Unit), terapia prin abținere a consumatorilor problematici de opiacee se desfășoară predominant în servicii de ambulatoriu, în timp ce într-un număr limitat de țări se recurge predominant la internarea pacienților (Irlanda, Italia, Austria), iar în alte țări nu există o predominanță clară (Suedia, Norvegia).

Reinserția socială

Reinserția socială se definește ca „orice intervenție socială cu scopul de a-i integra pe foștii sau actualii consumatori problematici de droguri în comunitate”. Cei trei „piloni” ai reinserției sociale sunt (1) locuința, (2) educația și (3) locul de muncă (inclusiv formarea profesională). Se poate recurge și la alte măsuri, cum ar fi consilierea și activitățile recreative.

Reinserția socială este un mod de reacție la problema consumului de droguri mai slab conturat decât tratamentul și, prin urmare, activitățile de monitorizare și raportare în acest domeniu sunt mai puțin consecvente. Unele țări raportează evaluări calitative ale eforturilor lor în domeniul reinserției sociale; cu toate acestea, nici un stat nu raportează o bună acoperire în acest sens. Toate țările care au raportat date în această privință (Estonia, Irlanda, Malta, Țările de Jos, România, Suedia și Norvegia) au subliniat deficiențele serviciilor și/sau programelor lor de reinserție socială. Grecia reprezintă excepția de la regulă, având o gamă relativ bogată de programe de reinserție socială și date fiabile privind numărul de pacienți cuprinși în acestea.

Informații privind capturile și piața ⁽¹⁶⁴⁾

Producția, traficul și capturile de opiacee

Afganistanul a devenit de departe liderul mondial în aprovizionarea cu opiu ilicit, mai ales datorită faptului că suprafața totală a culturilor a crescut din nou în 2004. Producția globală de opiu ilicit în 2004 a fost estimată la aproximativ 4 850 tone (4 766 tone în 2003), la care Afganistanul a contribuit în proporție de 87 %, iar Uniunea Myanmar în proporție de 8 %. Producția globală de opiu a rămas stabilă în ultimii cinci ani, cu excepția anului 2001, când interdicția impusă de regimul taliban asupra cultivării macilor pentru opiu în Afganistan a

determinat o scădere dramatică, dar de scurtă durată a acesteia. Potențialul global de producție a heroinei a fost estimat la 485 de tone în 2004 (477 tone în 2003) (CND, 2005).

Heroina consumată în Uniunea Europeană este produsă predominant în Afganistan (din ce în ce mai mult) sau de-a lungul rutelor de trafic cu opiu, mai ales în Turcia (UNODC, 2003a; INCB, 2005), și pătrunde în Europa pe două rute principale de trafic. Ruta tradițională balcanică continuă să joace un rol crucial în contrabanda cu heroină. După tranzitul prin Pakistan, Iran și Turcia, ruta se desparte într-un braț sudic, prin Grecia, fosta Republică Iugoslavă a Macedoniei, Albania, o parte din Italia, Serbia, Muntenegru și Bosnia–Herțegovina, și un braț nordic, prin Bulgaria, România, Ungaria și Austria. INCB (2005) arată că, în 2003, brațul nordic al rutei balcanice a devenit cel dominant în traficul cu heroină. De la mijlocul anilor 1990, contrabanda cu heroină în Europa s-a realizat tot mai mult pe „drumul mătăsi”, prin Asia Centrală, Marea Caspică și Federația Rusă, Belarus sau Ucraina (rapoartele naționale Reitox, 2004; UNODC, 2003; CND, 2005; INCB, 2005). Deși aceste rute sunt cele mai importante, în mai multe țări din Africa de Est și de Vest și de pe continentele americane s-au realizat capturi de heroină destinate Europei în 2003 (CND, 2005; INCB, 2005).

Pe lângă heroina importată, unele droguri pe bază de opiacee sunt produse în Uniunea Europeană. Acestea sunt în esență limitate la preparatele „de casă” din mac opiaceu (ex. tulpini de mac opiaceu, concentrat de mac opiaceu din tulpini sau teci zdrobite de mac) într-o serie de state din estul Uniunii Europene, cum ar fi Estonia, Letonia și Lituania (rapoartele naționale Reitox, 2004). Astfel de produse par să își fi recâștigat popularitatea, în special în Estonia, în 2003.

În termeni cantitativi, în 2003, Asia (56 %) și Europa (34 %) au continuat să înregistreze majoritatea capturilor de heroină la nivel mondial. Proporția reprezentată de Europa este în creștere, mai ales datorită capturilor mai mari de heroină din țările est și sud-est europene (CND, 2005). Începând din 1998, Regatul Unit a fost statul membru al Uniunii Europene cu cel mai mare număr de capturi și cu cea mai mare cantitate de heroină capturată, fiind urmat de Spania în ceea ce privește numărul de capturi și, respectiv, de Italia din punctul de vedere al cantităților interceptate ⁽¹⁶⁵⁾. În 2002, Regatul Unit a înregistrat aproximativ 30 % atît din numărul capturilor de heroină cît și din cantitatea de heroină capturată în Uniunea Europeană.

⁽¹⁶⁴⁾ Vezi Interpretarea datelor privind capturile și piața, pag. 42.

⁽¹⁶⁵⁾ Deși aceste date trebuie verificate prin comparație cu datele pentru 2003 care lipsesc momentan, atunci când acestea devin disponibile. Datele privind numărul de capturi de heroină în 2003 nu au fost disponibile pentru Italia, Cipru, Țările de Jos și România; pentru Irlanda și Regatul Unit nu există date privind numărul de capturi de heroină și cantitățile de heroină capturate în 2003.

În general, cantitățile de heroină capturate ⁽¹⁶⁶⁾ în Uniunea Europeană au fost în creștere în ultimii cinci ani, cu o etapă de stabilizare în 2000–2002, în timp ce numărul de capturi a scăzut pe plan global în aceeași perioadă. Pe baza tendințelor din țările care dispun de astfel de date, atât capturile cât și cantitățile de heroină interceptate în Uniunea Europeană par să fi scăzut în 2003 ⁽¹⁶⁷⁾.

