



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
INSTITUTUL NAȚIONAL DE SĂNĂTATE PUBLICĂ
NATIONAL INSTITUTE OF PUBLIC HEALTH



Str. Dr. A. Leonte, Nr. 1 - 3, 050463 București, ROMÂNIA
Tel: (+40 21) 318 36 20, Director: (+40 21) 318 36 00, (+40 21) 318 36 02, Fax: (+40 21) 312 3426

CENTRUL REGIONAL DE SĂNĂTATE PUBLICĂ TIMIȘOARA

Bd. Victor Babeș, Nr.16, 300226 Timișoara, Tel/Fax: (+40 256) 492101

ANALIZĂ DE SITUAȚIE

I. CONSUMUL DE DROGURI ÎN ROMÂNIA

Traficul de droguri rămâne una din cele mai serioase amenințări la adresa securității și sănătății publice, atât la nivel mondial, cât și la nivel național. Astfel, tendința de globalizare, dezvoltarea galopantă a tehnologiei, diversificarea legăturilor comerciale și eliminarea controalelor la frontiere sunt pe deplin exploatate de organizațiile criminale pentru a alimenta și controla piața ilicită a stupefiantelor. Cetățenii români reprezintă în continuare o categorie vizată de grupările criminale, aceștia fiind folosiți ca și cărauși la nivel internațional. În acest sens, în anul 2013 au existat mai multe cazuri în care cetățeni români au fost implicați în transportarea, în stomac, de hașiș din Maroc în Spania.

1. ORIGINEA DROGURILOR

În cursul anului 2013, originea drogurilor precum și rutele de traficare a acestora nu au suferit modificări semnificative, variații minore ale acestor indicatori menținându-se în normalitatea unei piețe a drogurilor formată și aflată într-o continuă dezvoltare atât ca cerere, cât și ca ofertă.

Heroina

Rutele de traficare a heroinei utilizate de către grupările de crimă organizată rămân stabile, aceasta continuă să fie traficată din Afganistan pe ruta Pakistan – Iran – Turcia – Grecia – fostele state iugoslave și statele din Europa de Vest, ruta tradițională balcanică, având ca destinație România, Anglia și Olanda. România constituie un nod important al brațului nordic al rutei Balcanice, alături de Bulgaria și Ungaria.

Cocaina

În ceea ce privește cocaina, aceasta provine din Columbia, Bolivia, Peru și Venezuela și urmează în general ruta Spania – Franța – Austria – Ungaria către România sau America de Sud – Africa de Vest și Centrală – România – către Europa Centrală și de Vest. Fiind un drog scump, acesta este accesibil unei categorii de consumatori cu posibilități materiale ridicate, de aceea este disponibil în special în marile aglomerări urbane – București, Timișoara și Constanța.

Canabisul

Canabisul provine din Spania, Grecia, Bulgaria, Italia, Cehia sau Albania, tranzitează Serbia sau Bulgaria, în funcție de ruta urmată, și intră în România prin Ungaria sau Bulgaria. Culturile de cannabis autohtone continuă să se extindă, numărul capturilor și cantitățile capturate constituindu-se

într-un indicator al reorientării activității traficantilor, cu scopul evitării riscurilor determinate de eventualele transporturi internaționale.

Drogurile sintetice

Drogurile sintetice (amfetamine, derivați de amfetamine, metamfetamine și ecstasy) continuă să provină din statele din Vestul Europei, acestea ajung în România fie prin sistemul de coletărie, fie aerian sau terestru.

În anul 2013, au existat încercări de introducere a unor substanțe chimice nesupuse controlului ce pot fi ușor transformate în precursori de droguri, denumite generic **pre-precursori**, în special de către cetățeni ai statelor cu tradiție în producerea de droguri sintetice (Olanda, Belgia).

În funcție de **țara de origine** a drogurilor confiscate, au fost constatate următoarele:

- Cocaina provine din Costa Rica, Trinidad Tobago, Spania;
- Heroina provine din Turcia și Iran;
- Canabisul provine din Grecia, Belgia, Cehia, Italia și Spania;
- Rezina de canabis provine din Spania, Portugalia și Italia;
- Drogurile sintetice provin din Olanda, Spania și Bulgaria;
- Metadona provine din România;
- Mescalina provine din Peru;
- Triptaminele provin din Olanda;
- JWC 018 provine din Italia.

Cu tranzit prin România, următoarele tipuri de droguri au avut ca destinație:

- Cocaină – Vestul Europei și Turcia;
- Heroină – Olanda, Germania, Franța;
- Canabis – Germania.

2. CONSUMUL DE DROGURI ÎN POPULAȚIA GENERALĂ

„Studiul în populația generală” (General Population Survey) este considerat a fi un indicator epidemiologic cheie, majoritatea statelor membre ale Uniunii Europene desfășoară, la minimum 3 ani, astfel de studii la nivel național sau local.

După studiile similare, efectuate în 2003, 2007 și 2010, Agenția Națională Antidrog a realizat, în anul 2013, cel de-al patrulea studiu în populația generală, pe baza metodologiei standard recomandată de Observatorul European de Droguri și Toxicomanie, care permite comparabilitatea datelor la nivel european.

Studiul a fost efectuat pe un eșantion de 7200 respondenți, reprezentativ național pentru populația neinstituționalizată, cu vârsta cuprinsă între 15 și 64 ani, la data de 1 ianuarie 2013. În cadrul eșantionului, s-a utilizat o supraeșantionare de 1500 de subiecți pe regiunea București-Ilfov, pentru persoanele de 15-34 de ani.

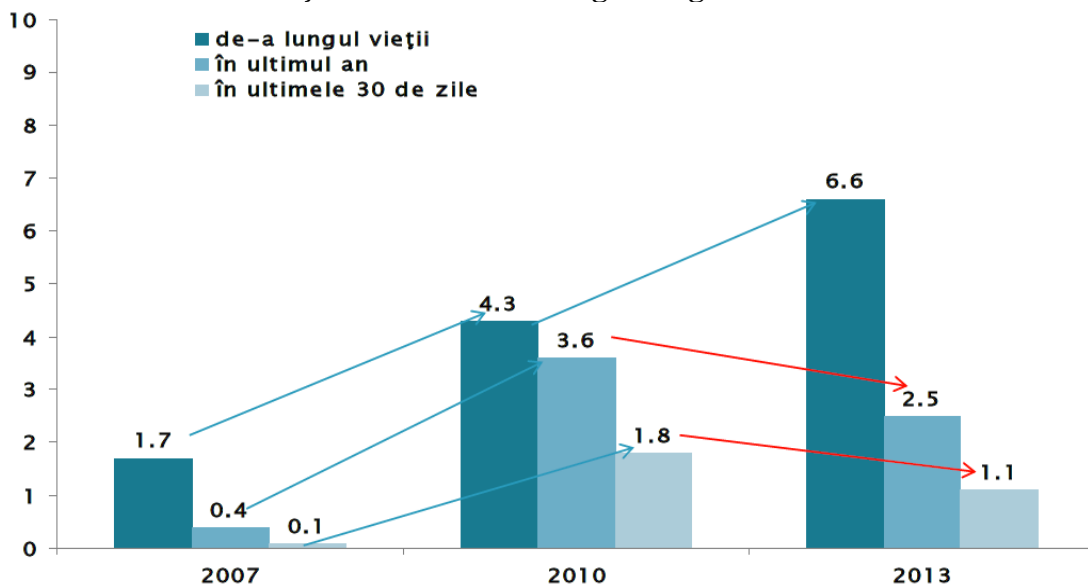
Metoda de eșantionare: probabilistică, stratificată și multistadială, având ca variabile de stratificare: cele 8 euro-zone ale României, mediul de rezidență, grupa de vârstă și sexul.

Colectarea datelor a avut loc în perioada noiembrie-decembrie 2013, iar analiza și interpretarea acestora s-a realizat în anul 2014.

Prevalența consumului de droguri ilegale

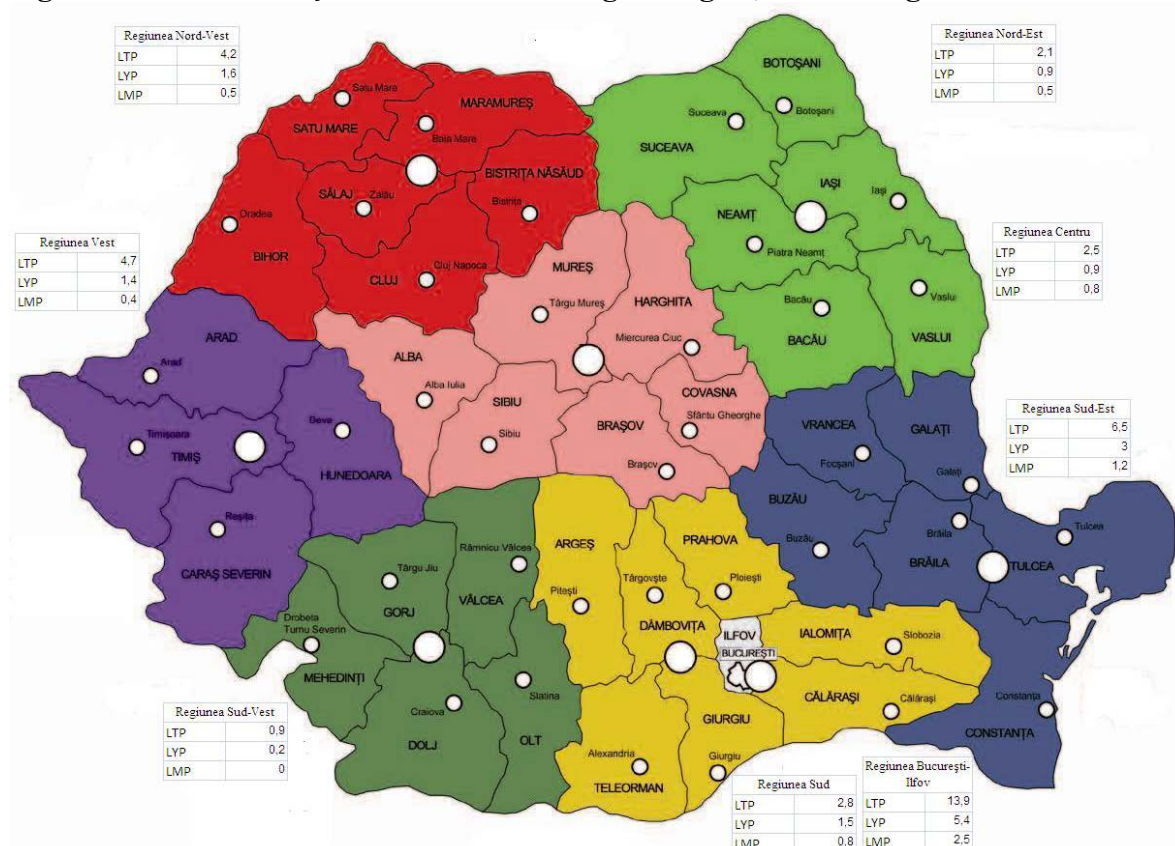
Prevalența consumului oricărui tip de drog ilegal (inclusiv substanțe noi cu proprietăți psihoactive - SNPP) în rândul populației de 15-64 ani de-a lungul vieții este 6,6% (comparativ cu 4,3% în 2010). Consumul recent este de 2,5%, iar cel actual este de 1,1%.

Grafic nr. 1: Prevalența consumului de droguri ilegale



Sursa: ANA, Studiul în populația generală, 2013

Figura nr. 1: Prevalența consumului de droguri ilegale, la nivel regional



LTP - Lifetime prevalence
LYP - Last Year Prevalence
LMP - Last Month Prevalence

Sursa: ANA, Studiul în populația generală, 2013

Prevalența consumului de droguri ilegale, la nivel regional

Regiunea cu **cel mai mare consum** experimental de droguri ilicite este București-Ilfov cu 13,9%. **Cel mai mic consum** se înregistrează în regiunea Sud-Vest cu 0,9%.

Consumul în celelalte regiuni:

- Regiunea Sud-Est - 6,5%
- Regiunea Vest - 4,7%
- Regiunea Nord-Vest - 4,2%
- Regiunea Sud – 2,8%
- Regiunea Centru – 2,5%
- Regiunea Nord-Est – 2,1%.

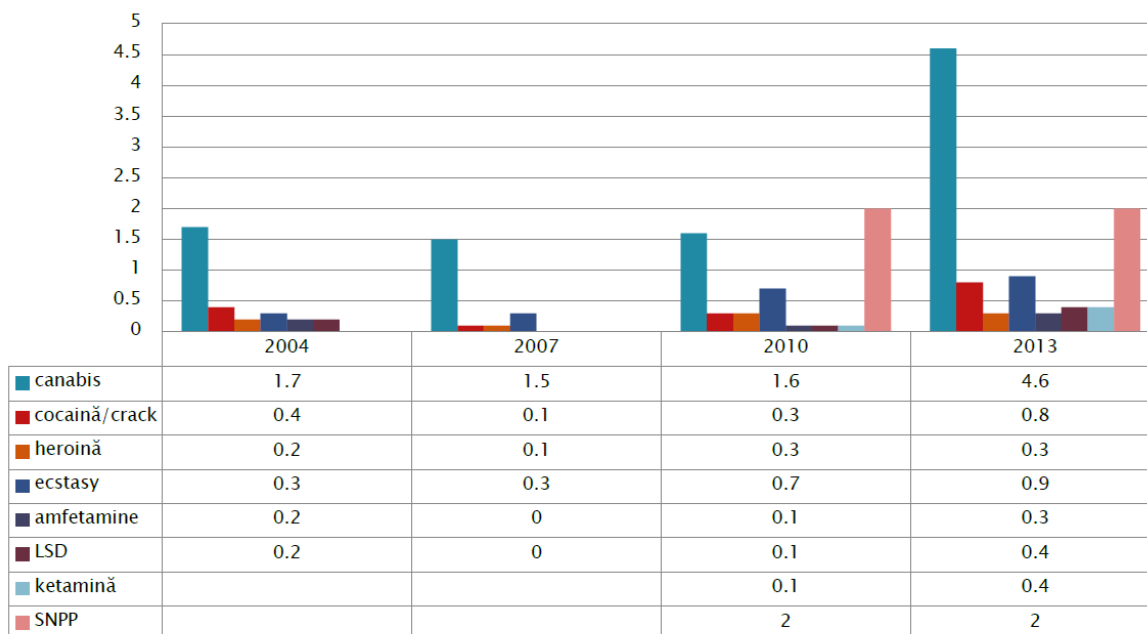
Prevalența consumului de droguri ilegale de-a lungul vieții, date comparate 2004, 2007, 2010, 2013

Canabisul continuă să fie cel mai consumat drog în România, 4,6% din populația generală cu vârsta cuprinsă între 15 și 64 ani declară că a experimentat consumul de cannabis, din care, 2%, în ultimul an, și 1%, în ultima lună.

După cannabis, pe poziția a doua în „topul” celor mai consumate droguri în România, se situează substanțele noi cu proprietăți psihoactive (SNPP), cunoscute și sub denumirea de „etnobotanice”. Astfel, 2% din populația generală cu vârsta cuprinsă între 15 și 64 ani inclusă în eșantion a experimentat consumul de SNPP, iar 0,3% din persoanele intervievate au declarat consum de SNPP în ultimul an. În schimb, pentru acest tip de drog nu s-a înregistrat consum actual, ceea ce poate să însemne că acest model de consum a intrat într-un real declin.