Capturile de fentanil și metilfentanil – opiacee sintetice de până la 100 de ori mai puternice decât heroina – au fost raportate din nou în 2003 în Estonia, în timp ce Letonia a raportat prima sa captură de 3-metilfentanil în 2003, iar Austria prima sa captură de fentanil în ianuarie 2004. În Estonia, calitatea proastă a heroinei disponibile pe piața locală a fost compensată din 2002 prin introducerea acestor două opiacee sintetice, sub numele de „Alb de China”, „Alb de Persia” sau „heroină sintetică” (rapoartele naționale Reitox, 2004).

Deși datele privind capturile de benzodiazepine – folosite de obicei ca substituenți de către consumatorii de heroină – nu sunt colectate sistematic de OEDT, Spania, Lituania,

Suedia și Norvegia au raportat efectuarea unor astfel de capturi (în special de Rohypnol) în 2003.

Prețul și puritatea heroinei

În Europa, heroina se găsește sub două forme: heroina brună obișnuită (în forma chimică de bază) și heroina albă (sub formă de sare) care este mai rar întâlnită și mai scumpă, provenind de obicei din Asia de sud-est. În 2003, în Uniunea Europeană, rapoartele au arătat că prețul mediu de stradă al heroinei brune a variat de la 27 EUR/g în Belgia la 144 EUR/g în Suedia, în timp ce prețul heroinei albe a variat de la 25 EUR/g (Slovacia) la 216 EUR/g (Suedia) ⁽¹⁶⁸⁾. Diferențele de preț reflectă probabil puritatea drogului vândut.

În 2003, în Uniunea Europeană, puritatea medie a heroinei brune pe stradă a variat de la 6 % în Austria la 40 % în Malta. Doar câteva țări au furnizat date privind puritatea heroinei albe ⁽¹⁶⁹⁾; aceasta s-a situat între 6 % în Finlanda și 70 % în Norvegia ⁽¹⁷⁰⁾.

Buprenorfina: tratament, abuz și practici de prescriere, în Raportul anual al OEDT 2005: extrase

În ultimii 10 ani, buprenorfina a început să fie folosită din ce în ce mai mult în Europa ca alternativă la metadonă în tratamentul dependenței de opiacee. Dezvoltată inițial ca analgezic, buprenorfina a fost propusă în vederea utilizării în tratamentul dependenței de opiacee la sfârșitul anilor 1970. Este descrisă introducerea buprenorfinei pentru tratamentul dependenței de opiacee în statele membre ale Europei celor 15 și răspândirea acesteia în statele menționate anterior și în noile state membre.

Comparațiile dintre buprenorfina și metadonă vizează eficiența și costurile acestora. Este descris modul de asigurare a terapiei cu buprenorfina în Europa și se realizează comparații între statele membre în care buprenorfina este principala substanță folosită în tratamentul dependenței de opiacee și cele în care tratamentul sub supraveghere medicală (TSM) se realizează mai ales cu metadonă. Rezultatele arată că aproximativ 20 % din pacienți înscriși în TSM în Uniunea Europeană astăzi primesc buprenorfina, deși majoritatea acestor pacienți se află într-o singură țară (Franța). În ansamblu, buprenorfina s-a răspândit în multe țări, dar

numărul efectiv de pacienți cărora le este administrată este încă limitat în majoritatea statelor membre.

Buprenorfina este analizată din perspectiva unui abuz potențial. Primele date arată că abuzul de buprenorfina este prevalent numai în câteva țări și este total neobișnuit în celelalte țări. Există câteva dovezi care stabilesc o legătură între abuzul de buprenorfina și anumite populații sau grupe de vârstă și există încercări de a identifica grupurile distincte de consumatori care prezintă abuz de buprenorfina. Deși decesele determinate de abuzul de buprenorfina sunt extrem de rare, există câteva cazuri de astfel de decese menționate în literatura de specialitate și în rapoartele unor țări europene. Rapoartele privind decesele legate de abuzul de buprenorfina sunt comparate cu cele privind abuzul de metadonă.

În acest extras, se trag concluzii privind beneficiile relative ale buprenorfinei și metadonei în tratamentul dependenței de opiacee. Se arată că buprenorfina reprezintă o posibilitate de a asigura TSM pe scară mai largă și în mod mai accesibil.

Acest extras există în format tipărit și pe Internet, numai în limba engleză: „Buprenorphine: treatment, misuse and prescription practices”, *EMCDDA annual report 2005: Selected issues* (<http://issues05.emcdda.eu.int>).

⁽¹⁶⁶⁾ Vezi Tabelul SZR-4 (partea i) din Buletinul statistic 2005.

⁽¹⁶⁷⁾ Vezi Tabelul SZR-3 (partea i) din Buletinul statistic 2005.

⁽¹⁶⁸⁾ Vezi Tabelul PPP-2 (partea i) din Buletinul statistic 2005.

⁽¹⁶⁹⁾ Vezi Tabelul PPP-6 (partea i) din Buletinul statistic 2005.

⁽¹⁷⁰⁾ Număr redus de eșantioane pentru Norvegia (n = 8).



Capitolul 7

Aspecte legate de infraționalitate și închisoare

Infraționalitatea legată de droguri

Infraționalitatea legată de droguri se referă la infracțiunile comise sub influența drogurilor, la cele comise pentru a finanța consumul de droguri, la cele care se produc în contextul funcționării piețelor ilicite de droguri și la infracțiunile care contravin legislației privind drogurile. Datele de rutină disponibile în Uniunea Europeană se referă numai la acest ultim tip de infracțiuni – infracțiunile sub incidența legislației privind drogurile.