Pe următoarele poziții, se situează: ecstasy – 0,9%, cocaină/ crack – 0,8%, LSD și ketamină – câte 0,4%, heroină și amfetamine – câte 0,3%.

Grafic nr. 2: Prevalența consumului de droguri ilegale de-a lungul vieții, date comparate 2004, 2007, 2010, 2013



Sursa: ANA. STUDIUL ÎN POPULAȚIA GENERALĂ 2013.

Prevalența consumului de droguri ilegale de-a lungul vieții, în funcție de grupa de vârstă

În funcție de vârstă, cele mai mari prevalențe de-a lungul vieții se înregistrează la categoriile de vârstă 15-24 ani și 25-34 ani.

Categoria 15-24 ani:

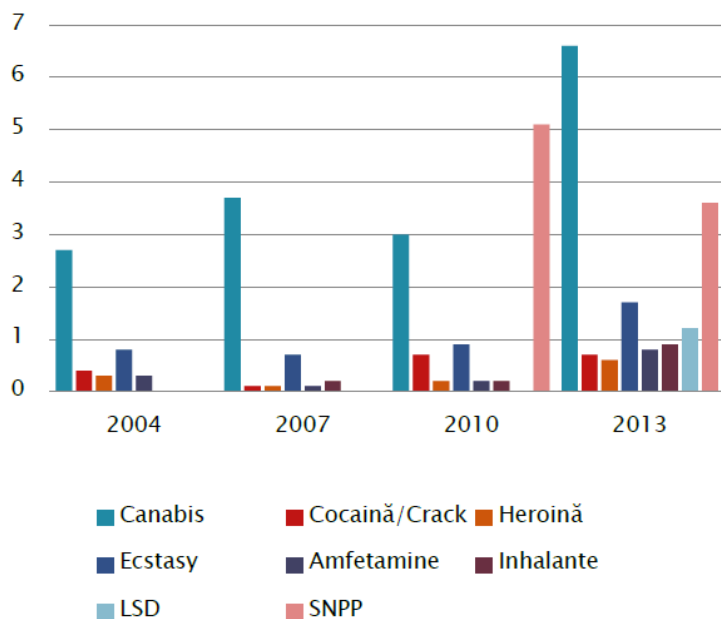
- Cannabis - 6,6%

- SNPP – 3,6%
- Ecstasy – 1,7%
- Cocaina/crack – 0,7%

Categoria 25-34 ani:

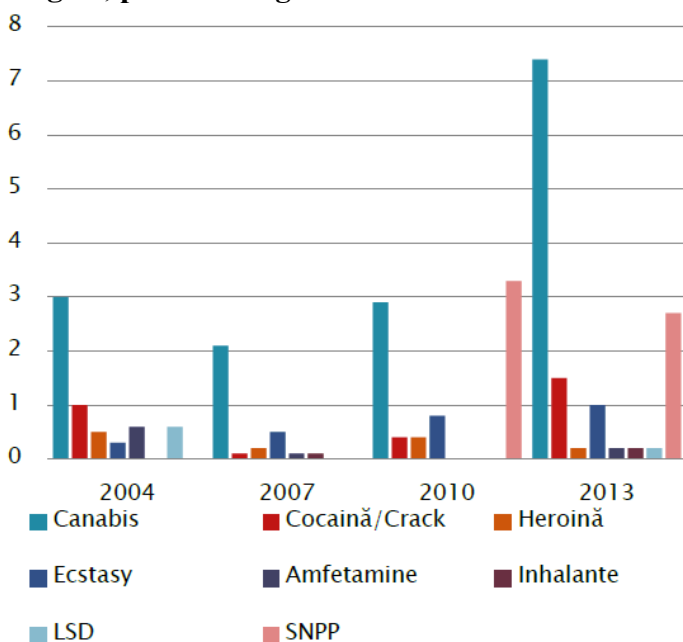
- Canabis – 7,4%
- SNPP – 2,7%
- Ecstasy – 1,0%
- Cocaina/crack – 1,5%

Grafic nr. 3: Evoluția prevalenței consumului de droguri ilicite de-a lungul vieții, pe tipuri de droguri, pentru categoria de vârstă 15-24 ani



Sursa: ANA, Studiul în populația generală, 2013

Grafic nr. 4: Evoluția prevalenței consumului de droguri ilicite de-a lungul vieții, pe tipuri de droguri, pentru categoria de vârstă 25-34 ani



Sursa: ANA. STUDIUL ÎN POPULAȚIA GENERALĂ 2013

Prevalența consumului de canabis

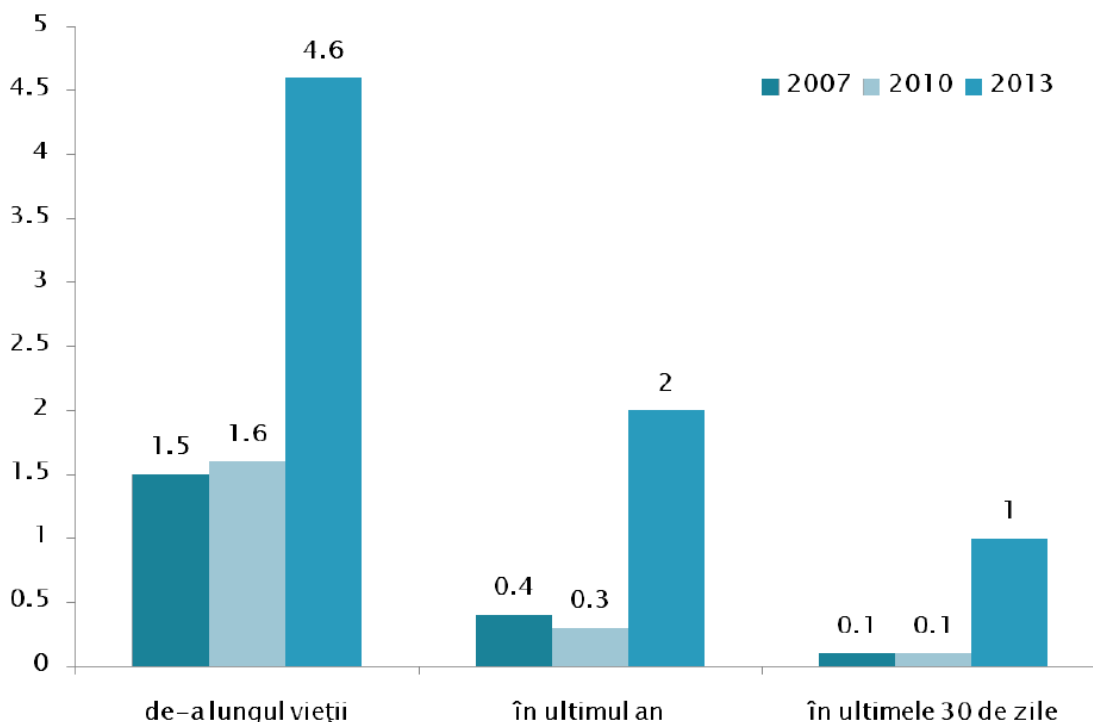
Prevalența consumului de canabis de-a lungul vieții este 4,6%, cea în ultimul an ,2%, iar cea în ultima lună, 1%.

Canabisul este experimentat de populația de toate vârstele, celelalte droguri fiind încercate cu precădere de populația tânără, cu vârsta de 15-34 ani.

Cea mai mică vârstă declarată de un respondent pentru debutul în consumul de canabis a fost de 10 ani, media vârstei de debut fiind 20 de ani.

Grafic nr. 5: Prevalența consumului de canabis la nivel național – 2007, 2010, 2013

Prevalența consumului de canabis – național %



Sursa: ANA. STUDIUL ÎN POPULAȚIA GENERALĂ 2013

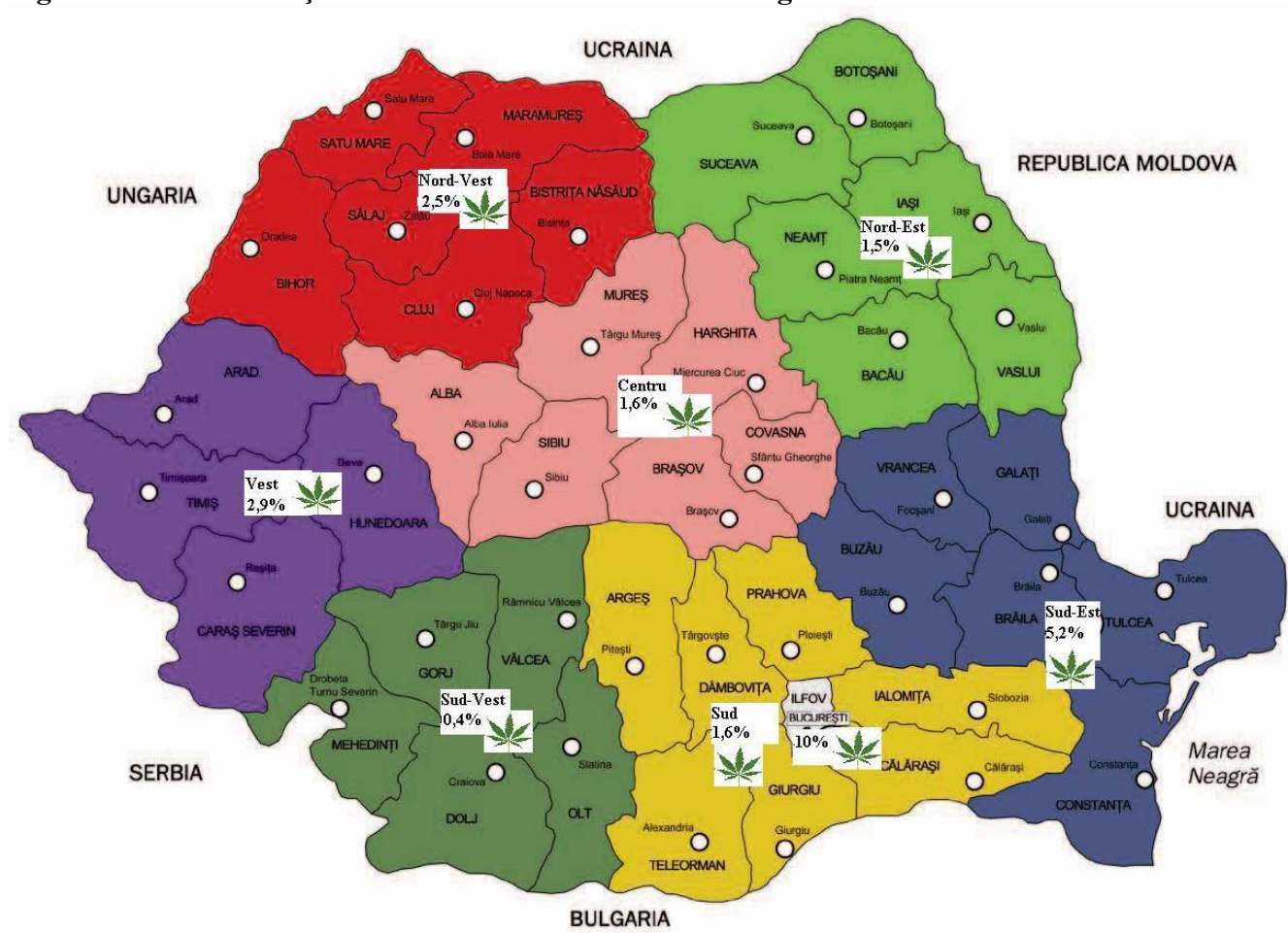
Regiunea cu **cel mai mare consum** experimental de canabis este București-Ilfov, cu 10%.

Cel mai mic consum de canabis se înregistrează în regiunea Sud-Vest - 0,4%.

Consumul în celelalte regiuni:

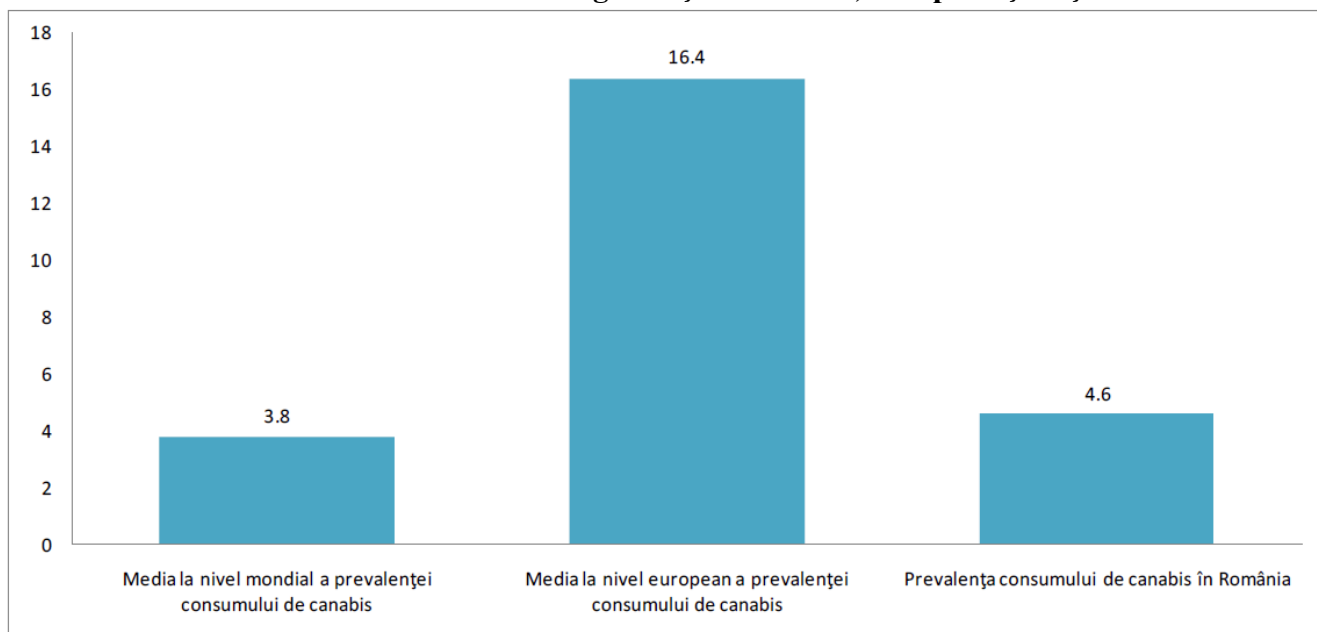
- Regiunea Sud-Est - 5,2%
- Regiunea Vest - 2,9%
- Regiunea Nord-Vest - 2,5%
- Regiunile Sud și Centru - 1,6%
- Regiunea Nord-Est - 1,5%

Figura nr. 2: Prevalența consumului de canabis la nivel regional



Sursa: ANA, Studiul în populația generală, 2013

Grafic nr. 6: Consumul de canabis de-a lungul vieții – mondial, european și național

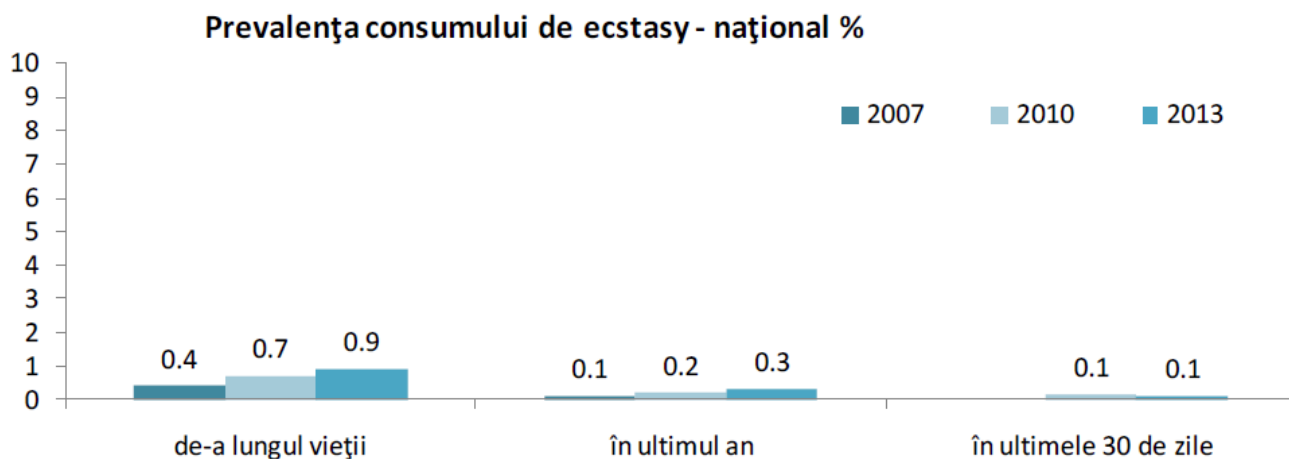


Sursa: ANA, Studiul în populația generală, 2013

Prevalența consumului de ecstasy

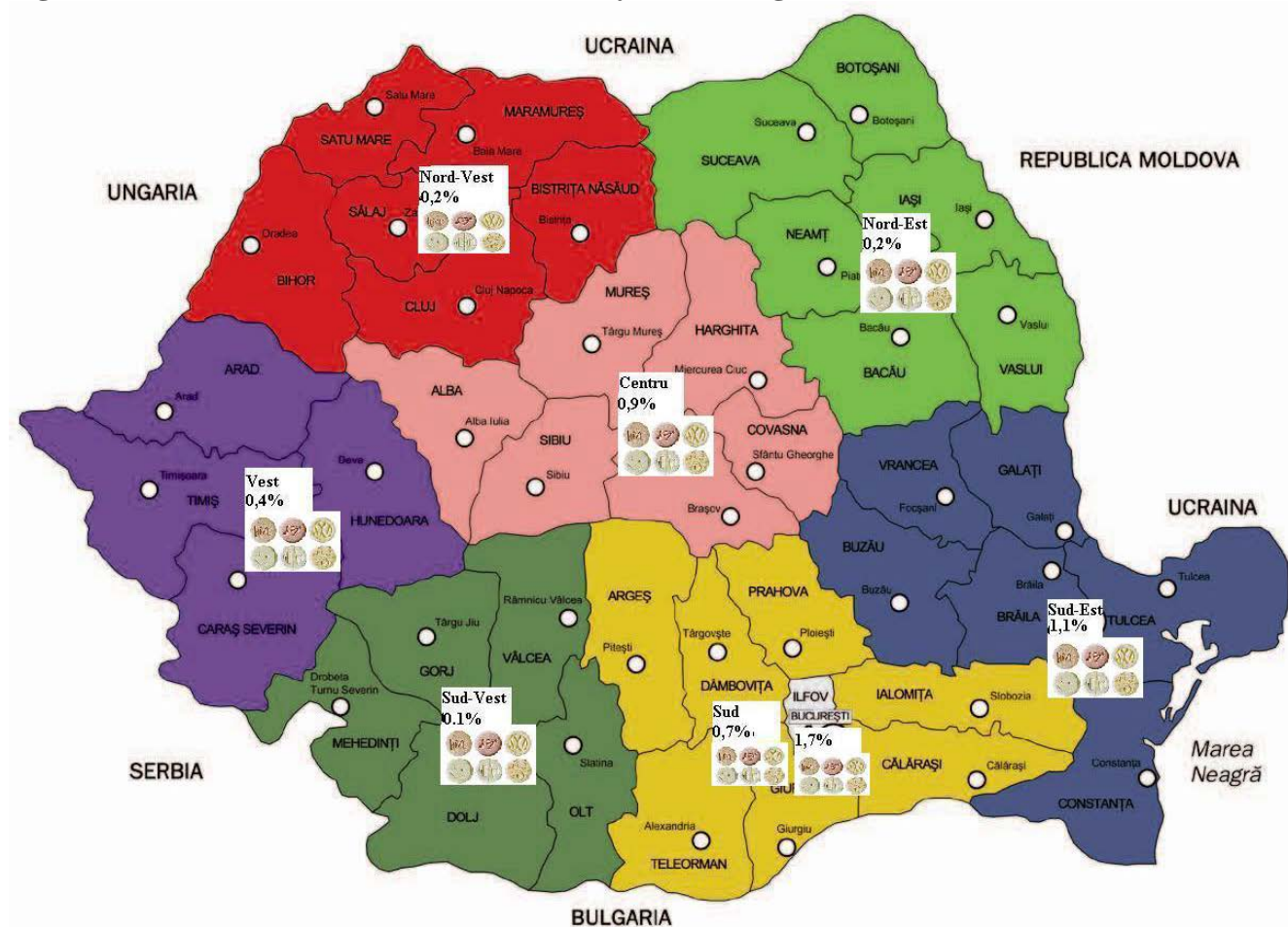
Prevalența consumului de ecstasy de-a lungul vieții este 0,9%, cea în ultimul an 0,3%, iar cea în ultima lună de 0,1%. Este experimentat cu precădere de populația tânără, cu vârsta de 15-34 ani. Cea mai mică vârstă de debut declarată a fost 15 ani, iar media vârstei de debut este de 21 de ani.

Grafic nr. 7: Prevalența consumului de ecstasy la nivel național – 2007, 2010, 2013



Sursa: ANA, Studiul în populația generală, 2013

Figura nr. 3: Prevalența consumului de ecstasy la nivel regional



Sursa: ANA, Studiul în populația generală, 2013

Cu prevalențe ce variază de la 1,7% (Regiunea București-Ilfov), la 0,1% (Regiunea Sud-Vest), **consumul experimental** de ecstasy este prezent în toate regiunile țării.

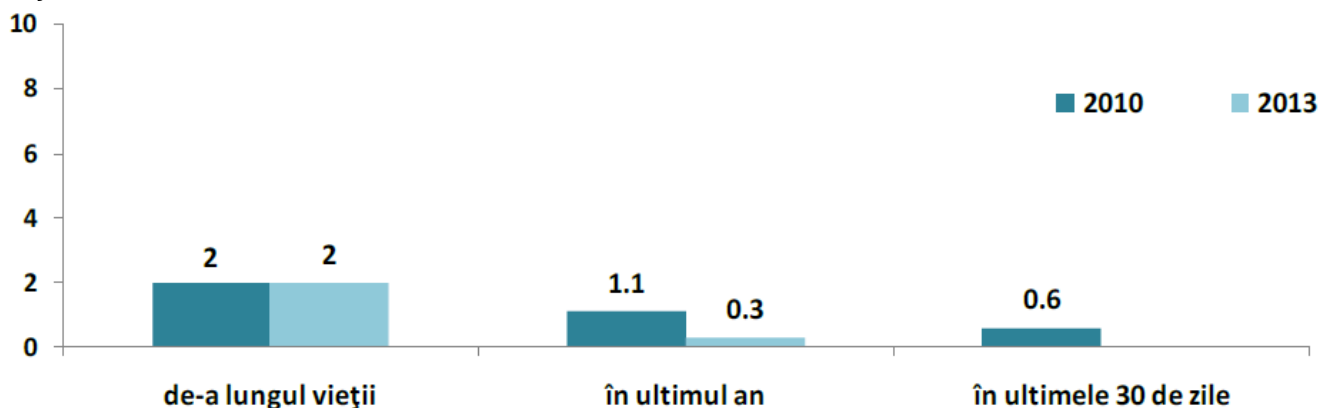
În schimb, **consumul recent** de ecstasy se înregistrează doar în 5 regiuni de dezvoltare economică – Regiunea Sud-Est – 0,5%, Regiunea București-Ilfov și Regiunea Centru – 0,3%, Regiunea Sud și Regiunea Nord-Vest – 0,1%.

Consumul actual este înregistrat doar în 3 regiuni: Regiunea Centru – 0,3%, Regiunea Sud-Est – 0,2%, Regiunea București-Ilfov – 0,1%.

Prevalența consumului de substanțe noi cu proprietăți psihoactive (SNPP)

La nivel național, prevalența consumului de substanțe noi cu proprietăți psihoactive de-a lungul vieții este 2%, cea în ultimul an 0,3%, în timp ce, în ultima lună, nu se înregistrează acest tip de consum. Consumul de substanțe noi cu proprietăți psihoactive este experimentat cu precădere de populația tânără, cu vârsta de 15-24 ani. Cea mai mică vârstă de debut declarată a fost 12 ani, iar media vârstei de debut este de 18,7 ani.

Grafic nr. 8: Prevalența consumului de substanțe noi cu proprietăți psihoactive la nivel național



Sursa: ANA, Studiul în populația generală, 2013

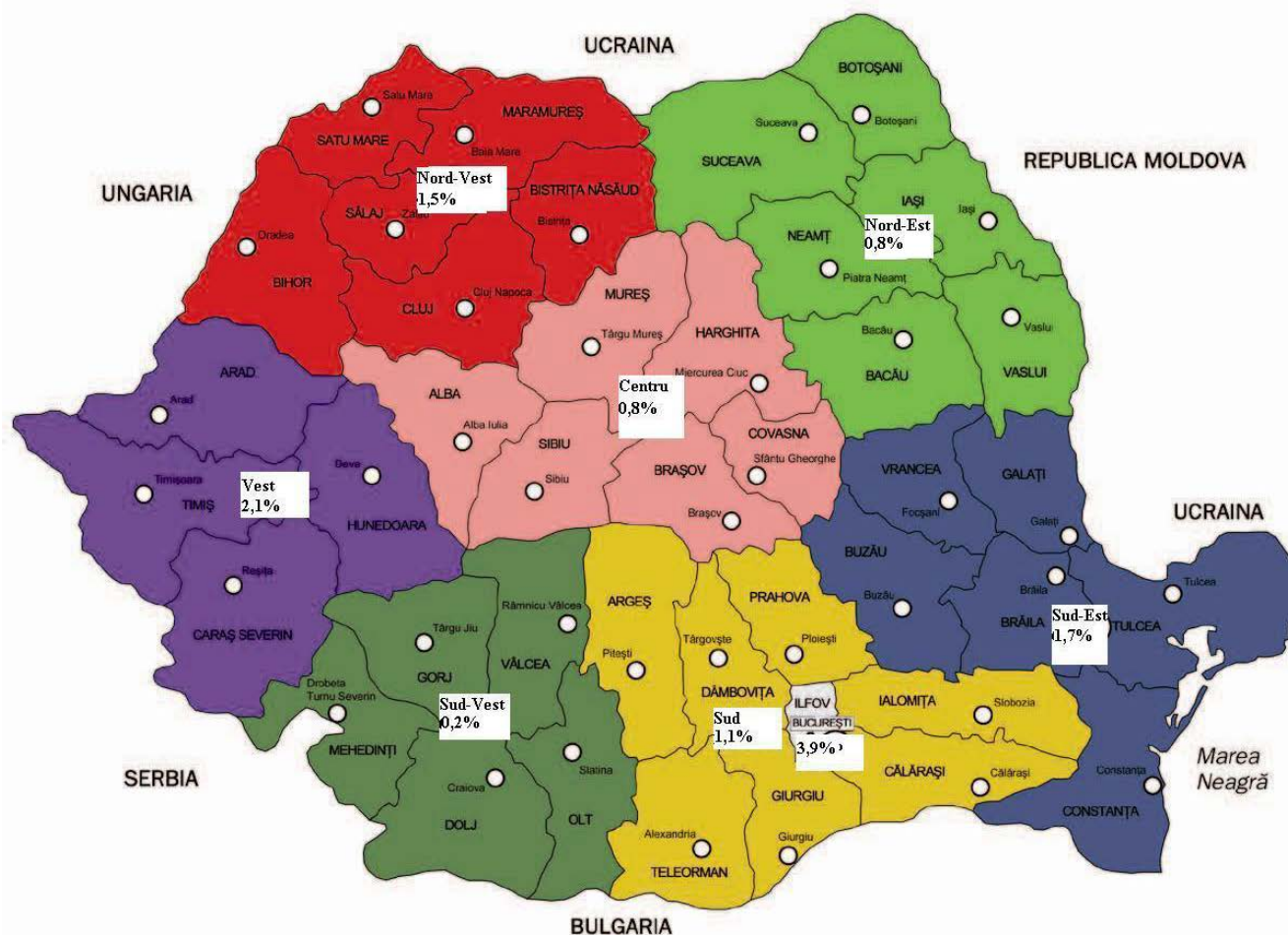
Regiunea cu **cel mai mare consum** experimental de SNPP este București-Ilfov, cu 3,9%.

Cel mai mic consum de SNPP se înregistrează în regiunea Sud-Vest - 0,2%.

Consumul de SNPP în celelalte regiuni, este:

- Regiunea Vest - 2,1%
- Regiunea Sud-Est - 1,7%
- Regiunea Nord-Vest - 1,5%
- Regiunea Sud - 1,1%
- Regiunea Centru - 0,8%
- Regiunea Nord-Est - 0,8%.

Figura nr. 4: Prevalența consumului de substanțe noi cu proprietăți psihoactive la nivel regional



Sursa: ANA, Studiul în populația generală, 2013

Prevalența de-a lungul vieții pentru alte droguri ilegale

Cu excepția regiunii Sud-Vest, consumul experimental de **cocaină** se înregistrează în toate regiunile țării. În București/ Ilfov – prevalența consumului de-a lungul vieții este 1,5%; în Sud-Est este 1,1%; în Sud este 0,5%; în Centru și respectiv în Nord-Vest este de 0,6%; în Vest este 0,4%, iar în Nord-Est de 0,4%.

Amfetaminele sunt prezente în 4 regiuni: în regiunea Centru cu o prevalență de-a lungul vieții de 0,7%, în regiunea Vest – cu 0,6%, în București/Ilfov – cu 0,5% și în regiunea Sud cu 0,1%.

Ciupercile halucinogene sunt prezente în 6 regiuni: în București/Ilfov – cu 0,7%, în Centru și în Vest cu o prevalență de-a lungul vieții de 0,4%, în regiunea Sud-Est – 0,3%, în regiunea Sud cu 0,2% și în regiunea Nord-Est cu 0,1%.

Cu excepția regiunii Sud-Vest, consumul experimental de **LSD** se înregistrează în toate regiunile țării, cea mai mare prevalență înregistrându-se în regiunea București/Ilfov 0,9%.

Consumul de **solvenți, substanțe inhalante și aurolac** este cel mai frecvent întâlnit în București/Ilfov cu 1,1%, în Nord-Vest cu 0,3%, în Centru, Nord-Est și Sud-Est cu 0,1%.