„Rapoartele”⁽¹⁷¹⁾ privind infracțiunile sub incidența legislației privind drogurile au reflectat diferențe între legislațiile naționale, între modurile de punere în aplicare a legilor și între prioritățile și resursele alocate de organele de urmărire penală unor infracțiuni specifice. În plus, sistemele de informații asupra infracțiunilor sub incidența legislației privind drogurile variază considerabil de la o țară la alta, în special în ceea ce privește practicile de raportare și înregistrare, adică ce se înregistrează, când și cum. Din cauza acestor diferențe, comparațiile dintre statele membre ale Uniunii Europene sunt dificil de realizat.

Între 1998 și 2003, numărul infracțiunilor „raportate” sub incidența legislației privind drogurile a crescut în majoritatea statelor membre ale Uniunii Europene. Această creștere a fost deosebit de accentuată (de două ori sau chiar mai mult) în Estonia și Polonia. În schimb, numărul de cazuri „raportate” a scăzut în 2003 în Belgia, Spania, Italia, (din 2001) Ungaria, Malta, Austria și Slovenia (din 2002)⁽¹⁷²⁾.

În majoritatea statelor membre ale Uniunii Europene, cele mai multe infracțiuni raportate sub incidența legislației privind drogurile au continuat să fie legate de consumul de droguri sau de deținerea drogurilor în vederea consumului⁽¹⁷³⁾, variind de la 39 % din totalitatea infracțiunilor sub incidența legislației privind drogurile în Polonia la 87 % în Austria și Regatul Unit. În Republica

Consumul de droguri și infraționalitatea: câteva date

În cadrul unui sondaj realizat în 2004 în Republica Cehă, ofițerii de poliție din departamentele regionale au estimat că aproximativ 40 % din furturile comune și circa 30 % din tâlhării au fost comise pentru a cumpăra droguri. În aceeași țară, datele de rutină privind infracțiunile înregistrate au arătat că, în 2003, 0,7 % din totalitatea delictelor au fost comise sub influența stupefiantelor sau a substanțelor psihotrope (cu excepția alcoolului) (raportul național al Republicii Ceha).

În Finlanda, în 2000–2003, proporția de crime și agresiuni comise sub influența drogurilor ilicite a fost mult mai scăzută decât proporția de astfel de delict comise sub influența alcoolului (6 % față de 64 % din crime și 2 % față de 71 % din agresiuni) (Lehti and Kivivuori; citat în raportul național al Finlandei). Deși se pare că prezența drogurilor în cazul furturilor a crescut în ultimii 10 ani, prezența alcoolului în cazul furturilor este în continuare și mai frecventă (43 % din furturi implică prezența alcoolului față de 9 % care implică prezența drogurilor).

În Germania, „infracțiunile directe fără premeditare, de natură economică” – infracțiunile comise pentru a obține stupefiante sau înlocuitori sau droguri alternative – au scăzut în 2003 la 2 568 cazuri, dintre care peste 70 % au fost legate de falsificarea rețetelor sau de sustragerea formularelor de rețete medicale (BKA, 2004).

În Letonia, datele de rutină furnizate de Ministerul de interne au arătat că 2,8 % din totalul infracțiunilor identificate în 2003 (3,1 % în 2002) au fost comise sub influența stupefiantelor (raportul național al Letoniei).

Cehă și Luxemburg, 91 % și, respectiv, 46 % din infracțiunile raportate sub incidența legislației privind drogurile au fost legate de activitatea de furnizare și trafic, în timp ce în Italia și Spania – unde consumul de droguri și deținerea în vederea consumului nu constituie infracțiuni – toate infracțiunile au fost legate de activitatea de furnizare

⁽¹⁷¹⁾ Termenul „rapoarte” asupra infracțiunilor sub incidența legislației privind drogurile este folosit între ghilimele pentru că descrie concepte diferite în diferite țări (rapoarte ale poliției privind suspjecii autori ai infracțiunilor sub incidența legislației privind drogurile, acuzațiile de infracțiuni sub incidența legislației privind drogurile etc.). Pentru o definiție exactă pentru fiecare țară în parte, consultați ‘methodological notes on definitions of ‘reports’ for drug law offences’ (note metodologice privind definițiile „rapoartelor” asupra infracțiunilor sub incidența legislației privind drogurile) din Buletinul statistic 2005. (NB: Termenul „arestări” a fost folosit în rapoartele anuale până în 2001.)

⁽¹⁷²⁾ Vezi Tabelul DLO-1 (partea i) din Buletinul statistic 2005. Nu au fost disponibile date privind „rapoartele” asupra infracțiunilor sub incidența legislației privind drogurile în 2003 în Danemarca, Germania, Irlanda, Letonia, Slovacia și Regatul Unit.

⁽¹⁷³⁾ Vezi Tabelul DLO-2 din Buletinul statistic 2005.

sau trafic. În Portugalia ⁽¹⁷⁴⁾ și Norvegia ⁽¹⁷⁵⁾, 59 % din infracțiuni au fost legate de consumul de droguri și trafic, luate împreună.

În toate țările care dispun de date, cu excepția Portugaliei, proporția din totalitatea infracțiunilor sub incidența legislației privind drogurile reprezentată de cele legate de consumul de droguri sau deținerea în vederea consumului a crescut în intervalul 1998–2003 ⁽¹⁷⁶⁾. Rata de creștere a fost în general lentă, dar au existat tendințe ascendente mai accentuate în Belgia, Luxemburg și Slovenia, precum și în Irlanda până în 2001. În Portugalia, proporția infracțiunilor legate de consum a început să scadă în anul 2000, cu un an înainte ca deținerea în vederea consumului și consumul de droguri să fie scoase de sub incidența dreptului penal, în iulie 2001 ⁽¹⁷⁷⁾. În 2003, s-au înregistrat scăderi în Republica Cehă, Luxemburg, Austria și Slovenia.