Ketamina este cel mai frecvent semnalată în regiunile Centru – 0,7%, Vest cu 0,6%, București/Ilfov cu 0,5%, Sud – 0,4% și în Sud-Est -0,3%.

Heroina este consumată cel mai frecvent în București/ Ilfov cu o prevalență de 0,7%, urmată de Vest 0,4% și Centru 0,3%.

Prevalența consumului de droguri în Regiunea București-Ilfov

Pentru consumul experimental de droguri, în Regiunea București-Ilfov, se observă o prevalență de 16,2% a consumului (inclusiv medicamente fără prescripție medicală), iar pentru drogurile ilicite (inclusiv SNPP), se înregistrează o prevalență de 13,9%.

Comparativ cu valorile înregistrate la nivel național pentru acest tip de consum, se remarcă o prevalență de 2 ori mai mare (13,9% față de 6,6%).

Dacă se exclud din analiză substanțele noi cu proprietăți psihoactive (SNPP), se obține o prevalență a acestui tip de consum de 12,9%.

Prevalența consumului de canabis în Regiunea București-Ilfov

Prevalența consumului de canabis de-a lungul vieții este 10%, cea în ultimul an 4,4%, iar cea în ultima lună 2,3%.

Grupele de vârstă la care apare cel mai frecvent acest tip de comportament sunt 15-24 ani, respectiv 25-34 ani – 11,3%, pentru celelalte categorii de vârstă înregistrându-se valori apropiate – 3,9% pentru 55-64 ani, respectiv 3,6% pentru 35-44 ani și 45-54 ani.

Cea mai mică vârstă de debut în consumul de canabis declarată de respondenții din București a fost 14 ani, iar cea mai mare a fost de 34 ani, media fiind de 23 ani.

Prevalența consumului de ecstasy în Regiunea București-Ilfov

Prevalența consumului de ecstasy de-a lungul vieții înregistrează la nivelul Regiunii București-Ilfov valoarea de 1,7%, cea în ultimul an – 0,3%, iar cea în ultimele 30 de zile este de 0,1%.

Prevalența consumului de SNPP în Regiunea București-Ilfov

În regiunea București/Ilfov, prevalența consumului de SNPP este de 3,9% (6% în 2010) de-a lungul vieții, 0,6% (3,3% în 2010), în ultimele 12 luni, în timp ce, în ultima lună, nu se înregistrează acest tip de consum (2,1% în 2010).

Prevalența consumului de droguri ilegale în București-Ilfov, pe tipuri de droguri

Inhalante - Prevalența consumului de inhalante de-a lungul vieții – 1,1% (față de 0,3% în 2010)

Cocaină/crack - Prevalența consumului de cocaină/crack de-a lungul vieții – 1,5% (față de 0,9% în 2010, 0,5% în 2007 și 1,9% în 2004), iar prevalența în ultimul an – 0,3% (față de 0,5%).

Amfetamine - Prevalența consumului de amfetamine de-a lungul vieții – 0,5% (față de 0,4% în 2010, 0,3% în 2007 și în 2004)

Heroină - Prevalența consumului de heroină de-a lungul vieții – 0,7% (față de 1,7% în 2010, 0,2% în 2007 și 1% în 2004).

3. CONSUMUL DE DROGURI ÎN RÂNDUL SUBGRUPURILOR SPECIFICE

În anul 2013, la inițiativa UNICEF, Centrul de Sociologie Urbană și Regională, cu sprijinul Institutului de Științe ale Educației, a realizat studiul intitulat „Starea adolescenților din România”.

Printre obiectivele studiului, s-a numărat evaluarea cunoștințelor adolescenților cu privire la bolile infecțioase transmisibile și a efectelor consumului de droguri, tutun și alcool, precum și evaluarea normelor sociale și culturale care au o influență asupra adolescenților în general, dar în special asupra celor vulnerabili, inclusiv a cauzelor inițierii consumului de droguri.

Eșantionul cercetării cantitative a avut reprezentativitate la nivel național și a fost constituit din 607 adolescenți, dintre care:

- 47,1% de sex masculin și 52,9% de sex feminin;
- 45,6% cu vârsta cuprinsă între 10 și 13 ani, iar 54,4% cu vârsta cuprinsă între 14 și 18 ani;
- 49,1% din mediul urban, iar 50,9% din mediul rural.

Autorii studiului consideră că 3,8% dintre adolescenții chestionați au experimentat cel puțin o dată în viață un tip sau altul de droguri. Totodată, restrângând eșantionul studiat doar la adolescenții cu vârsta cuprinsă între 14 și 18 ani, autorii concluzionează că prevalența consumului de droguri de-a lungul vieții este de 5,4% și, în plus, dacă se restrânge în continuare eșantionul, procentul adolescenților cu vârsta de 14 ani și peste din mediul urban care au consumat vreodată droguri este de 7,5%.

- 2,3% dintre adolescenți au declarat că au consumat cannabis, 1% ecstasy, 1% substanțe noi cu proprietăți psihoactive (cunoscute și sub numele de “etnobotanice”), 1% au luat somnifere, 1% sedative, 1% substanțe halucinogene și 1% substanțe inhalante.
- Consumul de droguri pare a fi mai răspândit în rândul băieților, în timp ce, în rândul fetelor, este mai răspândit consumul de sedative, somnifere și antidepresive.
- Consumul de droguri este mai scăzut în rândul adolescenților cu vârste cuprinse între 10 și 13 ani, comparativ cu cealaltă categorie de vârstă analizată, respectiv 14-18 ani, cele mai mari prevalențe de-a lungul vieții înregistrându-se în rândul adolescenților din această categorie, pentru consumul de inhalante, de halucinogene, de sedative/ tranchilizante, respectiv de somnifere (0,8%).
- În rândul adolescenților cu vârsta cuprinsă între 10 și 13 ani, cele mai ridicate prevalențe de-a lungul vieții se înregistrează în consumul de cocaină crack, respective în cel de somnifere (0,5%).
- Nici unul din adolescenții sub 14 ani chestionați nu a consumat heroină 0,3% dintre cei cu vârste mai mari și-au administrat vreodată acest tip de drog.

În funcție de mediul de rezidență, consumul de droguri este rar întâlnit în cazul adolescenților de la sate. În plus, nici un adolescent din mediul rural nu a consumat heroină, în timp ce 0,3% dintre cei care trăiesc în urban au făcut acest lucru. În ultimele 30 de zile, 2,3% din adolescenții din mediul urban au consumat cannabis de cel mult trei ori, spre deosebire de cei din zonele rurale care nu au consumat nici măcar o dată.

Vârsta medie la debutul în consumul de droguri

Conform raportului de cercetare, în ceea ce privește debutul în consum de droguri, pentru toate tipurile de droguri analizate, cele mai mici vârste medii de debut se înregistrează în rândul adolescenților de sex masculin, după cum urmează: 11 ani – în consumul de somnifere, 13 ani – în consumul de antidepresive, 14 ani – în consum de sedative/tranchilizante, respective în cel de inhalante, 14,5 ani – în consumul de SNPP. Comparativ cu băieții, fetele par să înceapă utilizarea drogurilor la o vârstă mai mare, cea mai mică vârstă medie de debut în rândul fetelor este de 15 ani pentru consumul de SNPP, respectiv pentru cel de antidepresive.

4. ADMITEREA LA TRATAMENT CA URMARE A CONSUMULUI DE DROGURI

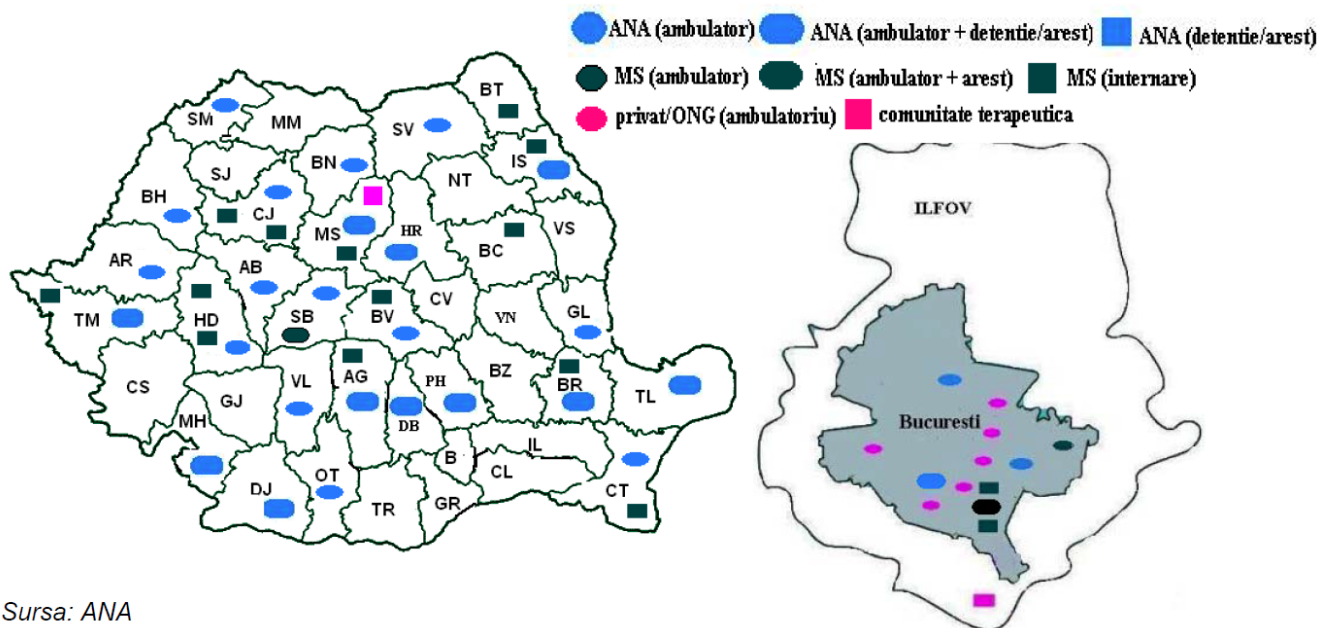
În 2013, 54 de centre au raportat acordarea de asistență consumatorilor de droguri ilicite și SNPP:

- 18 unități medicale ale Ministerului Sănătății, dintre care, în 15 se acordă servicii de dezintoxicare și asistență medicală și psihologică în regim de internare (3 din București și restul din județele: Argeș, Bacău, Brăila, Botoșani, Brașov, Constanța, Hunedoara, Iași, Mureș, Sibiu, Timiș), într-unul (din București) se acordă asistență în regim ambulator - asistență medicală, psihologică și socială și tratament substitutiv cu metadonă/ suboxonă/ naltrexonă pentru dependența de opiacee și în 2 (din Cluj-Napoca) se acordă servicii atât în regim ambulatoriu, cât și în regim de internare; în 2 unități medicale (din București și Sibiu) au fost acordate servicii beneficiarilor aflați în stare de detenție;
- 28 de centre ale Agenției Naționale Antidrog – în care se acordă asistență medicală, psihologică și socială în regim ambulatoriu, dintre care, 3 în București - servicii de asistență integrată în adicții,

inclusiv tratament substitutiv cu metadonă/ suboxonă/ naltrexonă pentru dependența de opiacee; din cele 28 de centre, 12 au acordat asistență persoanelor aflate în regim de detenție (arest/ penitenciar);

- 3 centre/cabinete private din București (ANIT - Asociația Națională de Intervenții în Toxicomanii, PSYMOTION și D&C Medical) - în care se acordă asistență integrată în adicții (inclusiv tratament substitutiv pentru dependența de opiacee), în regim ambulator;
- 3 centre administrate de organizația non-guvernamentală ARAS (Arena, Titan și Centrul de Sănătate) în București, în care se acordă servicii de asistență integrată în adicții (inclusiv tratament substitutiv pentru dependența de opiacee), în regim ambulator;
- 2 centre de tratament postcură (Fundația Bonus Pastor și Teen Challenge Romania).

Figura nr. 5: Distribuția teritorială a centrelor care au raportat acordarea de asistență consumatorilor de droguri ilicite și SNPP în funcție de tipul centrului, 2013



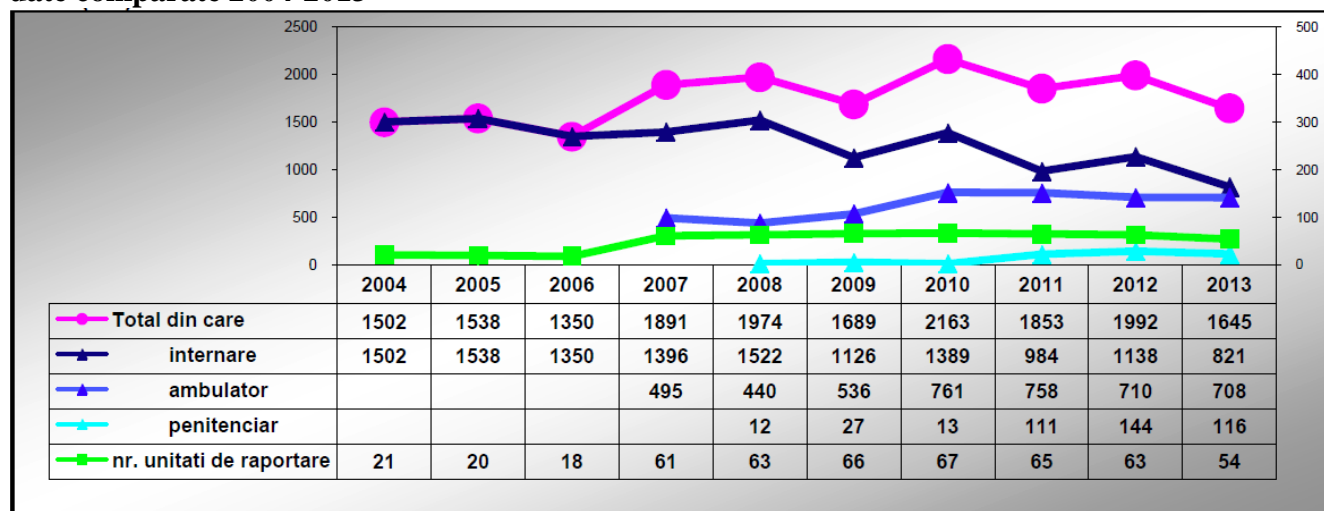
Sursa: ANA

În perioada 2011-2013, se constată o tendință de scădere a numărului de centre care au raportat acordarea de asistență consumatorilor de droguri ilicite/SNPP. Posibilele explicații pentru aceasta:

- stabilizarea fenomenului pe fondul diminuării consumului de SNPP;
- diminuarea resurselor disponibile, pe fondul crizei economice generale.

În privința numărului de persoane admise la tratament pentru consum de droguri ilicite și SNPP, în anul 2013, se constată o diminuare cu 17,4%, față de anul anterior. În ciuda acestei scăderi, valoarea înregistrată în 2013 pentru acest indicator rămâne mai mare cu 9,5% față de anul 2004.

Grafic nr. 9: Evoluția numărului de persoane care au primit tratament ca urmare a consumului de droguri ilicite și SNPP, în funcție de numărul și tipul unității de raportare, date comparate 2004-2013



Sursa: ANA

Este semnificativă, pentru anul 2013, scăderea numărului de cazuri tratate în regim de internare, comparativ cu anul anterior, și echilibrarea acestora cu numărul beneficiarilor asistați în ambulator (fără a considera pe cei care au primit tratament în regim privativ de libertate). Acest aspect poate fi pus pe seama:

- adoptării unor strategii de reducere a costurilor cu asistența, în contextul crizei economice, de către unitățile furnizoare de astfel de servicii;
- impactului noilor modificări privind legislația națională în domeniul sănătății publice și alocărilor financiare pentru programele naționale de sănătate;
- creșterii eficacității serviciilor și avansarea în atingerea obiectivelor terapeutice referitoare la reintegrarea socio-profesională a consumatorilor de droguri.

În anul 2013, 1529 de persoane au solicitat asistență în regim de internare și ambulatoriu, pentru consum de droguri ilicite și SNPP, dintre care:

- 821 au primit asistență în regim de internare și 708 – în regim ambulatoriu;
- 632 sunt persoane care nu au mai primit niciodată asistență (cazuri noi), iar 825 au mai fost admiși la tratament anterior (recădere).

Heroina (42,7%), substanțele noi cu proprietăți psihoactive - SNPP (18%) și canabisul (15,6%) reprezintă principalele tipuri de substanțe pentru care s-a solicitat asistență în anul 2013, cu precizarea că, deși heroina reprezintă drogul principal pentru care au fost cele mai multe solicitări de tratament, sunt diferențe semnificative între beneficiarii care au mai primit asistență și cazurile noi, ceea ce conturează o posibilă schimbare a modelului de consum.

Astfel, comparativ cu recidivele, în cazul cărora mai mult de jumătate din solicitările de asistență au fost pentru heroină (54,7%), SNPP (14,8%) și hipnoticele și sedativele (11,4%), pentru cazurile noi se conturează o mai mare diversificare a consumului, în funcție de tipul drogului principal:

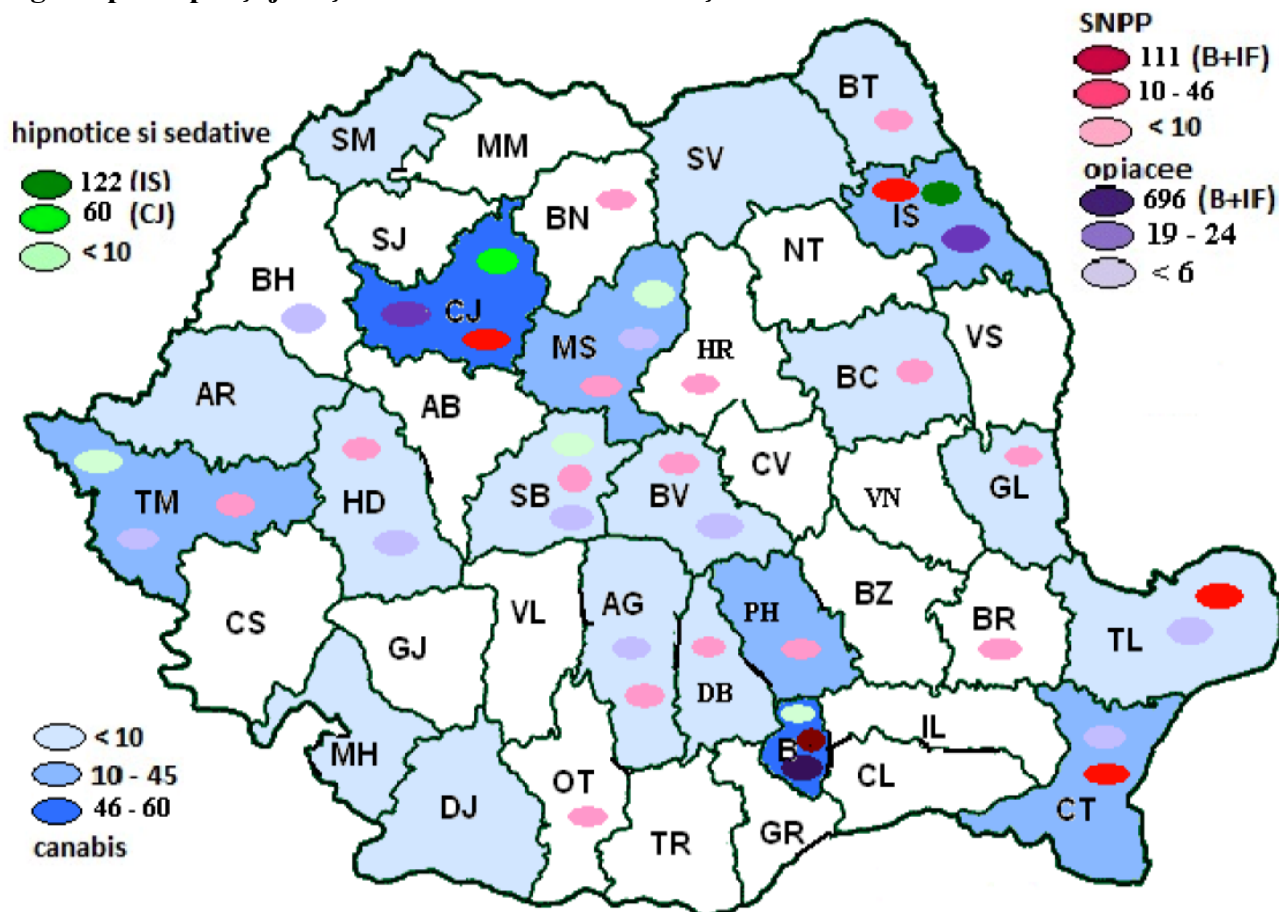
- proporții mai mari în cazul canabisului (o diferență de 17,8%) și SNPP (diferență de 8,6%) și
- proporții mai mici pentru opiacee (heroină – 24,6%, alte opiacee – 5%).

Distribuția teritorială a admitterilor la tratament, în funcție de drogul principal de consum, a fost următoarea:

- **canabis** – 21 de județe, cu cele mai mari valori în: Cluj (60 de persoane), București-Ilfov (46 de persoane), Mureș (33 de persoane), Iași (24 de persoane), Prahova (16 persoane) și Constanța (10 persoane);

- **SNPP** – 20 de județe, cele mai multe cazuri înregistrate în București-Ilfov (111 de persoane), Cluj (46 de persoane) și Constanța (29 persoane);
- **opioace** – 12 județe, cele mai multe cazuri înregistrate în București-Ilfov (696 de persoane);
- **hipnotice și sedative** – 8 județe, cele mai mari valori în Iași (122 de persoane) și Cluj (60 de persoane).

Figura nr. 6: Distribuția teritorială a admitterilor la tratament în 2013, în funcție de tipul drogului principal și județul unde s-a acordat asistență



Sursa: ANA

Analiza datelor indică următoarele:

- ca și în anii anteriori, consumul de cannabis este cel mai extins, din punct de vedere teritorial (21 de județe), dar cu valori relativ mici; cu valori similare cu cannabisul, problematic însă ca extindere, rămâne și consumul de SNPP (20 de județe);
- zona București-Ilfov înregistrează, în continuare, cel mai mare consum de opiacee și SNPP;
- județul Iași înregistrează cel mai mare număr de cazuri de hipnotice și sedative și un număr mediu de opiacee și SNPP, iar județul Cluj cel mai mare număr de cazuri de admitteri pentru consum de cannabis; deși la valori mai mici, se poate considera că există un consum diversificat și în județele Mureș, Sibiu și Timiș unde se înregistrează admitteri la tratament pentru mai multe tipuri de droguri: hipnotice și sedative, opiacee și SNPP;
- zonele cu cel mai mare risc (ca număr de cazuri înregistrate), ca și în anii anteriori, se conturează în jurul marilor centre universitare și/ sau județe de graniță: București, Iași, Cluj-Napoca, Sibiu, Târgu-Mureș, Timișoara și Constanța.

În privința vârstei beneficiarilor, s-au observat următoarele diferențe, în funcție de:

- tipul admiterii – comparativ cu recidivele, pentru cazurile noi se înregistrează o valoare mai mică, atât pentru cea mai mică vârstă de debut (8 față de 10 ani), cât și pentru cea mai frecventă vârstă și, implicit, media vârstei de admitere în asistență (25 față de 29 ani, respectiv 28,7 față de 33,2 ani);
- tipul drogului principal de consum – deși cele mai mici valori pentru minimul vârstei de debut ca și de admitere în asistență sunt pentru SNPP și opiacee (8 ani, respectiv 12 ani), similar anilor anteriori, pentru inhalante se înregistrează cele mai mici valori, atât pentru media vârstei de debut, cât și de admitere în asistență (18,5 ani, respectiv 22,2 ani) sau pentru cea mai frecventă valoare (14 ani, respectiv 20 de ani); valorile cele mai mari se înregistrează pentru hipnotice și sedative.

În funcție de calea de administrare a drogului principal, în anul de referință predomină consumul pe cale injectabilă, acest tip de consum este mai frecvent în cazul beneficiarilor care au mai fost în asistență, majoritatea consumatori de opiacee. Comparând beneficiarii care au solicitat pentru prima dată asistență cu cei care au mai solicitat tratament, se observă:

- pentru cazurile noi - o proporție mai mică pentru consum pe cale injectabilă, situație influențată și de tipul drogului principal consumat: 25,3% - cannabis, 23,4% - SNPP și doar 30,1% - heroină (față de 7,5% cannabis; 14,8% - SNPP și 54,7% - heroină pentru recidive);
- pentru recidive - drogul principal consumat este cannabis în 7,5% din cazuri, SNPP în 14,8% din cazuri și heroină în 54,7% din cazuri .

În funcție de sex, se observă următoarele:

- cei mai mulți dintre beneficiari sunt de sex masculin (raportul M/F este 3,2); pentru ambele categorii de beneficiari s-a înregistrat o proporție mai mare pentru recidive și predomină solicitările de asistență pentru consum de opiacee;
- pentru beneficiarii de sex masculin, s-au înregistrat: o mai mare diversitate pentru drogul principal, o proporție mai mare de admitere la asistență pentru SNPP și cannabis și o valoare mai mică pentru vârsta minimă de debut (8 ani) și de admitere la tratament (12 ani); cei mai mulți dintre beneficiari au debutat în consum la 17 ani și au solicitat asistență, în medie, după aproximativ 6 ani de consum; predomină administrarea injectabilă și consumul zilnic;
- pentru beneficiarii de sex feminin, s-a înregistrat o proporție mai mare de admiteri în asistență pentru consumul de hipnotice și sedative; cele mai multe au debutat în consum la 15 ani și au solicitat asistență, în medie, după aproximativ 5 ani de consum; predomină administrarea orală și consumul zilnic.

II. CONSUMUL DE DROGURI ÎN EUROPA

Raportul anual al Observatorului European pentru Droguri și Toxicomanii (OEDT) pentru anul 2013 privind situația drogurilor în Europa se bazează pe informațiile furnizate Observatorului European pentru Droguri și Toxicomanie sub forma rapoartelor naționale elaborate de statele membre ale UE, de țara candidată, Turcia, și de Norvegia. Datele statistice prezentate se referă la anul 2012 sau, la ultimul an pentru care există date.

Constatările principale ale noii analize efectuate de Observatorul European pentru Droguri și Toxicomanii privind problema drogurilor în Europa sunt în concordanță cu raportul din anul 2013: situația globală este în general stabilă, cu semnale pozitive în anumite zone, însă apar în continuare provocări noi.

Vechea dihotomie dintre un număr relativ redus de consumatori foarte problematici de droguri, deseori consumate prin injectare, și un număr mai mare de consumatori de droguri recreaționale și de consumatori experimentali începe să dispară, fiind înlocuită de o situație mai nuanțată și mai complexă. În ceea ce privește problema actuală a drogurilor în Europa, heroină joacă un rol mai puțin important decât în trecut, iar drogurile stimulente, cele sintetice, canabisul și medicamentele dobândesc o importanță din ce în ce mai mare.

Scurtă prezentare a estimărilor privind consumul de droguri în Uniunea Europeană

Canabis

- 73,6 milioane sau 21,7% dintre adulți (15-64 de ani) au consumat canabis pe parcursul vieții
- 18,1 milioane sau 5,3% dintre adulți (15-64 de ani) au consumat canabis în ultimul an
- 14,6 milioane sau 11,2% dintre tinerii adulți (15-34 de ani) au consumat canabis în ultimul an
- 0,4% și 18,5% – procentul minim și cel maxim estimate la nivel național cu privire la consumul de canabis din ultimul an în rândul tinerilor adulți

Cocaină

- 14,1 milioane sau 4,2% dintre adulți (15-64 de ani) au consumat cocaină pe parcursul vieții
- 3,1 milioane sau 0,9% dintre adulți (15-64 de ani) au consumat cocaină în ultimul an
- 2,2 milioane sau 1,7% dintre tinerii adulți (15-34 de ani) au consumat cocaină în ultimul an
- 0,2% și 3,6% – procentul minim și cel maxim estimate la nivel național cu privire la consumul de cocaină din ultimul an în rândul tinerilor adulți

Amfetamine

- 11,4 milioane sau 3,4% dintre adulți (15-64 de ani) au consumat amfetamine pe parcursul vieții
- 1,5 milioane sau 0,4% dintre adulți (15-64 de ani) au consumat amfetamine în ultimul an
- 1,2 milioane sau 0,9% dintre tinerii adulți (15-34 de ani) au consumat amfetamine în ultimul an
- 0,0% și 2,5% – procente minim și maxim estimate la nivel național cu privire la consumul de amfetamine din ultimul an în rândul tinerilor adulți

Ecstasy

- 10,6 milioane sau 3,1% dintre adulți (15-64 de ani) au consumat ecstasy pe parcursul vieții
- 1,6 milioane sau 0,5% dintre adulți (15-64 de ani) au consumat ecstasy în ultimul an
- 1,3 milioane sau 1,0% dintre tinerii adulți (15-34 de ani) au consumat ecstasy în ultimul an

- 0,1% și 3,1% – procentul minim și cel maxim estimate la nivel național cu privire la consumul de ecstasy din ultimul an în rândul tinerilor adulți

Opioide

- 1,3 milioane de consumatori problematici de opioide (15-64 de ani)
- 3,5% din totalul deceselor în rândul europenilor cu vârsta cuprinsă între 15 și 39 de ani sunt cauzate de supradoze de droguri
- Opioidele se regăsesc în aproape trei sferturi din cazurile de supradoze letale
- Principalul drog menționat în aproximativ 45% dintre cererile de tratament pentru consumul de droguri din Uniunea Europeană
- 700 000 de consumatori de opioide au primit tratament de substituție în 2012.

CONSUMUL DE DROGURI ȘI PROBLEMELE LEGATE DE DROGURI

Termenul „consum de droguri” se referă la mai multe modele diferite de consum, care variază de la consumul experimental, singular, la consumul regulat și dependent. Diferitele modele de consum sunt asociate cu niveluri diferite ale riscurilor și efectelor negative. În ansamblu, riscurile la care va fi expusă o persoană prin consumul de droguri vor fi influențate de mai mulți factori, printre care: contextul în care se consumă drogurile, doza consumată, calea de administrare, consumul simultan al altor substanțe, numărul și durata episoadelor de consum al drogurilor și vulnerabilitatea individuală.