În majoritatea statelor membre, canabisul este în continuare drogul ilicit cel mai frecvent implicat în infracțiunile raportate sub incidența legislației privind drogurile ⁽¹⁷⁸⁾. În țările vizate, infracțiunile legate de canabis în 2003 au reprezentat de la 39 % (Italia) la 87 % (Franța) din totalitatea infracțiunilor sub incidența legislației privind drogurile. În Țările de Jos, infracțiunile care au implicat „droguri tari” ⁽¹⁷⁹⁾ au fost predominante (58 %), în timp ce, în Republica Cehă, majoritatea infracțiunilor sub incidența legislației privind drogurile au fost legate de amfetamine (48 %). Proporția relativă a infracțiunilor sub incidența legislației privind drogurile legate de un anumit drog este influențată de o serie de factori, inclusiv de prioritățile operative ale organelor judiciare și de deciziile strategice explicite sau implicite de a aborda diferite tipuri de infracțiuni sub incidența legislației privind drogurile în mod diferențiat.

Din 1998, proporția infracțiunilor legate de droguri care au implicat canabisul ⁽¹⁸⁰⁾ a crescut constant în Germania, Spania, Franța, Irlanda, Lituania, Luxemburg, Malta și Portugalia, dar a rămas în ansamblu stabilă în Belgia,

Republica Cehă, Țările de Jos, Slovenia, Suedia și Regatul Unit și a scăzut constant în Italia și Austria ⁽¹⁸¹⁾.

În același interval, proporția infracțiunilor legate de heroină a scăzut în toate statele membre ale Uniunii Europene care dispun de astfel de date, cu excepția Austriei și Regatului Unit, unde a crescut ⁽¹⁸²⁾. În mod contrar, infracțiunile legate de cocaină au crescut ca proporție din totalitatea infracțiunilor legate de droguri din 1998 în toate țările care furnizează astfel de date, cu excepția Germaniei, care a raportat tendințe de scădere ⁽¹⁸³⁾.

Consumatorii de droguri și închisoarea

Consumatorii de droguri în închisoare

Informațiile de rutină de la nivel național privind tipurile și tiparele consumului de droguri în rândul deținuților sunt limitate și inconsecvente. O mare parte a datelor existente în Uniunea Europeană provin din studii *ad hoc* bazate pe eșantioane de dimensiuni variabile, iar rezultatele acestora (și tendințele) sunt foarte dificil de extrapolat.

Consumatorii de droguri sunt clar supra-reprezențați în cadrul populației de deținuți față de populația generală. În majoritatea studiilor din Uniunea Europeană, se arată că prevalența consumului de droguri pe parcursul vieții la deținuți este de peste 50 %; cu toate acestea, ea variază foarte mult, de la 22 % la 86 %, de la o populație de deținuți la alta, de la un centru de detenție la altul sau de la o țară la alta ⁽¹⁸⁴⁾. În Uniunea Europeană, prevalența consumului regulat de droguri sau dependența înainte de încarcerare variază de la 8 % la 73 % ⁽¹⁸⁵⁾.

Majoritatea consumatorilor de droguri își reduc sau încetează consumul de droguri la intrarea în închisoare. Totuși, mulți deținuți continuă să consume droguri după încarcerare, iar unii chiar încep să consume droguri (și/sau să își injecteze droguri) în închisoare. Studiile existente arată că între 8 % și 60 % din deținuți declară că

⁽¹⁷⁴⁾ În Portugalia, infracțiunile rămase sub incidența legislației privind drogurile sunt legate de „activitatea de furnizare/trafic cu droguri”, deoarece delictele de consum/deținere în vederea consumului de droguri au fost scoase de sub incidența dreptului penal în iulie 2001.

⁽¹⁷⁵⁾ În Norvegia nu se face nici o distincție între „activitatea de furnizare/trafic de droguri” separat și „consumul de droguri/ activitatea de furnizare și trafic”. Prin urmare, infracțiunile rămase sub incidența legislației privind drogurile sunt legate numai de „consumul de droguri”.

⁽¹⁷⁶⁾ Vezi Tabelul DLO-4 din Buletinul statistic 2005.

⁽¹⁷⁷⁾ Legea privind scoaterea de sub incidența dreptului penal a consumului de droguri și a deținerii în vederea consumului a fost adoptată în noiembrie 2000 și a intrat în vigoare în iulie 2001.

⁽¹⁷⁸⁾ Vezi Tabelul DLO-3 din Buletinul statistic 2005.

⁽¹⁷⁹⁾ În Țările de Jos, „drogurile tari” se definesc ca droguri care prezintă riscuri inacceptabile pentru sănătatea umană, cum ar fi heroina, cocaina, Ecstasy și LSD.

⁽¹⁸⁰⁾ Următoarele țări au furnizat date defalcate pe tip de drog sau tip de infracțiuni legate de droguri în timp: Belgia, Republica Cehă, Germania, Spania, Franța, Irlanda, Italia, Lituania, Luxemburg, Malta, Țările de Jos (numai în funcție de „droguri ușoare”/canabis și „droguri tari”), Austria, Portugalia, Slovenia, Suedia și Regatul Unit.

⁽¹⁸¹⁾ Vezi Tabelul DLO-5 din Buletinul statistic 2005.

⁽¹⁸²⁾ Vezi Tabelul DLO-6 din Buletinul statistic 2005.

⁽¹⁸³⁾ Vezi Tabelul DLO-7 din Buletinul statistic 2005.

⁽¹⁸⁴⁾ Vezi Tabelul DUP-1 din Buletinul statistic 2005.

⁽¹⁸⁵⁾ Vezi Tabelul DUP-5 (anexă) din Buletinul statistic 2005.

au consumat droguri pe durata detenției, iar 10–42 % au declarat că au consumat droguri în mod regulat ⁽¹⁸⁶⁾.