Peste 80 de milioane de europeni au consumat un drog ilegal

Se estimează că aproape un sfert din populația adultă din Uniunea Europeană, respectiv peste 80 de milioane de adulți, au consumat droguri ilegale într-un anumit moment din viața lor. În majoritatea cazurilor, aceștia au consumat cannabis (73,6 milioane), estimările consumului de alte droguri pe durata vieții fiind mai scăzute: cocaină (14,1 milioane), amfetamină (11,4 milioane) și ecstasy (10,6 milioane). Nivelurile de consum de-a lungul vieții variază considerabil între țări, de la aproximativ o treime din adulți în Danemarca, Franța și Regatul Unit la mai puțin de unul din zece în Bulgaria, Grecia, Cipru, Ungaria, Portugalia, România și Turcia.

Consumul de droguri în rândul elevilor

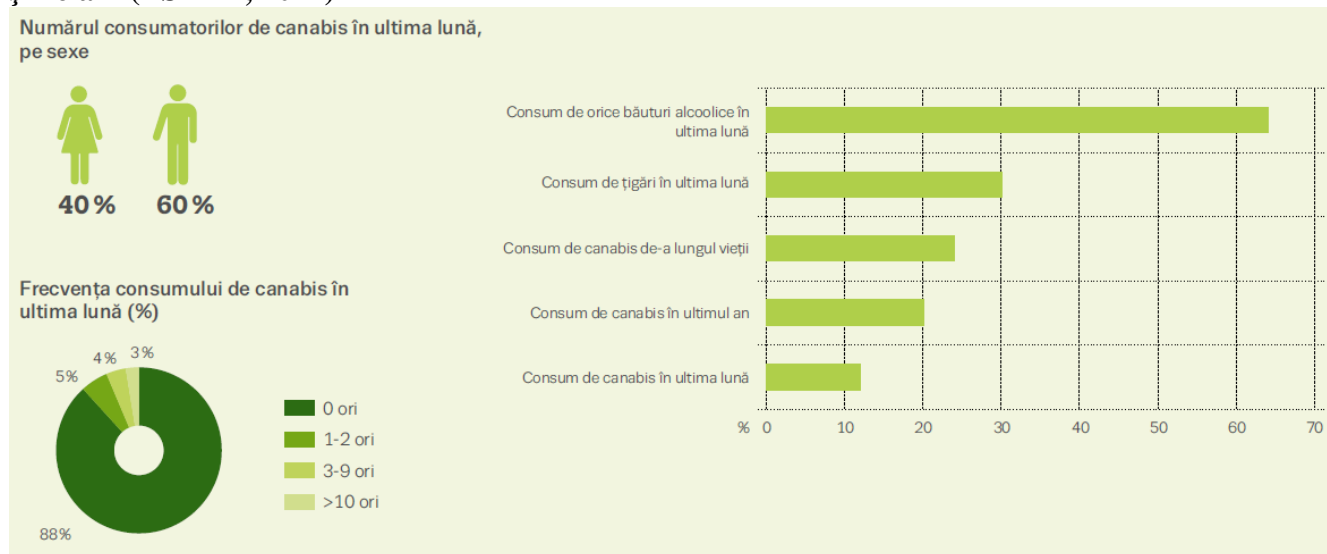
Monitorizarea consumului de substanțe în rândul elevilor oferă o perspectivă importantă asupra comportamentelor de risc actuale ale tinerilor și un indiciu pentru eventualele tendințe viitoare. În Europa, studiul ESPAD reprezintă o resursă valoroasă pentru urmărirea în timp a tendințelor în ceea ce privește consumul de substanțe în rândul elevilor de 15-16 ani. Conform datelor de ultimă oră, începând din 2011, se estimează că unul din patru adolescenți în vârstă de 15-16 ani a consumat cel puțin o dată un drog ilegal, cu toate că prevalențele variază considerabil între țări. Cannabisul reprezintă cea mai mare parte a consumului de droguri ilegale în acest grup, 24% dintre acești adolescenți declară cel puțin un consum pe durata vieții, 20% un consum în ultimul an, iar 12% un consum în luna anterioară sondajului. Comparativ cu fetele, probabilitatea de consum de cannabis în ultima lună în rândul băieților a fost de 1,5 ori mai mare.

Mulți dintre cei care au consumat cannabis au declarat că au folosit drogul doar o dată sau de două ori. Un număr mic de elevi au raportat, însă, modele de consum mai intensiv, circa 2% din elevi declară că au consumat drogul de mai mult de 10 ori în decursul lunii anterioare sondajului. Prevalența consumului altor droguri ilegale în afară de cannabis este mult mai mică, cu toate că în câteva țări consumul de ecstasy și amfetamine este mai important. În ansamblu, circa 7% dintre elevi raportează consumul a mai mult de un drog ilegal de-a lungul vieții. ESPAD raportează și consumul de alcool și tutun. Ambele substanțe au fost consumate mai frecvent decât cannabisul, iar cei care au consumat cannabis au fost mai înclinați să consume în mod regulat alcool și tutun. În luna

anterioară sondajului, 19% dintre elevi au declarat că fumează una sau mai multe țigări pe zi, iar 4% că fumează peste 10 țigări pe zi.

Aproape două treimi din elevi declară că au băut alcool cel puțin o dată în ultima lună, iar 20% au ajuns în stare de ebrietate cel puțin o dată în această perioadă.

Grafic nr. 10: Consumul de substanțe în rândul elevilor europeni cu vârsta cuprinsă între 15 și 16 ani (ESPAD, 2011)



Canabisul

În general, cannabisul se fumează, iar în Europa este amestecat cu tutunul. Modelele de consum de cannabis variază de la consumul ocazional sau experimental la consumul regulat și dependent, problemele legate de cannabis sunt asociate cu consumul mai frecvent și în doze mai mari.

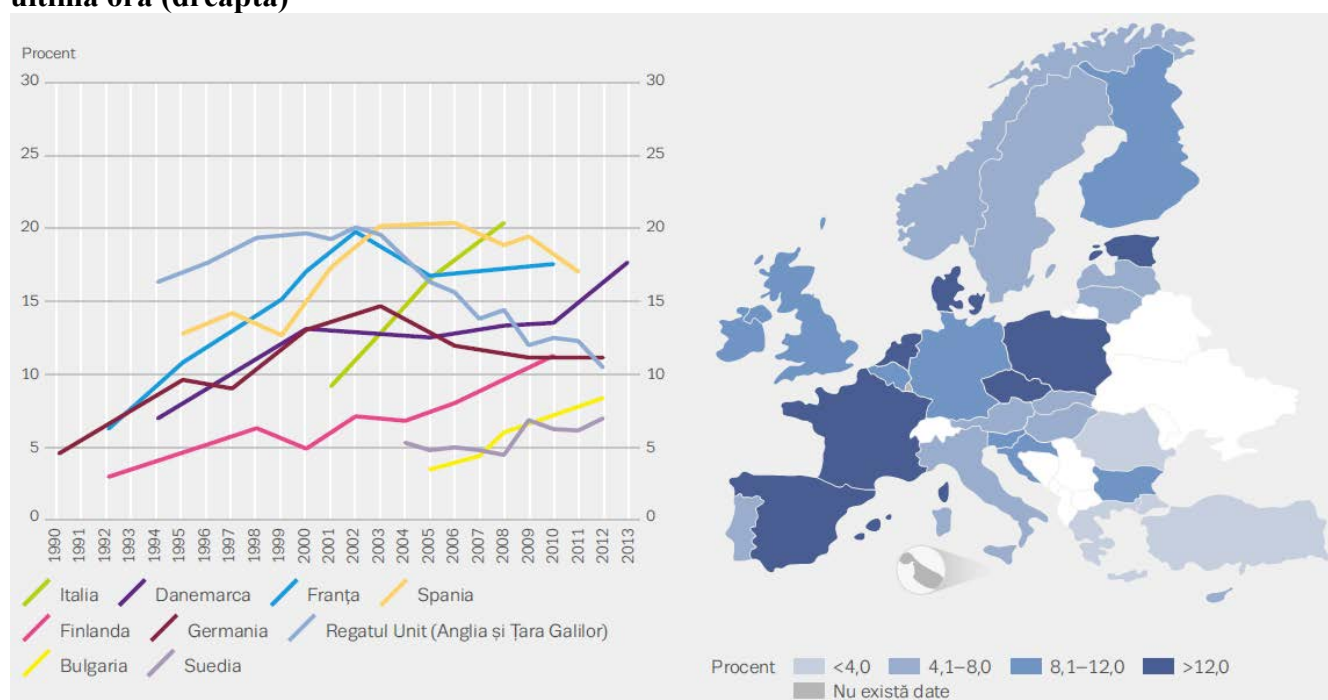
Canabisul este drogul ilegal cel mai consumat de toate grupele de vârstă. Se estimează că 14,6 milioane de tineri europeni (cu vârste cuprinse între 15 și 34 de ani), reprezentând 11,2% din această grupă de vârstă, au consumat cannabis în ultimul an, 8,5 milioane dintre aceștia cu vârste între 15 și 24 de ani (13,9%).

Consumul de cannabis este, în general, mai mare în rândul bărbaților, iar această diferență este accentuată, de obicei, la modelele de consum mai intensiv sau regulat. Tendințele actuale ale consumului sunt divergente, aspect ilustrat de faptul că opt din țările care au participat la sondaje noi după 2011 au raportat scăderi, iar cinci au raportat creșteri ale prevalenței din ultimul an. Doar un număr mic de sondaje naționale raportează în prezent consumul de agoniști ai receptorilor de canabinoizi sintetici, cu prevalențe aferente mici.

În Danemarca, Finlanda și Suedia, se pot observa tendințe crescătoare pentru consumul de cannabis în ultimul an în rândul tinerilor adulți, deși la niveluri diferite de prevalență. În schimb, ratele de prevalență din Norvegia au rămas relativ stabile. Germania, Franța și Regatul Unit au înregistrat fie o tendință de stabilizare, fie una descendentă în ceea ce privește consumul în ultimul deceniu, deși înregistraseră creșteri înainte de această perioadă. Si Spania a raportat o prevalență mai scăzută în ultimii zece ani. Împreună, aceste patru țări reprezintă aproape jumătate din populația UE. Bulgaria și Italia, țări cu serii de timp mai scurte, înregistrează tendințe ascendente.

Mai recent, Italia a raportat prevalențe mai scăzute, din cauza unor unele probleme metodologice, sondajele nefiind direct comparabile.

Grafic nr. 11: Prevalența în ultimul an a consumului de canabis în rândul tinerilor adulți (15-34 de ani): țări cu tendințe semnificative din punct de vedere statistic (stânga) și date de ultimă oră (dreapta)



Un număr mic de consumatori de canabis consumă intensiv substanța. Consumul zilnic sau aproape zilnic de canabis este definit ca fiind consumul timp de 20 de zile sau mai multe în ultima lună. Pe baza acestor criterii, se estimează că aproape 1% din adulții europeni consumă canabis zilnic sau aproape zilnic. Peste două treimi din cei care consumă canabis zilnic sau aproape zilnic au vârste între 15 și 34 de ani, iar din această grupă de vârstă, peste trei sferturi sunt bărbați. Dintre țările care furnizează date, procentul estimat al tinerilor adulți (15-34 de ani) care consumă canabis zilnic sau aproape zilnic variază între 0,1% în Slovacia și 4,4% în Spania.

În 2012, canabisul a fost drogul raportat cel mai frecvent ca motiv principal de inițiere a unui tratament pentru consumul de droguri de către consumatorii care se adresează serviciilor de tratament pentru prima dată. Cu o creștere de la 45.000 la 61.000 de persoane între 2006 și 2011, numărul total al consumatorilor care încep tratamentul pentru prima dată s-a stabilizat în 2012 (59.000 de pacienți). Canabisul a fost al doilea dintre drogurile raportate cel mai frecvent de consumatorii care au apelat la tratament în 2012 (110.000 pacienți).

Cu toate acestea, se poate observa o diversitate considerabilă la nivel național, 2% din numărul total al consumatorilor care au solicitat tratament raportează consumul de canabis ca drog principal în Bulgaria, până la 66% în Ungaria. Această eterogenitate poate fi explicată prin deosebirile în ceea ce privește practicile de referire către tratamentul specializat, legislația, tipul de servicii de tratament disponibile și nivelurile de prevalență naționale.

Pentru categoria de vârstă de 15-64 ani, România se numără printre țările cu cea mai scăzută prevalență pe parcursul întregii vieți. Țara noastră are o prevalență de 1,6% și se află pe ultimele locuri alături de Turcia (0,7%), Malta (3,5%) și Bulgaria (7,5%). În fruntea listei se află Danemarca (35,6%), Franța (32,1%), Regatul Unit (30%) și Republica Cehă (27,9%). România are prevalențe scăzute de 0,6% la grupa de vârstă 15-34 ani (în ultimele 12 luni), și de 7% la 15-16 ani (de-a lungul vieții).

Droguri stimulente ilegale

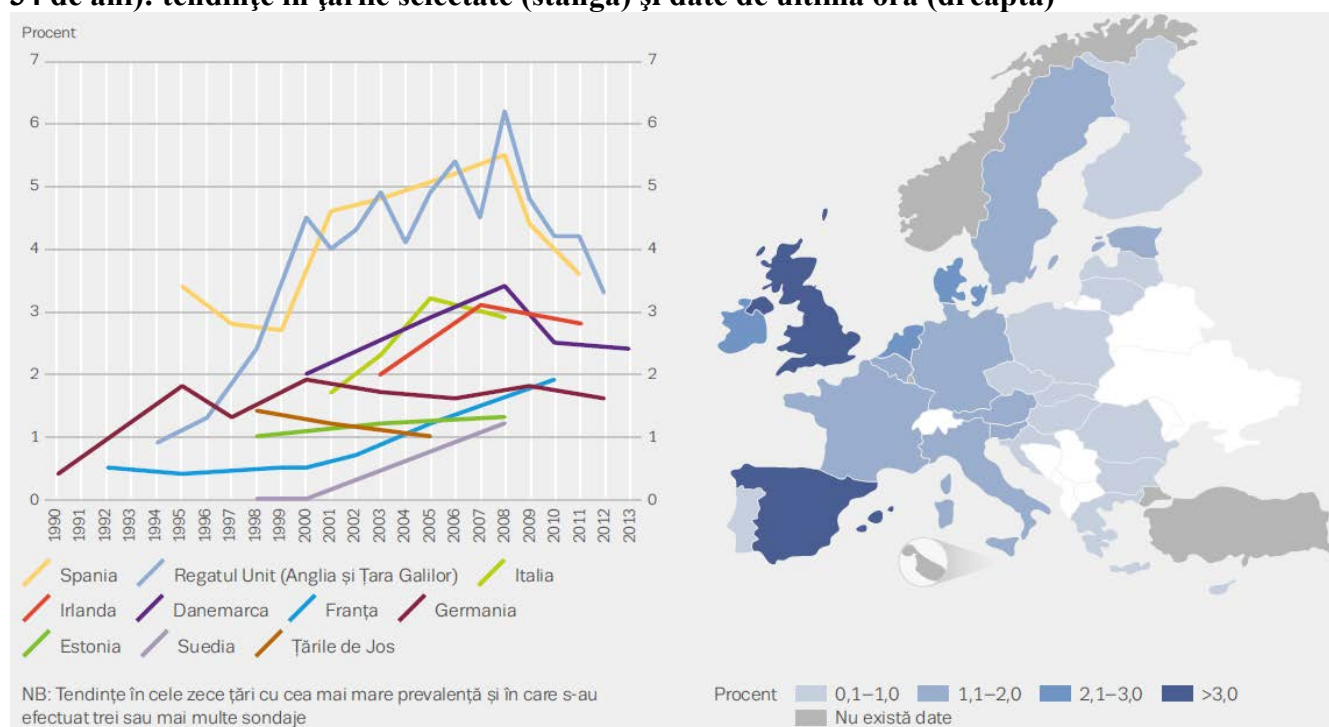
Cocaina, amfetaminele și ecstasy sunt cele mai consumate droguri stimulente în Europa, în timp ce unele substanțe mai puțin cunoscute, printre care piperazinele (de exemplu BZP, benzilpiperazina) și catinonele sintetice (de exemplu mefedrona și MDPV), pot fi consumate ilegal pentru efectele lor stimulente. Nivelurile mari ale consumului de droguri stimulente tind să fie asociate cu contexte specifice de club, muzică și viață de noapte, în cadrul cărora aceste droguri sunt consumate deseori în combinație cu alcoolul.

Cocaina este mai răspândită în sudul și vestul Europei, amfetaminele în țările din centrul și nordul Europei, în timp ce ecstasy – deși la prevalențe scăzute – în țările din sudul și estul Europei.

Cocaina: prevalența continuă să scadă

Cocaina este cel mai consumat drog stimulent ilegal în Europa, deși majoritatea consumatorilor se află într-un număr restrâns de țări. Se estimează că circa 2,2 milioane de tineri adulți cu vârste între 15 și 34 de ani (1,7% din această grupă de vârstă) au consumat cocaină în ultimul an.

Grafic nr. 12: Prevalența în ultimul an a consumului de cocaină în rândul tinerilor adulți (15-34 de ani): tendințe în țările selectate (stânga) și date de ultimă oră (dreapta)



Având în vedere tendințele pe termen mai lung în ceea ce privește consumul de cocaină pentru Danemarca, Spania și Regatul Unit, țări care au raportat rate de prevalență relativ mari, se pot observa scăderi după înregistrarea unei valori de vârf în 2008.

Majoritatea celorlalte țări prezintă tendințe de stabilizare sau descendente.

O reducere a consumului de cocaină se poate observa și în datele de ultimă oră; 11 din 12 țări în care s-au efectuat sondaje între 2011 și 2013 au raportat scăderea prevalenței.

Pentru categoria de vârstă de 15-64 ani, România se numără printre țările cu cea mai scăzută prevalență pe parcursul întregii vieți. Țara noastră are o prevalență de 0,3%, urmată de Malta (0,4%), Slovacia (0,6%) și Grecia (0,7%). În fruntea listei se află Regatul Unit (9%), Spania (8,8%) și Irlanda (6,8%).

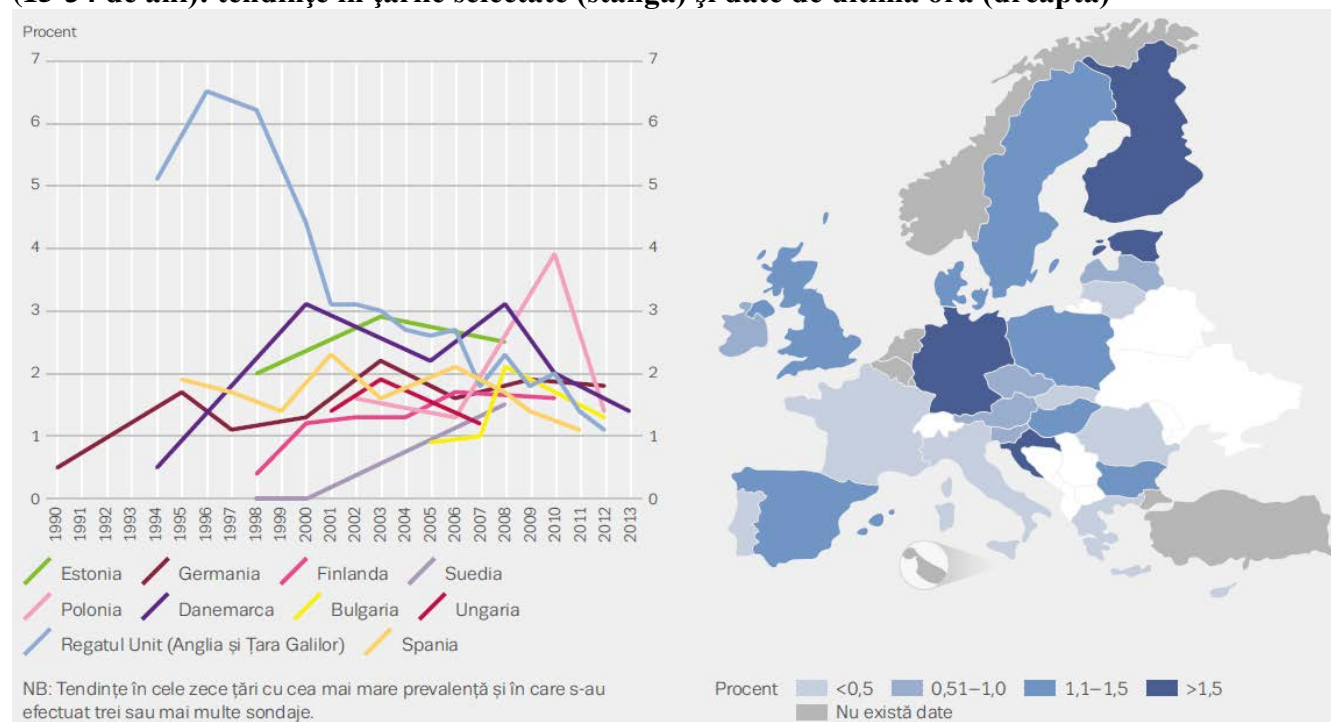
România are o prevalență scăzută de 0,2% la categoria de vârstă de 15-34 ani (în ultimele 12 luni), iar la categoria 15-16 ani (de-a lungul vieții), prevalență este 2%.

Amfetaminele: consumul scade, dar riscurile asupra sănătății persistă

Amfetamina și metamfetamina, două substanțe stimulente foarte apropiate, sunt ambele consumate în Europa, dar amfetamina este mai disponibilă. Consumul de metamfetamină a fost limitat din punct de vedere istoric la Republica Cehă și, mai recent, la Slovacia, deși această situație este acum în curs de schimbare.

Ambele droguri pot fi administrate oral sau inhalate; în plus, injectarea este relativ frecventă în rândul consumatorilor problematici din unele țări. Metamfetamina poate fi și fumată, dar această cale de administrare a fost raportată abia recent în Europa.

Grafic nr. 13: Prevalența în ultimul an a consumului de amfetamine în rândul tinerilor adulți (15-34 de ani): tendințe în țările selectate (stânga) și date de ultimă oră (dreapta)



Un număr estimat de 1,2 milioane (0,9%) de tineri adulți (din grupa de vârstă 15-34 de ani) au consumat amfetamine în ultimul an. Între 2007 și 2012, estimările anuale privind prevalența consumului în rândul tinerilor adulți au rămas la un nivel relativ scăzut și stabil în majoritatea țărilor europene, cu prevalențe de cel mult 2,5% în toate țările raportoare. Dintre cele 12 țări în care s-au efectuat sondaje în 2011, 11 au raportat prevalențe în scădere ale consumului de amfetamină.

Pentru categoria de vârstă de 15-64 ani, România se numără printre țările cu cea mai scăzută prevalență pe parcursul întregii vieți, având o prevalență de 0,1%, la fel ca Grecia, fiind urmate de Turcia (0,3%), Malta (0,4%) și Portugalia, Suedia, Slovacia (0,5%).

Țările cu cea mai ridicată prevalență pentru acest drog sunt: Regatul Unit (10,6%), Danemarca (6,6%), Suedia (5%) și Irlanda (4,5%).

La categoria de vârstă 15-16 ani (de-a lungul vieții), România are o prevalență de 2%; prevalența maximă se înregistrează în Bulgaria și Ungaria (6%).

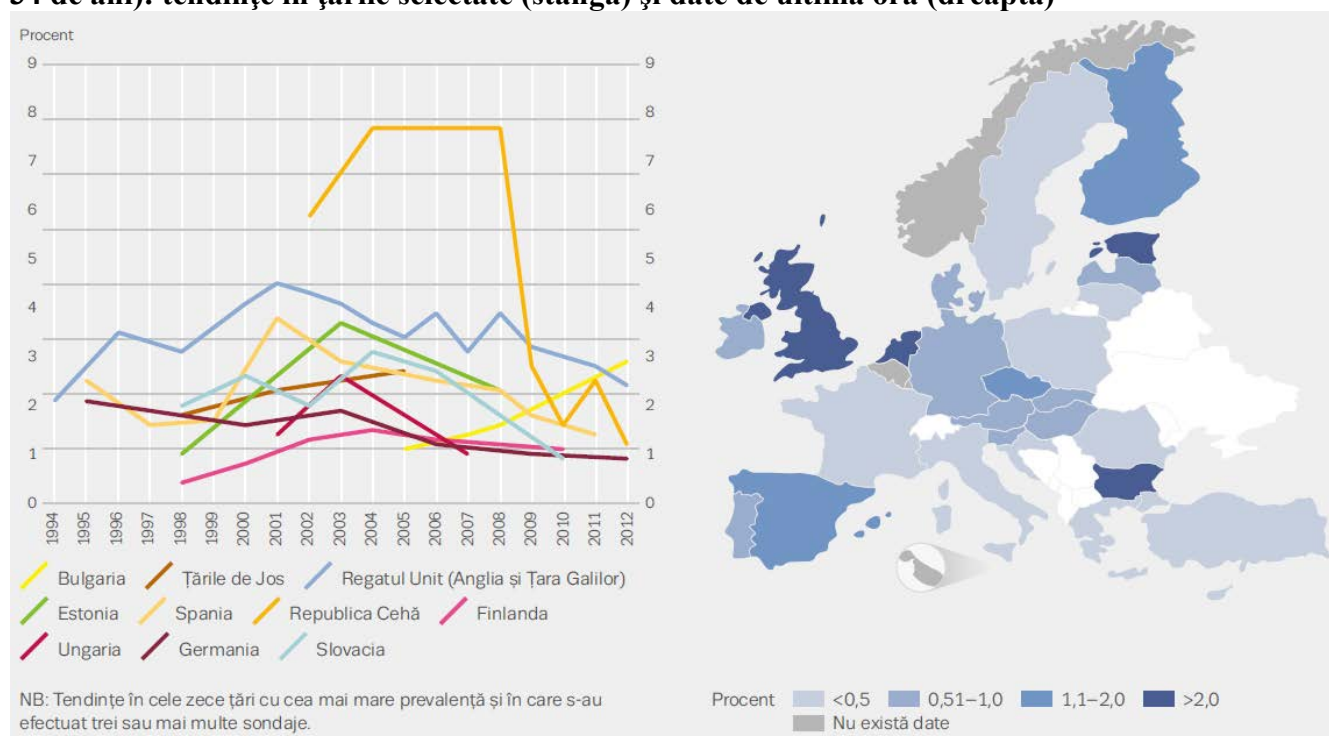
Consumul de ecstasy: tendințe descendente și de stabilizare în rândul populației generale

Se estimează că 1,3 milioane de tineri adulți (15-34 de ani) au consumat ecstasy în ultimul an (1,0% din această grupă de vârstă), estimările la nivel național variază între mai puțin de 0,1% și 3,1%. În Europa, consumul acestui drog a atins niveluri record între începutul și jumătatea anilor 2000, înainte de a scădea.

Între anii 2007 și 2012, majoritatea țărilor au raportat tendințe de stabilizare sau scădere a consumului de ecstasy. Cu excepția Bulgariei, care înregistrează o evoluție ascendentă a prevalenței

începând cu 2005, această scădere continuă să fie evidentă pentru cele 12 țări în care s-au realizat sondaje din 2011 până în prezent.

Grafic nr. 14: Prevalența în ultimul an a consumului de ecstasy în rândul tinerilor adulți (15-34 de ani): tendințe în țările selectate (stânga) și date de ultimă oră (dreapta)



Pentru categoria 15-64 de ani (consum de-a lungul vieții), clasamentul țărilor cu prevalența cea mai mică este: Turcia (0,1%), Grecia (0,4%), România și Malta (0,7%) și Cipru (0,9%). În fruntea listei se află Regatul Unit cu 8,3%, Irlanda cu 6,9%, și Țările de Jos cu 6,2%.

La categoria de vârstă de 15-34 de ani (în ultimele 12 luni), pe ultimul loc se situează Turcia și Italia, cu o prevalență de 0,1%, urmate de Suedia cu 0,2%, Polonia, Cipru, Lituania cu 0,3%, România și Franța cu 0,4%. Pozițiile fruntașe sunt ocupate de Țările de Jos cu 3,1%, Bulgaria cu 2,9% și Regatul Unit cu 2,4%.

La categoria de vârstă 15-16 ani (de-a lungul vieții), România are o prevalență de 2%.

Opioide

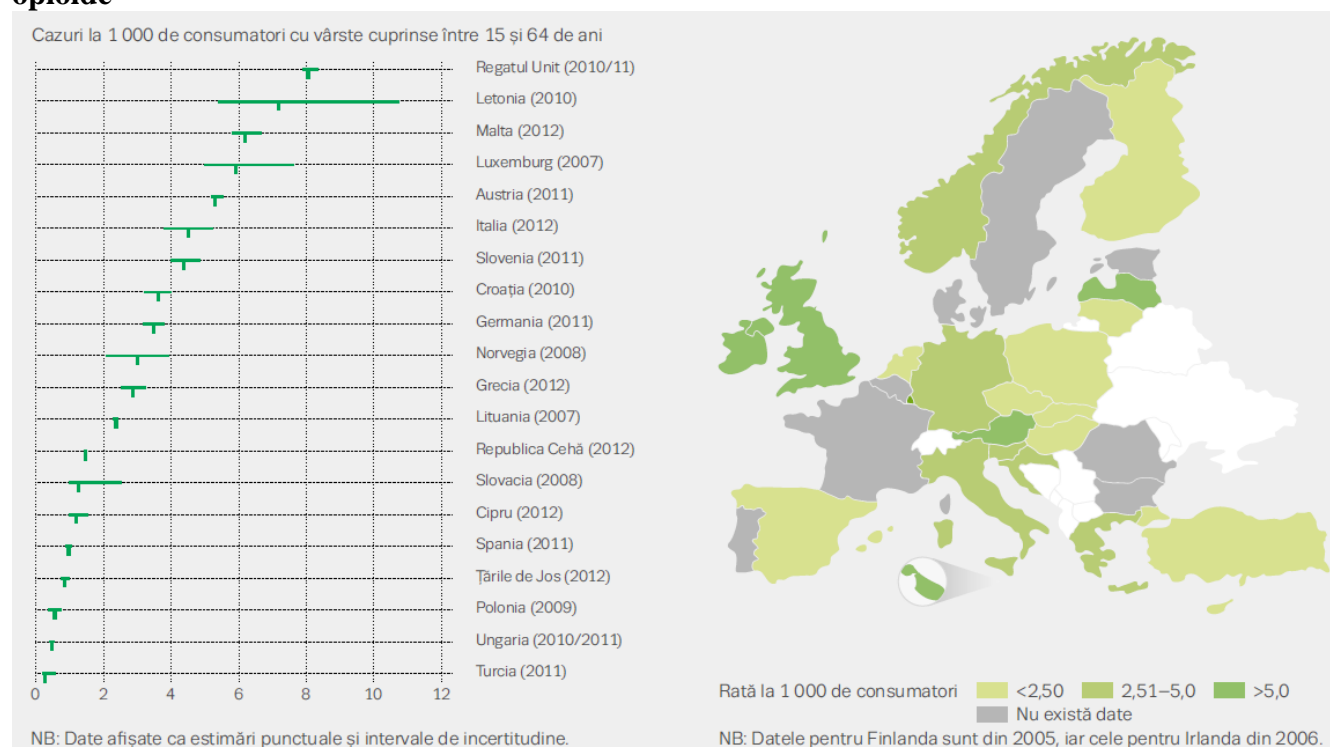
Consumul ilegal de opioide rămâne responsabil pentru o rată disproporționat de mare a mortalității și morbidității prin consum de droguri în Europa. Principalul opioid consumat în Europa este **heroina**, care poate fi fumată, inhalată sau injectată. O serie de alte opioide sintetice, precum buprenorfina, metadona și fentanilul sunt, de asemenea, disponibile pe piața ilegală. Consumul de opioide tinde să atingă nivelurile cele mai ridicate în grupurile marginalizate din zonele urbane.