Se arată că prevalența consumului de droguri injectabile pe parcursul vieții în rândul deținuților se situează între 15 % și 50 %; cu toate acestea, unele studii au indicat valori de 1 % sau de până la 69 %. În cazurile în care există date comparabile (Austria 1999, Anglia și țara Galilor 1997–1998), acestea arată că există o probabilitate mai scăzută ca tinerii delincvenți să își injecteze droguri față de adulți și că, în cadrul populației de deținuți, există o probabilitate mai mare ca femeile să își injecteze droguri decât bărbații ⁽¹⁸⁷⁾. Pe baza mai multor studii desfășurate în Uniunea Europeană, Bird and Rotily (2002) au arătat că aproximativ o treime din deținuții bărbați adulți sunt consumatori de droguri injectabile. Datele furnizate de punctele naționale de convergență Reitox arată că între 0,2 % și 34 % din deținuți ⁽¹⁸⁸⁾ și-au injectat droguri pe durata detenției. Acest aspect ridică problema accesului la echipament steril de injectare și a practicilor de folosire în comun a echipamentului în condiții igienice în cadrul populației de deținuți, precum și a posibilei răspândiri a bolilor infecțioase.

Asistența și tratamentul pentru consumatorii de droguri în închisori

În toate statele membre și în țările candidate se pun în aplicare diverse sisteme pentru a asigura faptul că persoanele consumatoare de droguri din închisori beneficiază de asistență, deși varietatea acestor servicii și nivelul lor de disponibilitate diferă considerabil. O tendință remarcabilă este conștientizarea într-o măsură tot mai mare a faptului că deținuții au aceleași drepturi ca și restul populației în ceea ce privește accesul la servicii de îngrijire medicală, inclusiv la asistență și tratament pentru consumatorii de droguri (Biroul Regional al OMS pentru Europa, 2002; rapoartele naționale ale Irlandei, Lituaniei și Finlandei). Printre serviciile care trebuie puse la dispoziția deținuților se numără strategiile de prevenire, inclusiv programele de abținere, tratamentele de dezintoxicare, terapiile cu metadonă și alte substanțe, consilierea și educația.

Cu toate acestea, mai multe state raportează diverse probleme legate de asigurarea unei asistențe corespunzătoare. De exemplu, disponibilitatea serviciilor este precară în Estonia; în Letonia, nu există servicii specifice pentru consumatorii de droguri; Polonia are liste lungi de așteptare pentru tratament; Suedia raportează închisori supra-aglomerate și efective reduse de personal în închisori, iar, în România, lipsește legislația corespunzătoare. În Cipru, deși nu există un program integrat de asistență pentru consumatorii de droguri încarcerati, se iau o serie de măsuri preventive.

Activitățile de educație și formare reprezintă strategiile generale de prevenire. În majoritatea statelor membre ale Uniunii Europene și în țările candidate, astfel de activități se desfășoară atât pentru consumatorii de droguri cât și pentru personalul din închisori. Printre țările care au raportat astfel de activități se numără Estonia, Spania, Cipru, Ungaria, România și Slovenia (rapoartele naționale Reitox).

Înființarea unităților de abținere constituie un alt element preventiv. Participarea la acestea se face voluntar, în general după semnarea de către consumatorii de droguri încarcerati a unor declarații scrise pentru acceptarea anumitor condiții, de exemplu pentru efectuarea examenului periodic de urină. Astfel de unități există în toate statele membre din Europa celor 15. În ceea ce privește noile state membre, s-au instituit unități de abținere în majoritate țărilor. O evaluare realizată asupra unei zone de abținere dintr-o închisoare austriacă a arătat că deținuții eliberați din zona de abținere au avut considerabil mai puține condamnări ulterioare decât cei eliberați din unitățile obișnuite ale închisorii (35 % față de 62 %).

Cea mai curentă modalitate de tratament în închisori este terapia prin abținere, care există în toate statele membre (cu excepția Ciprului și a Letoniei), deși disponibilitatea acesteia este variabilă. Centrele de tratament din comunitate asigură asistență și tratament, precum și îngrijire ulterioară în multe țări, de exemplu în Belgia, Republica Cehă, Grecia, Luxemburg și Regatul Unit.

În majoritatea țărilor, terapia de substituție sau de menținere nu este disponibilă în aceeași măsură în închisori ca în afara închisorilor. Terapia de menținere este răspândită pe scară largă numai în Spania, 18 % din totalitatea deținuților, sau 82 % din consumatorii problematici de droguri din închisori beneficiind de această terapie. În Luxemburg există de asemenea o rată înaltă de acoperire. Printre țările care raportează o creștere considerabilă a nivelului de disponibilitate a tratamentului sub supraveghere medicală se numără Franța, mai ales cu buprenorfină, și Irlanda (rapoartele naționale Reitox). În Țările de Jos, tratamentul sub supraveghere medicală este disponibil numai pentru deținuții pe termen scurt care au folosit metadonă înainte de încarcerare, în timp ce în Polonia primul program de terapie cu metadonă a fost introdus la 14 pacienți, într-o unitate de arest.

Noi evoluții în combaterea răspândirii bolilor infecțioase în închisori

În Estonia, situația măsurilor de prevenire a răspândirii infecției cu HIV s-a ameliorat în 2003. Numărul de teste primare HIV a crescut de 2,6 ori față de 2002, deși

⁽¹⁸⁶⁾ Vezi Tabelul DUP-3 din Buletinul statistic 2005.

⁽¹⁸⁷⁾ Vezi Tabelul DUP-2 din Buletinul statistic 2005.

⁽¹⁸⁸⁾ Vezi Tabelul DUP-4 din Buletinul statistic 2005.

numărul de teste pozitive a înregistrat doar o creștere ușoară. Serviciile de consiliere pre și post-test s-au ameliorat de asemenea în termeni cantitativi și calitativi. În România, programele care urmăresc prevenirea răspândirii infecției cu HIV/SIDA în penitenciare și în rândul deținuților s-au desfășurat în colaborare cu organizații neguvernamentale internaționale (ONG-uri).

Spania este singura țară care pune în aplicare în mod sistematic programe de schimb al acelor și seringilor în închisori. În 2003, prin aceste programe s-au distribuit în total 18 260 seringi. Nu se preconizează punerea în aplicare a unor programe similare în alte state membre sau în țările candidate.