Europa a asistat la etape diferite de dependență de heroină, prima de la jumătatea anilor 1970 în multe țări din vestul Europei, o a doua etapă în centrul și estul Europei între jumătatea și sfârșitul anilor 1990. Deși tendințele au variat în ultimul deceniu, în ansamblu, numărul noilor consumatori de heroină pare să înregistreze o scădere.

Prevalența anuală medie a consumului problematic de opioide în rândul adulților (15-64 de ani) este estimată la 0,4%, ceea ce înseamnă 1,3 milioane de consumatori problematici de opioide în Europa

în 2012. La nivel național, estimările prevalenței consumului de opioide variază între mai puțin de unul și aproximativ opt cazuri la 1000 de consumatori cu vârste cuprinse între 15 și 64 de ani.

Grafic nr. 15: Estimări naționale ale prevalenței din ultimul an a consumului problematic de opioide



Consumatorii de opioide, în principal de heroină, ca drog primar reprezintă 46% din numărul total al consumatorilor de droguri care au apelat la tratament specializat în 2012 în Europa (180 000 de consumatori) și aproximativ 26% dintre consumatorii care au început tratamentul pentru prima dată. Numărul total de noi consumatori de heroină este în scădere în Europa, cu reducere aproape la jumătate de la un număr record de 59 000 în 2007 la 31 000 în 2012. În ansamblu, se pare că numărul consumatorilor noi de heroină a scăzut și influențează în prezent cererea de tratament.

Alte opioide decât heroina: din ce în ce mai îngrijorătoare

În anul 2012, în majoritatea țărilor europene (17), mai mult de 10% din consumatorii de opioide care au început pentru prima dată un tratament specializat consumau alte opioide decât heroina. Printre aceste opioide se numărau metadona, buprenorfina și fentanilul. În unele țări, aceste droguri reprezintă în prezent cele mai comune tipuri de opioide consumate. În Estonia, majoritatea consumatorilor de opioide admiși la tratament au consumat ilegal fentanil, în timp ce în Finlanda s-a raportat că majoritatea consumatorilor de opioide sunt consumatori de buprenorfina ca drog principal.

Substanțe psihoactive noi

Viteza cu care substanțele aflate sub control au fost înlocuite, în ultima vreme, cu substanțe noi, precum și diversitatea produselor disponibile, reprezintă provocări majore pentru legislatorii europeni.

La nivel național, aceste provocări au determinat o serie de răspunsuri juridice inovatoare în rândul țărilor europene. În general, se pot identifica trei tipuri de răspunsuri. În primul rând, țările pot să folosească legile existente care reglementează aspecte ce nu țin de drogurile aflate sub control, precum legislația referitoare la siguranța consumatorului sau la controlul medicamentelor: în Polonia, peste 1000 de puncte de vânzare cu amănuntul au fost închise într-un singur weekend în anul 2010, s-a apelat la competențele existente în domeniul protecției sănătății. În al doilea rând, țările își pot extinde sau adapta legile sau procesele existente în domeniul drogurilor: în anul 2011, în Regatul Unit au fost introduse ordine privind drogurile supuse controlului temporar pentru a controla oferta pe perioada examinării riscurilor pentru sănătate. În al treilea rând, țările pot să conceapă noi legi: în anul 2013, Portugalia și Slovacia au introdus în mod special legi, pentru a pune capăt vânzării neautorizate a unor substanțe noi.

Acest domeniu legislativ aflat într-o schimbare rapidă continuă să se dezvolte. De curând, Polonia și România au consolidat legislația existentă prin introducerea unor legi noi concepute în mod special pentru acest domeniu; în prezent, cele două legislații sunt folosite în paralel. În anul 2012, Cipru a reformulat definițiile generice pentru a cuprinde substanțe ce nu erau incluse în definițiile actuale, iar în același an Țările de Jos au respins definițiile generice deoarece nu erau suficient de specifice.

În cadrul acestor răspunsuri diferite, există o varietate largă în ceea ce privește criteriile de generare a unui răspuns legislativ și sancțiunile pentru neconformitate. Cu toate acestea, se pare că țările manifestă tendința de a sancționa cu precădere infracțiunile legate de oferta de droguri și nu infracțiunile legate de posesie în scopul consumului propriu.

III. CONSUMUL DE DROGURI LA NIVEL MONDIAL

La nivel global, se estimează că în anul 2012, aproximativ 243 de milioane de persoane (între 162 milioane și 324 milioane), altfel spus 5,2% (între 3,5-7,0%) din populația lumii în vârstă de 15-64 ani, au folosit un drog ilegal - în special o substanță care face parte din grupul canabis, opiacee, cocaina sau stimulente de tip amfetaminic (ATS) - cel puțin o dată în cursul anului precedent. Chiar dacă nivelul de consum al drogurilor ilegale în rândul bărbaților și femeilor diferă, de la o țară la alta și în ceea ce privește substanțele utilizate, în general, probabilitatea ca bărbații să fi consumat o substanță ilicită este de două-trei ori mai mare față de femei.

Deși există diferite tendințe regionale ale nivelului de utilizare a drogurilor ilicite, prevalența globală a consumului de droguri se consideră a fi stabilă.

În mod similar, nivelul consumului problematic de droguri la consumatorii obișnuiți și cei cu tulburări cauzate de consumul de droguri sau dependență rămâne stabil, la aproximativ 27 de milioane de persoane (între 16 milioane și 39 milioane).

Opiacee

Consumul în ultimul an de opiacee, inclusiv heroină și analgezice pe bază de prescripție medicală, este estimat a fi între 28,6 și 38 de milioane de persoane la nivel global.

Comparativ cu prevalența medie globală de 0,7%, consumul de opiacee rămâne ridicat în America de Nord și Oceania, cu rate de prevalență de 4,3%, respectiv 3%.

Consumul de opiacee a crescut la nivel global pe parcursul anului trecut, o creștere importantă a fost observată în Statele Unite. Deși nu sunt disponibile estimări recente și fiabile pentru Asia și Africa, mai mulți experți din aceste regiuni observă o creștere a consumului de opiacee.

Cu toate acestea, consumul de opiacee (heroină și opiu), a rămas stabil în ultimul an la nivel global, cu 12,8 milioane până la 20,2 milioane de consumatori.

Consumul de opiacee la nivel mult mai ridicat decât media globală de 0,4% rămâne în Asia de Sud-Vest (1,21%), Europa de Est și de Sud-Est (0,82%), Asia Centrală și Transcaucazia (0,81%).

Cocaina

Consumul de cocaină a rămas stabil în anul 2012, cu un număr estimat de 14-21 de milioane de consumatori la nivel global, în ultimul an (prevalență anuală 0,4%). Consumul de cocaină a rămas ridicat în America de Nord și de Sud (rate anuale de prevalență 1,8%, respectiv 1,2%), Oceania (1,5%) și Europa de Vest și Centrală (1%). În timp ce a existat o creștere a consumului de cocaină în America de Nord (în anii 2011 și 2012), prevalența consumului de cocaină în Europa de Vest și Europa Centrală a scăzut de la 1,3% în 2010 la 1% în 2012.

Canabis

Se estimează că, în anul 2012, între 125 milioane și 227 milioane de persoane au consumat canabis, reprezentând 2,7-4,9% din populația în vârstă de 15-64 de ani.

Africa de Vest și Centrală, America de Nord, Oceania și, în mai mică măsură, Europa de Vest și Centrală rămân regiunile cu rate de prevalență considerabil mai mari decât media globală.

În ultimii cinci ani, în America de Nord, cea mai mare piață de canabis, ratele de prevalență au urmat o tendință ascendentă în Statele Unite, dar au scăzut în Canada între anii 2008 și 2011, crescând din nou în anii 2011 și 2012. Deși nu sunt disponibile date epidemiologice recente din Asia, experți din aproape jumătate din țările din Asia consideră că există o creștere a consumului de canabis în regiune.

Stimulente de tip amfetaminic (ATS)

ATS, cu excepția „ecstasy”, constituie al doilea grup de substanțe ilegale cel mai frecvent utilizate la nivel mondial, cu 13,9 - 54,8 milioane de utilizatori estimați. Consumul de ATS a rămas stabil în anii 2010 și 2011, dar a crescut în anul 2012.

În timp ce s-a raportat o scădere a consumului de ATS în Europa Centrală și de Vest, estimările pentru America de Nord indică o creștere a consumului de ATS. În Statele Unite, admițerile la tratament pentru consumul de metamfetamina au scăzut, iar prevalența pentru ultimul an a rămas stabilă în ultimii trei ani. Cu toate acestea, prevalența altor tipuri de stimulente (amfetamine) a crescut, ceea ce duce la o creștere a prevalenței totale pentru ATS de la 1,8% în 2011 la 2,1% în 2012. Însă, ratele pozitive ale analizei de urină pentru amfetamină și metamfetamină în rândul forței de muncă din Statele Unite, aproape s-au triplat în anul 2012, atingând cel mai înalt nivel din 1997. O creștere a prevalenței a fost raportată și în Mexic, de la 0,02% în 2008 la 0,12% în anul 2011. Deoarece nu sunt disponibile estimări noi ale consumului de ATS în Asia și Africa, experți din majoritatea țărilor din aceste regiuni consideră că există creșteri ale consumului de ATS. Oceania (2,1%), America Centrală și America de Nord (1,3%, respectiv 1,4%), sunt regiunile cu rate ale prevalenței mai mari decât media globală, iar ratele din Africa de Vest și Centrală și Asia rămân comparabile cu ratele globale ale consumului de ATS.

„Ecstasy”

Cu un număr estimat de consumatori în ultimul an între 9,4 milioane și 28,2 milioane, în anul 2012, consumul a scăzut la nivel global în perioada 2010-2012, mai ales în Europa de Vest și Centrală. Cu toate acestea, Oceania (2,9%), America de Nord (0,9%) și Europa (0,5%), rămân regiuni cu rate de prevalență mai mari decât media globală de 0,4%.

Substanțe psihoactive noi

Substanțele psihoactive noi sunt întâlnite în prezent în cele mai multe țări din Europa și America de Nord, precum și din Oceania, Asia și America de Sud și într-o serie de țări africane. Utilizarea substanțelor psihoactive noi se constituie într-un adevărat fenomen global.

Din 103 țări pentru care au fost disponibile informații cu privire la noile substanțe psihoactive până în luna decembrie 2013, 94 de țări au raportat apariția unor astfel de substanțe pe piețele lor, 70 dintr-un total de 80 de țări, începând din iulie 2012. Această creștere s-a datorat rapoartelor de apariție a unor noi substanțe psihoactive în țările din Europa (9 țări în plus), Asia (7 țări în plus) și Africa (8 țări în plus).

Numărul de substanțe psihoactive noi existente pe piața mondială s-a dublat în perioada 2009-2013. Până în decembrie 2013, numărul de astfel de substanțe raportate către UNODC a atins 348, de la 251 de substanțe până în iulie 2012 și 166 substanțe în anul 2009.

De acum, numărul substanțelor psihoactive noi depășește în mod clar numărul de substanțe psihoactive reglementate la nivel internațional (234 substanțe: 119 reglementate prin Convenția unică din 1961 privind stupefiantele și altele 115 în temeiul Convenției din 1971 privind substanțele psihotrope).

Creșterea globală din perioada august 2012-decembrie 2013 a fost cauzată, mai ales, de noile canabinoide sintetice (50% din substanțe psihoactive nou identificate), urmate de noile fenetilamine (17%), alte substanțe (14%) și noile catinone sintetice (8%).

Cu toate acestea, în anumite domenii au fost înregistrate progrese. În Statele Unite, unde au fost introduse controale naționale pentru unele substanțe psihoactive noi, prevalența utilizării canabinoidelor sintetice și a „sării de baie” (catinone sintetice) a scăzut cu circa 30% în rândul elevilor de liceu. Prevalența anuală a consumului de canabinoizi sintetici a scăzut de la 11,4% în anul 2011 la 7,9% în 2013, iar prevalența consumului de „sare de baie” a scăzut de la 1,3% în anul 2012 la 0,9% în 2013, în rândul elevilor de clasa a XII-a.

În Anglia și Țara Galilor, prevalența anuală pentru mefedronă, o catinonă sintetică, a scăzut cu mai mult de 60%, de la 4,4% în rândul celor cu vârsta de 16-24 ani în 2010/11, la 1,6% în 2012/13. Deși nu a fost încă stabilită o legătură clară, în aceeași perioadă au avut loc activități guvernamentale

menite să sensibilizeze consumatorii de droguri cu privire la riscurile pentru sănătate asociate cu noile substanțe psihoactive și introducerea de controale la nivel național. Prevalența consumului de ketamină, de asemenea controlată, a scăzut de la 2,1% la 0,8% în aceeași perioadă.

BIBLIOGRAFIE

Prevalența consumului de droguri în România; Rezultatele studiului în populația generală - Agenția Națională Antidrog (ANA), 15 aprilie 2015

Raportul Național 2014 privind situația drogurilor în România - Noi evoluții și tendințe - Agenția Națională Antidrog (ANA)

Situația adolescenților din România - Raport final - Centrul de Sociologie Urbană și Regională; Institutul de Științe ale Educației - București, septembrie 2013

Raportul european privind drogurile 2014: Tendințe și evoluții - Observatorul European pentru Droguri și Toxicomanie (OEDT), Luxemburg: Oficiul pentru Publicații al Uniunii Europene, 2014

Raportul Mondial 2014 privind drogurile - Biroul Națiunilor Unite pentru Droguri și Crimă (UNODC), United Nations, 2014

www.ana.gov.ro

www.emcdda.europa.eu

www.unodc.org