Alternative la pedeapsa cu închisoarea: abordarea consumatorilor problematici de droguri care comit infracțiuni în Uniunea Europeană, în Raportul anual al OEDT 2005: extrase

Închisoarea este un mediu deosebit de nefast pentru consumatorii problematici de droguri, iar la nivel politic există un consens pe scară largă asupra principiului de tratament ca alternativă la închisoare. Alternativele la închisoare care pot fi oferite delincvenților consumatori de droguri cuprind o serie de pedepse care pot amâna, evita, înlocui sau completa pedeapsa cu închisoarea în cazul consumatorilor de droguri care au comis un delict pedepsit în mod normal cu închisoarea conform legislației naționale. Acest extras se concentrează asupra măsurilor care cuprind o componentă de tratament pentru probleme legate de droguri.

Începând din anii 1960, acordurile, strategiile și planurile de acțiune ale ONU și ale Uniunii Europene au reafirmat și consolidat în mod repetat principiul conform căruia tratamentul, educația și reabilitarea se asigură ca alternativă la condamnare și pedeapsă pentru infracțiunile legate de droguri. Acest principiu a fost transpus în legislația națională a statelor membre ale Uniunii Europene, iar sistemele de urmărire penală, precum și cele de asistență medicală și socială au fost adaptate în mod corespunzător. Consumatorii de droguri tineri sunt în mod special expuși riscului de a intra în cercul vicios al drogurilor și criminalității și există o motivație specială pentru a evita încarcerarea tinerilor delincvenți.

Punerea în aplicare a unor măsuri alternative la încarcerare se confruntă însă cu anumite dificultăți din cauza diferitelor sisteme administrative implicate și a principiilor diferite care stau la baza acestora. Se depun eforturi pentru a reduce distanța dintre sistemul judiciar și cel al serviciilor de sănătate și sociale prin coordonarea structurilor și a

inițiativelor, adică între poliție, tribunale și închisori și serviciile de tratament pentru probleme legate de droguri. Adeseori la nivel local au existat mecanisme neoficiale de cooperare care au precedat formele instituționalizate și mai stabile de cooperare.

Recurgerea la alternative la închisoare au fost folosite din ce în ce mai mult în ultimele decenii în statele membre ale Europei celor 15, situația stabilizându-se apoi în unele din acestea, în timp ce legislația și punerea în aplicare a alternativelor a început mai târziu în noile state membre. De obicei, se recurge la sistemul principal de tratament pentru a asigura tratamentul delincvenților cu consum problematic de droguri. În majoritatea țărilor, tratamentul este de obicei asigurat în centre rezidențiale, dar există și posibilitatea de a urma programe de tratament în ambulatoriu.

Studiile europene de evaluare a tratamentului ca alternativă la închisoare sunt puține la număr și parțial neconcludente. Cu toate acestea, în concordanță cu alte cercetări privind tratamentele, menținerea în tratament se dovedește a fi indicatorul cheie al reușitei, iar ratele de abandon constituie una dintre cele mai mari probleme în privința alternativelor la închisoare. Există dovezi care arată că, pentru reușita tratamentului, cea mai mare importanță o are calitatea tratamentului asigurat și nu calea pe care pacientul a ajuns la tratament. Tratamentul ca alternativă la închisoare pare să funcționeze cel mai bine dacă persoanele dependente sunt motivate să urmeze tratamentul, dacă unitățile de îngrijire respectă standardele clinice de calitate și dacă dispun de personal suficient și calificat.

Acest extras există în format tipărit și pe Internet, numai în limba engleză: „Alternatives to imprisonment: targeting offending problem drug users in the EU”, *EMCDDA annual report 2005: Selected issues* (<http://issues05.emcdda.eu.int>)



Bibliografie

- ACMD (2000), *Reducing drug-related deaths. A report by The Advisory Council on the Misuse of Drugs*, The Stationery Office, London.
- ACPO (2003), *Cannabis enforcement guidance*, ACPO, London.
- Ashton, M. (2003), 'The American STAR comes to England', *Drug and Alcohol Findings* 8, pp. 21–6.
- ASPECT Consortium (2004), *Tobacco or Health in the European Union*, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg (http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/tobacco_fr_en.pdf).
- Bandura, A. (1977), *Social learning theory*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ.
- Bargagli, A. M. et al. (2004), *Drug-related mortality and its impact on adult mortality in eight European countries*, 6th Europad Conference, Paris.
- Becoña, E. (2002), *Bases Científicas de la Prevención de las Drogodependencias*, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Madrid.
- Bird, S. și Rotily, M. (2002), 'Inside methodologies for counting blood-borne viruses and injector-inmates' behavioural risks – results from European prisons', *Howard Journal* 41(2).
- BKA (Bundeskriminalamt) (2004), *Polizeiliche Kriminalstatistik 2003 Bundesrepublik Deutschland*. BKA, Wiesbaden.
- Blystad, H., Blad, L., Tulisov, A. și Aavitsland, P. (2005), 'Hepatitis B in northwest Russia and the Nordic and Baltic countries: recent trends and prevention activities', *Eurosurveillance Weekly* 10: 050310 (<http://www.eurosurveillance.org/ew/2005/050310.asp>).
- Botvin, G. J. (2000), 'Preventing drug abuse in schools: social and competence enhancement approaches targeting individual-level etiological factors', *Addictive Behaviours* 25, pp. 887–97.
- Bovenkerk, F. și Hogewind, W. I. M. (2002), *Hennepteelt in Nederland: het probleem van criminaliteit en haar bestrijding*, Willem Pompe Instituut voor Strafrechtswetenschappen, Utrecht.
- Brugal, M. T., Domingo-Salvany, A., Puig, R., et al. (2005), 'Evaluating the impact of methadone maintenance programmes on mortality due to overdose and Aids in a cohort of heroin users in Spain', *Addiction*, sub tipar.
- Butler, G. K. I. și Montgomery, A. M. J. (2004), 'Impulsivity, risk taking and recreational "ecstasy" (MDMA) use', *Drug and Alcohol Dependence* 76, pp. 55–62.
- Butters, J. E. (2004), 'The impact of peers and social disapproval on high-risk cannabis use: gender differences and implications for drug education', *Drugs: Education, Prevention and Policy* 11, pp. 381–90.
- Calafat, A., Fernández, C., Juan, M., et al. (2003), *Enjoying the nightlife in Europe: the Role of moderation*, IREFREA España, Palma de Mallorca (www.irefrea.org).
- Canning, U., Millward, L., Raj, T. și Warm, D. (2004), *Drug use prevention among young people: a review of reviews*, Health Development Agency, London.
- CND (2004), *World drug situation with regard to drug trafficking: report to the secretariat*, Commission on Narcotic Drugs, United Nations Economic and Social Council, Vienna.
- CND (2005), *World drug situation with regard to drug trafficking: report to the secretariat*, Commission on Narcotic Drugs, United Nations Economic and Social Council, Vienna.
- Cuijpers, P., et al. (2002), 'The effects of drug abuse prevention at school: the healthy school and drugs project', *Addiction* 97, pp. 67–73.
- Cunningham, J. A. (2001), 'Impact of normative feedback on problem drinkers: a small-area population study', *Journal of Studies on Alcohol* 62, pp. 228–33.
- De Wit, A. și Bos, J. (2004) 'Cost-effectiveness of needle and syringe exchange programmes: a review of the literature', In *Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options*, EMCDDA Monographs 7, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon, pp. 329–43.
- Drug Misuse Research Division (2004), 'Trends in treated problem opiates use in the seven health board areas outside the Eastern Regional Health Authority, 1998 to 2002', *Occasional Paper No. 13/2004*, Drug Misuse Research Division, Dublin.
- EMCDDA (2001), 'Co-ordination of the implementation of the EMCDDA standard guidelines on the drug-related deaths in the EU Member States, and the collection and analysis of information on drug-related deaths', proiect CT.99.RTX.04, coordonare: Trimbos Institute, European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction, Lisbon.
- EMCDDA (2003), 'National prevalence estimates of problem drug use in the European Union, 1995–2000', CT.00.RTX.23, coordinated by the Institut für Therapieforchung, Munich European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction, Lisbon (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1372>).
- EMCDDA (2004a), *Annual Report 2004: the state of the drugs problem in the European Union and Norway*, European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction, Lisbon.
- EMCDDA (2004b), 'Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options', *EMCDDA Monographs 7*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=428>).
- EMCDDA (2004c), *Drugs in Focus 13. Overdose – a major cause of avoidable death among young people*, European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction, Lisbon.
- Eurobarometer (2004), 'Young people and drugs', *Flash Eurobarometer 158*, Taylor Nelson Sofres, Directorate General Press and Communication, European Commission, Brussels.
- EuroHIV (European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS) (2004), *HIV/AIDS Surveillance in Europe, End-year report, 2003, No. 70*, Institut de Veille Sanitaire, Saint-Maurice.
- Eurostat (2002), *Health statistics: Key data on health 2002*, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg, p. 58.

- Eysenbach, G., Powell, J., Englesakis, M., et al. (2004), 'Health related virtual communities and electronic support groups: systematic review of the effects of online peer to peer interactions', *BMJ* 328, p. 1166.
- FSW (Fonds Soziales Wien) (2004), *Jahresbericht 2003*, Fonds Soziales Wien, Vienna.
- Ghuran, A. și Nolan, J. (2000), 'Recreational drug misuse: issues for the cardiologist', *Heart* 83, pp. 627–33.
- Gowing, L., Farrell, M., Bornemann, R. și Ali, R. (2005), 'Substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection' (review), *The Cochrane Library*, 2005, Issue 2 (www.thecochranelibrary.com).
- GLADA (Greater London Alcohol and Drug Alliance) (2004), *An evidence base for London crack cocaine strategy*, Greater London Alcohol and Drug Alliance, London (http://www.london.gov.uk/mayor/health/drugs_and_alcohol/docs/coc_strategy_evidence.pdf).
- Haasen, C. (2003), discurs la 'Conference on treatment monitoring in the EU and the EU action plan on drugs 2000–2004' la EMCDDA, noiembrie 2003.
- Hawks, D., Scott, K., McBride, N., et al. (2002), *Prevention of psychoactive substance use: a selected review of what works in the area of prevention*, World Health Organization, Geneva.
- Hibell, B., Andersson, B., Bjarnasson, T., et al. (2004), *The ESPAD report 2003: alcohol and other drug use among students in 35 European Countries*, The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) și Council of Europe Pompidou Group.
- Hwang, S. (2001), 'Mental illness and mortality among homeless people', *Acta Psychiatrica Scandinavica* 103, pp. 81–2.
- INCB (2005), *Report of the International Narcotics Control Board 2004*, United Nations International Narcotics Control Board: New York.
- Korkeila, J. (2000), *Measuring aspects of mental health*, Themes 6/2000, STAKES: Helsinki.
- Kumpfer, K. L., Alvarado, R. și Whiteside, H. O. (2003), 'Family-based interventions for substance use and misuse prevention', *Substance Use and Misuse* 38, pp. 1759–87.
- Leppin, A. (2004), Vortrag zur schulischen Suchtprävention im Rahmen der Fachtagung 'Qualität schulischer Suchtprävention' am 20.04.04 in Kärnten (<http://www.schule.at/community>).
- Macchia, T., Giannotti, F. C. și Taggi, F. (2004), *I servizi e le sostanze ricreative: una rilevazione clinica in Italia*, FrancoAngeli, Milan.
- Matheï, C., Robaey, G., van Damme, P., et al. (2005), 'Prevalence of hepatitis C in drug users in Flanders: determinants and geographic differences', *Epidemiology and Infection* 133, pp. 127–36.
- Mendes, F., Relvas, A. P., Olaio, A., et al. (2001), *The challenge of prevention of drug use*, IREFREA España, Palma de Mallorca (www.irefrea.org).
- Mol, A., Van Vlaanderen, J. L. și De Vos, A. (2002), *Ontwikkeling van de cocaïne hulpvraag in de ambulante verslavingszorg 1994–2000*, IVZ, Houten.
- Morral, A. R., McCaffrey, D. F. și Paddock, S. M. (2002), 'Reassessing the marijuana gateway effect', *Addiction* 97, pp. 1493–504.
- National Treatment Agency (NTA) (2003), 'New guidance on injectable heroin and injectable methadone treatment for opiate misusers', declaratie la presa, 13 iunie 2003 (<http://www.nta.nhs.uk>).
- National Treatment Agency (NTA) (2004), '54 per cent more drug misusers get treatment in England', declaratie la presa 30 septembrie 2004 (<http://www.nta.nhs.uk>).
- Ouwehand, A., Van Alem, V., Mol, A. și Boonzajer Flaes, S. (2004), *Key figures addiction care 2003*, IVZ, Houten (<http://www.sivz.nl>).
- Pijlman, F. T. A., Krul, J. și Niesink, R. J. M. (2003), *Uitgaan en Veiligheid: Feiten en Fictie over Alcohol, Drugs en Gezondheidsverstoringen*, Trimbos-instituut, Utrecht.
- Prinzleve M., Haasen C., Zurhold H., et al. (2004), 'Cocaine use in Europe – a multi-centre study: patterns of use in different groups', *European Addiction Research* 10, pp. 147–55.
- Quensel, S. (2004), *Das Elend der Suchtprävention*, Verlag für Sozialwissenschaften (VS), Wiesbaden.
- Reis, J., Riley, W., Lokman, L. și Baer, J. (2000), 'Interactive multimedia preventive alcohol education: a technology application in higher education', *Journal of Drug Education* 30, pp. 399–421.
- Rapoartele naționale Reitox (2004) (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=435>).
- Rhodes, T., Lilly, R., Fernández, C., et al. (2003), 'Risk factors associated with drug use: the importance of "risk environment"', *Drugs: Education, Prevention and Policy* 10, pp. 303–29.
- Rigter, H., Van Gageldonk, A., Ketelaars, T. și Van Laar, M. (2004), 'Hulp bij probleemgebruik van drugs: stand van wetenschap voor behandelingen en andere interventies, 2004', Trimbos Institute/National Drug Monitor (NDM), Utrecht.
- SAMHSA, Office of Applied Studies, 2003 National Survey on Drug Use and Health (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>).
- Solberg, U., Burkhart, G. și Nilson, M. (2002), 'An overview of opiate substitution treatment in the European Union and Norway', *International Journal of Drug Policy* 13, pp. 477–84.
- Sullivan, L. E., Metzger, D. S., Fudala, P. J. și Fiellin, D. A. (2005), 'Decreasing international HIV transmission: the role of expanding access to opioid agonist therapies for injection drug users', *Addiction* 100, pp. 150–8.
- Sussman, S., Earleywine, M., Wills, T., et al. (2004), 'The motivation, skills and decision-making model of "drug abuse" prevention', *Substance Use and Misuse* 39, pp. 1971–2016.
- Taylor, B. J. (2000), 'Modeling prevention program effects on growth in substance use: analysis of five years of data from the Adolescent Alcohol Prevention Trial', *Prevention Science* 1, pp. 183–97.
- Terweij, M. și Van Wamel, A. (2004), *Ouders aan zet: opvoedingsondersteuning en verslavingspreventie voor allochtonen: succes- en faalfactoren*, GGZ Nederland, Utrecht.
- UNODC (2002), *Contemporary drug abuse treatment: a review of the evidence base*, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna.
- UNODC (2003a), *Global illicit drug trends 2003*, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna.
- UNODC (2003b), *Ecstasy and amphetamines: global Survey 2003*, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna.
- UNODC și guvernul Marocului (2003), *Morocco cannabis survey 2003*, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna.
- WHO (1998), *Opioid overdose: trends, risk factors, interventions and priorities for action*, World Health Organization, Programme on Substance Abuse, Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse, Geneva.
- WHO (2004), 'Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users', *Evidence for action technical papers*, WHO, Geneva.
- WHO (2005), 'Effectiveness of drug dependence treatment in preventing HIV among injecting drug users', *Evidence for action technical papers*, proiect final, March 2005, WHO, Geneva.
- WHO Regional Office for Europe (2002), *Prisons, Drugs and Society, A Consensus Statement on Principles, Policies and Practices*, WHO Regional Office for Europe, Geneva.

Observatorul European pentru Droguri și Toxicomanie

Raportul anual 2005: situația problemei drogurilor în Europa

Luxemburg: Oficiul pentru Publicații Oficiale al Comunităților Europene
2005 — 90 p. — 21 x 29,7
ISBN 92-9168-242-X

VÂNZARE ȘI ABONAMENTE

Publicațiile cu plată editate de Oficiul pentru publicații sunt disponibile pe lângă birourile de vânzare ale acestuia, repartizate în întreaga lume. Pentru comenzi, vă puteți adresa în unul din aceste birouri, a căror listă v-o puteți procura :

- consultând site-ul internet al Oficiului (<http://publications.eu.int/>),
- solicitând-o prin Fax, la numărul (352) 29 29-42758.

Despre OEDT

Observatorul European pentru Droguri și Toxicomanie (OEDT) este una din agențiile descentralizate ale Uniunii Europene. Înființat în 1993 și cu sediul la Lisabona, Observatorul este sursa principală pentru o informare cuprinzătoare cu privire la situația drogurilor și a dependenței de droguri în Europa.

OEDT culege, analizează și difuzează informații obiective, verificate și comparative privind drogurile și dependența de droguri. Prin aceasta, OEDT oferă publicului său o imagine documentată privind fenomenul drogurilor la nivel european.

Publicațiile OEDT constituie o sursă de informații de prim ordin pentru un public larg, care cuprinde factorii de decizie politică și consilierii acestora, specialiști și cercetători activând în domeniul drogurilor și, în sens mai larg, mass-media și publicul larg.

Raportul anual prezintă sinteza anuală a OEDT privind fenomenul drogurilor în UE și constituie o referință de bază pentru cei interesați să afle ultimele informații despre situația drogurilor în Europa.